

MAGDALENA SOBOŃ

Jakość usług zdrowotnych **POZ** w dobie Internetu



Jakość usług zdrowotnych POZ w dobie Internetu

UNIwersytet Szczeciński
ROZPRAWY I STUDIA T. (MCDXLI) 1367

Magdalena Soboń

Jakość usług zdrowotnych POZ w dobie Internetu

Szczecin 2025

Rada Wydawnicza

Barbara Braid, Anna Cedro, Urszula Chęcińska, Rafał Klóska
Maciej Kowalewski, Ewa Mazur-Wierzbicka, Jarosław Nadobnik
Grzegorz Wejman, Renata Ziemińska, Magdalena Zioło
Andrzej Skrendo – przewodniczący Rady Wydawniczej
Elżbieta Zarzycka – dyrektor Wydawnictwa Naukowego

Recenzent

dr hab. Katarzyna Krot, Politechnika Białostocka

Redakcja językowa

Anna Kurzyca / e-DYTOR

Korekta

Ewelina Piotrowska

Skład

Joanna Dubois-Mosora

Projekt okładki

Joanna Dubois-Mosora

Magdalena Soboń ORCID 0000-0002-5584-0985



Wersja elektroniczna publikacji dostępna na licencji CC BY-SA 4.0
po 12 miesiącach od daty wprowadzenia do obrotu

© Copyright by Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2025

DOI 10.18276/978-83-7972-924-1

ISBN 978-83-7972-924-1 (online)

ISBN 978-83-7972-923-4 (print)

ISSN 0860-2751

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU SZCZECIŃSKIEGO

Wydanie I | Ark. wyd. 16,0 | Ark. druk. 15,1 | Format B5

Spis treści

Wstęp.....	7
Rozdział 1	
Pacjent na współczesnym rynku usług zdrowotnych.....	15
1.1. Specyfika rynku i usług zdrowotnych.....	15
1.2. Pacjent, klient, konsument.....	24
1.3. Zachowania pacjenta z perspektywy ekonomicznej	29
1.4. Relacja pacjent–usługodawca w kontekście budowania więzi i wartości.....	37
1.5. Asymetria i jej konsekwencje we współczesnej relacji lekarz–pacjent	43
Rozdział 2	
Internet narzędziem kształtującym współczesnego pacjenta.....	51
2.1. Internet w obszarze zdrowia.....	52
2.2. Dostępność i wykorzystanie informacji dotyczącej zdrowia	60
2.3. Wpływ e-informacji na postawy i zachowania pacjentów	69
Rozdział 3	
Jakość na rynku opieki zdrowotnej.....	77
3.1. Pojęcie i koncepcje jakości.....	77
3.2. Specyfika jakości w opiece zdrowotnej.....	84
3.3. Jakość otrzymana, oczekiwana i postrzegana w POZ.....	91
Rozdział 4	
Jakość postrzegana – droga ku satysfakcji pacjenta.....	97
4.1. Satysfakcja, zadowolenie, zachwyt	97
4.2. Doświadczenia, satysfakcja, jakość i zaufanie w opiece zdrowotnej.....	102
4.3. Pomiar jakości z perspektywy pacjenta	112
4.4. Servqual – bazowy model oceny jakości postrzeganej	122
Rozdział 5	
Metodyka i zakres badań	131
5.1. Środowisko prowadzenia badań	131
5.2. Kontekst systemowy jakości w usługach POZ.....	136

5.3. Zakres podmiotowy, przedmiotowy, czasowy i przestrzenny badania	141
5.4. Cele i hipotezy	141
5.5. Proces badawczy	143
5.6. Metoda i narzędzie badawcze	148
Rozdział 6	
Wyniki badań empirycznych nad jakością usług POZ w warunkach korzystania z Internetu	153
6.1. Jakość oczekiwana przez pacjentów	153
6.2. Jakość otrzymana przez pacjentów	160
6.3. Jakość postrzegana usług POZ	166
6.4. Zależności między korzystaniem z Internetu a postrzeganą jakością usług	168
6.5. Komentarz i dyskusja nad wynikami badań	174
6.6. Implikacje teoretyczne i praktyczne badań oraz ograniczenia	183
Zakończenie	187
Bibliografia	191
Spis rysunków i tabel	235
Streszczenie	239
Summary	241

Wstęp

*Nie jesteśmy tylko świadczeniodawcami,
a pacjenci – nie są świadczeniobiorcami.
Żeby leczenie było skuteczne, pacjent musi mieć świadomość,
że lekarzowi na nim zależy, że lekarz będzie o niego walczył.
Powinno wytworzyć się między nami wzajemne zaufanie,
więź w pewnym sensie przypominająca tę przyjacielską.*

Aleksander Skotnicki, 1948

Każdy podmiot, niezależnie od rodzaju i zasięgu prowadzonej działalności, dąży do sukcesu i rozwoju. W praktyce oznacza to potrzebę ciągłego doskonalenia we wszelkich obszarach aktywności ze szczególnym jednak uwzględnieniem jakości dostarczanych dóbr i świadczonych usług. Jej powiązanie z zadowoleniem i satysfakcją konsumenta, będącymi wyznacznikami działań podmiotu (Szymczak, Urbaniak, 2006) i miernikami jego sukcesu (Nieżurawski, Witkowska, 2007), sprawia, że koncentracja uwagi na jakości staje się koniecznością. Uwzględniając jednocześnie fakt, że spojrzenie na działalność podmiotu z perspektywy konsumenta znajduje dziś powszechne poparcie (Krot, 2008), jakość oceniana w ten sposób staje się nie tylko podstawowym elementem skutecznego prowadzenia działalności, ale najważniejszym czynnikiem rynkowego sukcesu, wyznacznikiem kultury organizacyjnej (Moczyłowska, Kowalewski, 2019).

Prawidłowość ta dotyczy również podmiotów świadczących usługi medyczne. Współczesna opieka zdrowotna, a zatem rynek usług medycznych, oparte są dziś na zasadach konkurencyjności (Rudawska, 2011), gdzie wiodącym elementem jest właśnie jakość oferowanych usług, pojmowanych jako działanie mające na celu spełnienie oczekiwań i wymagań konsumenta, zdobywanie uznania i zaufania pacjenta oraz zapewnienie, że wszystkie procedury medyczne są bezpieczne i skuteczne (Pyłacz, Skóra, Mikos, 2018). Zaliczane do usług profesjonalnych świadczenia medyczne oparte na specjalistycznej wiedzy i wysokich kwalifikacjach personelu medycznego, stałym doskonaleniu, postępowaniu zgodnie z prawem i etyką zawodową, wpływem na życie pacjentów oraz trudnościami w standaryzacji wiążą się więc nierozdzielnie z jakością, zadowoleniem i satysfakcją pacjentów (Trzcińska, 2020).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość jest priorytetem w opiece zdrowotnej, wyznacza cel, do którego muszą dążyć placówki medyczne, aby zadowolić pacjenta i stale podwyższać standard świadczonych usług. Jej znaczenie wciąż rośnie w konsekwencji postępującej standaryzacji, przybierającej na znaczeniu indywidualizacji podejścia do pacjenta oraz wzrostu jego wymagań (Nowotarska-Romaniak, 2013), a także w kontekście efektywności podmiotów i systemu. Pacjenci życzą sobie, aby jakość opieki pojmowana jako spełniająca lub przekraczająca oczekiwania nabywcy (Rogoziński, 2000) była adekwatna do wymagań, przynosiła oczekiwaną korzyść i zadowolenie (Kautsch, Frączek, 2000). Dynamiczna sytuacja na rynku wymusza potrzebę ciągłego doskonalenia usług oraz konieczność ich dopasowywania do potrzeb pacjentów (Pawelec, 2022) ze szczególnym naciskiem na czynniki kształtujące te wymagania i oczekiwania, co znajduje odzwierciedlenie w zadowoleniu bądź nie z otrzymanej usługi.

Mając świadomość, że w systemach opieki zdrowotnej na całym świecie szczególną rolę odgrywa podstawowa opieka zdrowotna postrzegana jako główny filar opieki każdego kraju (Bem, 2011), jakość i powiązana z nią satysfakcja pacjenta stają się tu kwestią wyjątkowo istotną. Ta niezbędna opieka, bazująca na metodach i technologiach potwierdzonych praktycznie i naukowo oraz akceptowalnych społecznie, dostępna dla całej społeczności po akceptowalnych kosztach, oparta na zasadach samowystarczalności i samostanowienia (Declaration, 1978) wymaga jakości. Od tego zależy nie tylko przyszłość pacjenta, ale i kondycja opieki zdrowotnej i całego systemu ochrony zdrowia: potencjalne korzyści lub ich brak zarówno dla placówki – poprawa wizerunku, racjonalizacja, wzrost konkurencyjności, jak i dla systemu – usprawnienia, oszczędności, efektywności.

Stawiane współcześnie systemowi opieki zdrowotnej wymagania przez będącego w centrum zainteresowania pacjenta są efektem oddziaływania różnorodnych zmian. Szczególną rolę pełni tu Internet. To elektroniczne medium umożliwiło wymianę informacji na niespotykaną dotąd skalę, a w konsekwencji odmieniło wiele obszarów życia i gospodarki, w tym opiekę zdrowotną. Mimo że przyciąga uwagę badaczy i praktyków jako środek służący poprawie jakości zdrowia (Korczak, 2014), nie jest jasne, jakie są zależności, jeśli w ogóle, między korzystaniem z sieci a zachowaniami pacjenta oraz postrzeganą jakością i satysfakcją z usług zdrowotnych, bowiem stosunkowo rzadko ocena jakości usług zdrowotnych jest analizowana w powiązaniu z Internetem jako źródłem informacji o zdrowiu, stale przecież zyskującym na popularności i znaczeniu.

W literaturze brakuje badań nad problematyką jakości w kontekście korzystania z internetowej informacji o zdrowiu. Analizy są zazwyczaj skoncentrowane na Internecie jako źródle informacji w obszarze zdrowia (Gowin, Horst-Sikorska, 2008), częstotliwości wykorzystania sieci jako źródła informacji o zdrowiu (Szymczuk i in., 2011), akceptacji internetowej informacji o zdrowiu wśród gospodarstw domowych (Duplaga, 2012), wpływie na zachowania pacjenta i relację lekarz–pacjent (Nwosu, Cox, 2000; Murray i in., 2003a; Murray i in. 2003b; Broom, 2005; Rider, Malik, Chevassut, 2014; Harvey

i in. 2017; Soboń, 2021). Podobnych informacji dostarczają instytuty badawcze, które zajmują się przede wszystkim cechami użytkownika informacji zdrowotnej, rodzajem informacji i częstotliwością, nie badając tego, jak kształtuje ona oczekiwania względem jakości, oddziałując w ten sposób na poziom satysfakcji (m.in. TNS-OBOP, 2008; Gemius, 2009; PBI, 2011; Procontent Communication, 2012; Gemius, 2012; PBI, 2016; Gemius, PBI, 2020).

Z przedstawionych rozważań wynikają powody podjęcia oceny jakości podstawowej opieki zdrowotnej w kontekście wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, w powiązaniu z oczekiwaną, otrzymaną i postrzeganą jakością usług POZ:

- większość opracowań dotyczących jakości skupia się na stacjonarnych usługach zdrowotnych, głównie szpitalach;
- większość badań koncentruje się na użytkownikach internetowej informacji o zdrowiu, rodzaju i kontekście wyszukiwania informacji przez pacjentów z pominięciem jej związków z postrzeganą jakością usług zdrowotnych;
- mało jest badań w zakresie zależności między posługiwaniem się Internetem jako źródłem informacji o zdrowiu a postrzeganą jakością usług zdrowotnych.

Realizowany projekt, sfinansowany w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Regionalna Inicjatywa Doskonałości” w latach 2019–2022 (nr projektu 001/RID/2018/19, kwota finansowania 10 684 000,00), ma za zadanie uchwycić różnice w poziomie określonej z perspektywy pacjenta jakości usług zdrowotnych POZ będącej wynikiem oddziaływania informacji zdrowotnych dostępnych online. Kluczem jest porównanie wyników badań realizowanych równocześnie w dwóch jednakowo licznych grupach pacjentów w warunkach korzystania i niekorzystania z internetowej informacji o zdrowiu zarówno bezpośrednio przed wizytą w placówce, jak i w ogóle. Koncepcja badania oparta jest na idei, że kluczowy dla jakości poziom odczuć i oczekiwań konsumenta względem usługi jest zależny od Internetu, a informacja dostępna online może zmniejszać lub zwiększać różnicę między zmiennymi. Podejście to jest spójne m.in. z modelem jakości usług Grönroosa (1984) oraz modelem jakości Parasuramana, Zeithaml i Berry’ego (1985), a także przekonaniem, że informacja o alternatywnych dostawcach, rozwiązaniach, świadczeniach jest jednym z podstawowych elementów kształtujących oczekiwanie (Moczyłowska, Bitkowska, 2020), a w konsekwencji zadowolenie.

Głównym celem opracowania jest wykazanie, czy korzystanie przez pacjentów z Internetu, będącego źródłem informacji o zdrowiu, ma znaczenie z punktu widzenia postrzeganej jakości usług POZ. Z założenia aktywność nastawiona na pozyskiwanie informacji i wiedzy powinna wywoływać rozbieżności między oczekiwaną i otrzymaną usługą. Z punktu widzenia ekonomii ta zmiana zachowań oznacza rekonfigurację sposobu funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej na rynku. Z tak postawionego celu badawczego wynikają cele częściowe:

- poznanie poziomu oczekiwań względem usług POZ,
- ustalenie poziomu jakościowego otrzymanej usługi POZ,

- wyznaczenie poziomu jakości postrzeganej usług POZ,
- rozpoznanie i przeanalizowanie różnic w poziomie jakości oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej w zależności od sposobu korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu,
- ustalenie, czy cechy pacjentów: płeć, wiek, wykształcenie, ocena stanu zdrowia i częstotliwość wizyt u lekarza pierwszego kontaktu mają związek z postrzeganą jakością usług POZ.

Celom pracy podporządkowane są hipotezy badawcze. Hipotezę główną stanowi pogląd, że postrzegana jakość usług POZ zależy ujemnie od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, gdyż zarówno wyższa częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, jak i korzystanie z Internetu tuż przed wizytą w POZ powodują spadek jakości postrzeganej. Uzupełniają ją hipotezy pomocnicze:

- poziom oczekiwań pacjentów względem usług POZ dodatkowo zależy od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu,
- jakość otrzymana usługi POZ ujemnie zależy od korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu,
- stan zdrowia, płeć, wiek, wykształcenie istotnie determinują postrzeganą przez pacjentów jakość usług POZ,
- częstotliwość wizyt u lekarza POZ istotnie determinuje postrzeganą przez pacjentów jakość usług POZ.

Istotą projektu jest więc procedura zmierzająca do odpowiedzi na pytania:

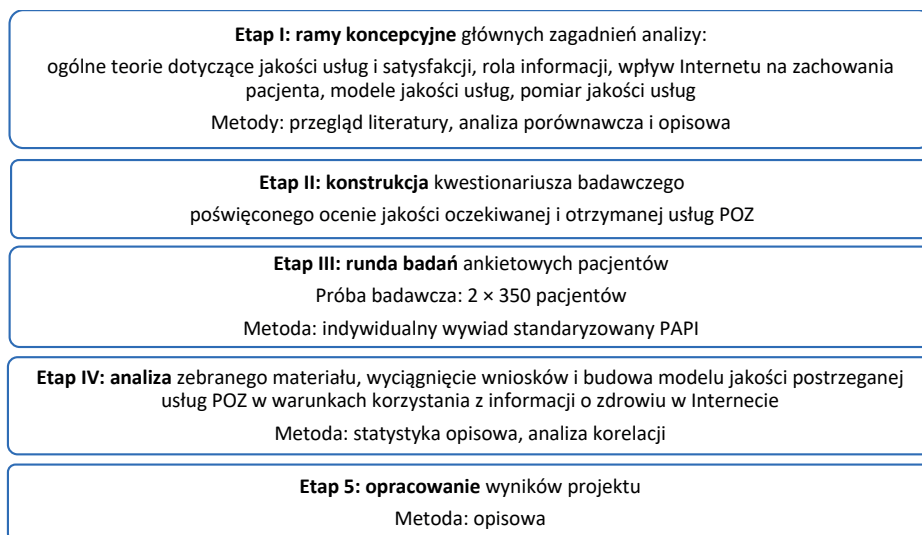
1. Jak korzystanie z e-informacji dotyczących zdrowia oddziałuje na postrzegany poziom jakości usług POZ?
2. Jak wygląda model jakości usług POZ w powiązaniu z korzystaniem z internetowej informacji na temat zdrowia?

Badanie przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiej adaptacji kwestionariusza SERVQUAL pozwoliło uzyskać zamierzony efekt. Opierając się na logice tej metody, scharakteryzowano jakość oczekiwaną, otrzymaną i postrzeganą usług POZ przez pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu dla celów zdrowia. Kierując się założeniem o istnieniu związków między aktywnością online (zarówno częstotliwością poszukiwania informacji o zdrowiu online, jak i korzystaniem z e-informacji tuż przed spotkaniem z lekarzem POZ) i zdobytą tą drogą wiedzą a oczekiwaniami, odczuciami i postrzeganą jakością usług POZ, zaprezentowano efekty prac w postaci zidentyfikowanych zależności oraz powiązań między cechami pacjentów a występowaniem określonego poziomu jakości usług. Koncepcja pomiaru ujmuje pięć kryteriów jakości rzutujących na ocenę: materialność, solidność, zdolność reagowania, pewność oraz empatię i składa się z dwóch części odnoszących się zarówno do oczekiwań pacjenta, jak i faktycznie postrzeganej, choć subiektywnej, jakości dostarczonych usług. Zgromadzone w ten sposób dane są podstawą analiz w zakresie poszukiwania związków między korzystaniem z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu a postrzeganą jakością usług POZ.

Po przeprowadzeniu analiz i wnioskowaniu drogą obróbki statystycznej z wykorzystaniem dostępnych metod, uzyskano:

- efekt teoretyczny dotyczący rozbudowy koncepcji oddziaływania informacji na temat zdrowia dostępnej online na postrzeganie jakości POZ przez pacjenta będącego konsumentem usług zdrowotnych,
- efekt upowszechniania wiedzy polegający na publikacji wyników badań,
- efekt aplikacyjny dotyczący praktycznych wniosków z badań.

Proces badawczy podzielono na etapy korespondujące z przyjętymi celami badawczymi:



1. Etap I (teoretyczny) – krytyczne studia literatury z dziedziny ekonomiki zdrowia, zarządzania opieką zdrowotną, marketingu usług zdrowotnych, nauk o zdrowiu, socjologii i medycyny celem konceptualizacji bazowych kategorii podejmowanych zagadnień oraz wybór i określenie wskaźników i zmiennych, które będą wykorzystywane w kolejnych etapach badań.
2. Etap II (metodyczny) – adaptacja i modyfikacja dostępnych narzędzi badawczych, której celem jest konstrukcja precyzyjnego kwestionariusza służącego zebraniu odpowiednich informacji pozwalających na wykonanie niezbędnych analiz w kolejnych etapach badań.

Kwestionariusz adresowany do pacjentów zawiera:

- charakterystykę badanych jednostek,
- pytania o oczekiwania pacjenta w zakresie usługi zdrowotnej POZ,
- pytania o faktyczną jakość otrzymanej usługi zdrowotnej POZ.

3. Etap III (empiryczny) – badanie ilościowe bezpośrednie (PAPI) celem zgromadzenia informacji z zakresu jakości usług zdrowotnych POZ w dwóch podgrupach: korzystających i niekorzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą w POZ.
4. Etap IV (statystyczny) – obróbka statystyczna materiału empirycznego zgodnie z przyjętymi metodami przy użyciu oprogramowania Microsoft Excel oraz pakietu statystycznego Statistica, by odpowiedzieć na pytania, czy i jak internetowa informacja o zdrowiu determinuje ocenę przez pacjenta jakości usług zdrowotnych POZ, powodując zadowolenie z konsumpcji lub jego brak.
5. Etap V (opisowy) – przygotowanie podsumowania przeprowadzonych badań z uwzględnieniem osiągnięć poprzednich etapów badawczych celem upowszechniania rezultatów badania.

Przyjętemu celowi pracy i metodyce badawczej podporządkowana została struktura książki. Na zawartość składa się sześć rozdziałów, wstęp i zakończenie. W pierwszym rozdziale podjęto tematykę pacjenta na współczesnym rynku usług zdrowotnych. Autorka rozpoczyna rozważania od problematyki specyfiki rynku i usług zdrowotnych, wskazując na charakterystyczne cechy oraz postępującą ekonomizację, które nie pozwalają jednak na postrzeganie opieki zdrowotnej w kategoriach rynku w pełni konkurencyjnego. Na tym tle pojęcie świadczeniobiorcy jawi się jako konstrukt wielowymiarowy – pacjent, klient, konsument z objawiającą się coraz silniej mentalnością nabywcy usług uwikłanego w system organizacyjny. Opisane zachowania konsumenckie ujawniane przez pacjentów wiążą się z licznymi uwarunkowaniami i czynnikami, w tym z oddziaływaniem Internetu i zgromadzonych w nim informacji dotyczących zdrowia. Kształtowana w ten sposób współczesna relacja lekarz–pacjent jest ukazana przez pryzmat występujących w niej więzi i wymiarów, a także takich charakterystycznych cech, jak zaufanie czy empatia. Ważną kwestią jest tu asymetria informacji i jej znaczenie dla pełnionych ról. Posiadający wiedzę pacjent staje się wyzwaniem dla lekarza i funkcji, którą tradycyjnie pełnił, a pacjenci odczuwają potrzebę aktywnego włączania się w przebieg świadczenia usługi zdrowotnej, przesuwając granice władzy lekarza.

W rozdziale drugim zaprezentowano rolę Internetu jako nowoczesnego narzędzia komunikacji będącego siłą napędową zmian w kształtowaniu współczesnego pacjenta. Mowa tu o postępującej digitalizacji nieodwracalnie zmieniającej rynek opieki zdrowotnej, poprawiającej płynność działania i jakość. Internet to bogata w informacje, choć obciążona problemem jakości, przestrzeń stanowiąca przydatne i niezwykle popularne źródło wiedzy o zdrowiu; jest motywatorem postaw i zachowań. Rozdział zawiera również rozważania nad wpływem e-informacji na postawy i zachowania pacjentów, wymagania i oczekiwania względem usług zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem pojęcia *health literacy* wraz z czynnikami je kształtującymi. Całości dopełnia prezentacja sposobów i celów wykorzystania przez pacjentów informacji pozyskanych z Internetu na etapie poprzedzającym konsultację lekarską, podczas wizyty oraz po niej ze wskazaniem,

że Internet jest jedynie dodatkowym źródłem wiedzy o zdrowiu, wsparciem w obszarze zdrowia i nie zastępuje profesjonalnej wiedzy i pomocy medycznej.

Rozdział trzeci poświęcony jest jakości na rynku opieki zdrowotnej. Zaprezentowano ogólne pojęcie jakości, które towarzyszy ludzkości od zamierzchłych czasów. Opisane koncepcje jakości i liczne jej definicje uwzględniają wieloznaczność i trudności interpretacyjne, wskazując jednocześnie na dominację podejścia opartego na postrzeganiu jakości przez klienta. Najwięcej uwagi skupia jednak kwestia jakości postrzeganej wraz z wpisującymi się w ten nurt teoriami Grönroosa oraz Parasuramana w zespole z Zeithaml i Berrym. W dalszej części rozdziału omawiane są zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej ze szczególnym naciskiem na jej specyfikę i niejednoznaczność oraz kategorie składowe i czynniki. Omawiane są m.in. koncepcje Donabediana, Maxwella, Institute of Medicine. Ostatnia część rozdziału zawiera zagadnienia na temat jakości otrzymanej, oczekiwanej i postrzeganej w POZ, standardy jakości, determinanty. Najważniejszą kwestią jest tu ustalenie, że sformułowane oczekiwania pacjentów korzystających z POZ są konfrontowane z percepcją świadczonej usługi, celem określenia efektu porównań zwanego postrzeganą jakością usługi zdrowotnej. W opiece zdrowotnej liczy się bowiem tak naprawdę dostrzegana przez klienta jakość, w przeciwieństwie do rzeczywistej lub bezwzględnej jakości.

W czwartym rozdziale mowa o jakości postrzeganej przez pacjenta jako czynnika kształtującym jego satysfakcję, omawianą w kontekście ekonomicznym i rynkowym jako odzwierciedlenie reakcji klienta na wartość otrzymaną i jako stan pożądany przez podmioty rynkowe. Opisane poprzedniki i efekty satysfakcji kierują uwagę na kompleksowość procesu i jakość stanowiącą jej nieodłączną część. Omawiane są ponadto zachowania będące następstwem pojawienia się zadowolenia i jego braku ze wskazaniem na daleko idące konsekwencje negatywnych odczuć m.in. w związku z łatwością upowszechniania negatywnych opinii z wykorzystaniem Internetu. Na tym tle pojawiają się zagadnienia doświadczeń i zaufania w opiece zdrowotnej jako podstaw satysfakcji pacjenta z istotnym rozróżnieniem na stan niezadowolenia, zadowolenia i zachwyty, a także reakcje świadczeniobiorców POZ w każdej z tych sytuacji. Najważniejsza część rozdziału skupia się na zagadnieniach pomiaru jakości z perspektywy pacjenta, takich jak: systemy skarg i wniosków, sondaż diagnostyczny, metoda zdarzeń krytycznych CIT, Six Sigma, analiza Pareto. Ostatnia część rozdziału poświęcona jest Servqual – metodzie oceny jakości usług opartej na danych pierwotnych, pozwalającej oszacować subiektywną jakość świadczonej usługi.

Piąty rozdział jest poświęcony metodyce i zakresowi badań nad jakością usług POZ w powiązaniu z płynącym z niej zadowoleniem w kontekście korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Opisano w nim środowisko prowadzenia badań – miejsce i rolę podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia, poczynając od zdefiniowania usług POZ oraz powodów przypisywania im kluczowej funkcji zgodnie z rezolucją Światowej Organizacji Zdrowia, aż po podstawy funkcjonowania w polskiej

przestrzeni prawnej. Nakreślony jest też kontekst systemowy jakości w usługach POZ ze szczególnym naciskiem na nowe rozwiązania wprowadzone ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. W dalszej części rozdziału określono zakres podmiotowy, przedmiotowy, czasowy i przestrzenny, cele i hipotezy badawcze. Pojawiają się szczegóły modelu koncepcyjnego jakości usług POZ w warunkach korzystania przez pacjentów z Internetu z podziałem na etapy badawcze ze wskazaniem podstaw naukowych budowanego modelu i konstrukcji kwestionariusza, metody badawcze i narzędzie pomiarowe.

W rozdziale szóstym zaprezentowano badania empiryczne autorki nad jakością usług POZ w warunkach korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu w powiązaniu z problematyką satysfakcji z jakości otrzymanych świadczeń. Przeprowadzone badanie, oparte na zaadaptowanym przez autorkę kwestionariuszu Servqual, pozwoliło scharakteryzować jakość oczekiwaną, otrzymaną i postrzeganą oraz uwidocznć różnice między grupami pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w POZ. Zaprezentowane efekty prac to również zidentyfikowane zależności między korzystaniem z Internetu dla celów informacji o zdrowiu (zarówno częstotliwością, jak i jego wykorzystaniem przed spotkaniem z lekarzem POZ lub nie) a jakością konsumowanych usług oraz powiązania między cechami pacjentów a występowaniem określonego poziomu jakości. Rozdział zawiera ponadto interpretację uzyskanych wyników wraz z dyskusją z wykorzystaniem dostępnej literatury przedmiotu i wyniki innych opublikowanych badań, implikacje teoretyczne i praktyczne oraz ograniczenia.

Pacjent na współczesnym rynku usług zdrowotnych

Rosnąca świadomość, że zdrowie i gospodarka wpływają na siebie wzajemnie, będąc jednocześnie zasobem i efektem funkcjonowania społeczeństw, przyczynia się do większej niż do tej pory koncentracji uwagi na ekonomicznych aspektach ochrony zdrowia (Frączkiewicz-Wronka, 2021), co wprost przekłada się na opiekę zdrowotną. Jej działanie podlega ekonomizacji (Rudawska, 2006), przez co współczesne systemy zdrowotne nabierają coraz wyraźniej charakteru rynkowego. Poza celami zdrowotnymi służą odpowiedzialności i sprawiedliwości w dostępie do opieki zdrowotnej, ochronie dochodów pacjentów i swobodzie wyboru, makroekonomicznej i mikroekonomicznej efektywności oraz zapewnieniu odpowiedniego zakresu swobody świadczeniodawcom (Włodarczyk, Poździejch, 2001). W konsekwencji pojęcie rynku usług zdrowotnych upowszechnia się, skupiając na sobie uwagę nie tylko specjalistów z zakresu ekonomiki zdrowia. W dobie starzejących się społeczeństw, rosnących kosztów opieki zdrowotnej oraz niedoborów personelu medycznego kluczową kwestią staje się efektywne i skuteczne wykorzystanie ograniczonych zasobów celem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli.

Kontekst ekonomiczny postrzegania miejsca i roli pacjenta w systemie zdrowotnym jako przedsięwzięcia rynkowego wprowadza do tradycyjnie rozumianego kontaktu lekarza z pacjentem kategorie ekonomiczne (Suchecka 2016; Kotler, Shalowitz, Stevens, 2011). Relacja lekarz–pacjent zmienia się w relację pacjent–usługodawca. Z jednej strony wzrastają wymagania wobec personelu medycznego w obszarze relacji interpersonalnych, rozwija się autonomia pacjenta, postępuje reorientacja w kierunku budowania partnerstwa (Soboń, 2018), z drugiej – pojawiają się zagadnienia gospodarowania zasobami zgodnie z zasadami ekonomii, czyli kwestie finansowania i zyskowności.

1.1. Specyfika rynku i usług zdrowotnych

Za rynek usług zdrowotnych przyjęło się uznawać procesy zachodzące między świadczeniodawcami (podmiotami leczniczymi) a świadczeniobiorcami (pacjentami) usług zdrowotnych (Wiercińska, 2012), tzn. usług służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu

leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonania (Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., art. 2, pkt 10). Usługi te utożsamia się z zasady z usługami medycznymi lub świadczeniami zdrowotnymi (Pawelec, 2022; Nadziakiewicz, 2018), uznając je za „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 lub wzbogacenia walorów osobistych” (Krot, 2008 s. 14). Odrębnym poglądem jest postrzeganie usług medycznych jako dowolnych usług zdrowotnych realizowanych jedynie w obszarze medycyny (Krzykus, 2019; OSOZ), będących częścią szerzej pojmowanej usługi zdrowotnej. W praktyce oznacza to oddzielenie czynności *stricte* medycznych od pozostałej części świadczenia związanej m.in. z obsługą pacjenta.

Choć definicje rynku i usług zdrowotnych sugerują ekonomiczny kontekst znaczeniowy obu pojęć, nie mamy do czynienia z typowym rynkiem, lecz pełnym sprzeczności konstruktem o odmiennej specyfice (Rudawska, 2007). Mimo że odbywają się tu klasyczne transakcje kupna–sprzedaży, to jednak przestrzeń dla działania mechanizmu rynkowego jest znacznie ograniczona. Wynika to nie tyle z zawodności rynku w tym obszarze, co z cech zdrowia, któremu służy, oraz ze skomplikowanej natury świadczeń zdrowotnych (Golinowska, 2015).

Niełatwo zaakceptować fakt, że porada medyczna czy leczenie jest towarem dostępnym za określoną cenę jedynie dla osób posiadających środki finansowe na ich zakup (Gałuszka, 2013). W związku z tym, że zdrowie i życie człowieka są wartościami wyjątkowymi (Eurobarometr, 2022), uprawnione jest twierdzenie, że opieka zdrowotna oparta na wolnych siłach rynkowych nie może w pełni zaspokoić potrzeb zdrowotnych obywateli. W praktyce oznacza to organizację opieki medycznej jako pochodną decyzji co do charakteru usług medycznych: czy są one ogólnodostępnym darem w myśl zasady egalitaryzmu usług zdrowotnych, czy raczej towarem *stricte* rynkowym (Soboń, 2021) (tab. 1.1).

Tabela 1.1. Konotacje medycyny i opieki zdrowotnej jako daru i towaru

Opieka zdrowotna jako dar	Opieka zdrowotna jako towar
– dar przyjmujemy (nie marudzimy) – porada/diagnoza/ leczenie – pacjent uległy lub roszczeniowy – posłuszeństwo faktom biologicznym – lekarz wie najlepiej/wiedza naukowa – związki między osobami/personalizacja – powszechne ubezpieczenie zdrowotne – ograniczanie popytu/racjonowanie – dominacja publicznej opieki zdrowotnej	– towar kupujemy (możemy wybrzydząć) – usługa medyczna/produkt/sprzedaż – klient/konsument produktów medycznych – posłuszeństwo regułom/zasadam rynku – marketing/ekonomia określa, co się opłaca – związki między kupującymi/reifikacja – prywatne/komercyjne ubezpieczenie zdrowotne – kreowanie popytu przez podaż/konsumeryzm – komercjalizacja/prywatyzacja opieki zdrowotnej

Źródło: Gałuszka, M. (2013). Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej versus ryzyko zdrowotne. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 45, s. 38.

Usługi medyczne podlegają prawom rynku i mając wiele cech wspólnych z typowymi usługami (tab. 1.2), zachowują jednocześnie swoją specyfikę (Smarżewska, 2020). Zgodnie z klasycznym podejściem (m.in. Stanton, 1974; Grönroos, 1990; Kotler, 2005; Lotko, 2018) usługi zdrowotne, jak inne usługi, charakteryzuje nienamacalny, niematerialny charakter, brak możliwości magazynowania i odsprzedaży, trudności w standaryzacji i przestrzeganiu ustalonych norm, jednoczesność świadczenia i konsumowania, niepewność i ryzyko efektu, a także asymetria informacji (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003; Styś, 2003; Kotler, 2005; Rudawska, 2009).

Tabela 1.2. Zestawienie cech wspólnych usług i usług medycznych

Cechy wspólne usług i usług medycznych	
Niematerialność	Zdrowie jest kategorią niematerialną i nienamacalną. Usługi medyczne nie mają charakteru materialnego, a pacjenci szukają różnych dowodów na potwierdzenie dobrej jakości usługi (np. wygląd pomieszczeń)
Niepodzielność/ nierozdzielność	Jednoczesne udzielanie „wytwarzanie” i otrzymywanie (konsumowanie) usług oznacza, że lekarz/ personel medyczny świadczą usługę w obecności pacjenta
Nieskładowalność/ nietrwałość	Nie podlega magazynowaniu, aby np. ją później sprzedać. Usługa przepada, jeśli pacjent nie zgłosi się w umówionym dniu i o umówionej godzinie
Zmienność/ niestandardowość	Usługa może być różna w zależności od usługodawcy, czasu i sposobu wykonania
Niemożliwość odsprzedaży	Jednoczesne wykonanie i otrzymanie usługi w tym samym czasie
Asymetria informacji	Z jednej strony pacjent i jego obawy o życie i zdrowie, z drugiej strony personel medyczny z wiedzą i kwalifikacjami. Pacjent nie ma wystarczającej wiedzy medycznej, by podejmować decyzje w sprawie swojego leczenia
Niepewność i ryzyko	Dotyczy czasu trwania ewentualnych urazów, powikłań czy skutków leczenia

Źródło: Pawelec, G. (2022). Rola nowych technologii w podnoszeniu jakości usług zdrowotnych w dobie pandemii COVID-19. *Marketing i Rynek*, 2, s. 17.

Biorąc pod uwagę odmiennosć usług medycznych (tab. 1.3), są one klasyfikowane w literaturze przedmiotu jako tzw. usługi profesjonalne. Jako takie wymagają szczególnych umiejętności personelu (Kautsch, Whitfield, Klich, 2001) – odpowiedniej wiedzy oraz wysokich kwalifikacji (Waszkiewicz, Białecka, 2012), które jednocześnie trudno naśladować. Od pozostałych usług różnią się m.in. nieoczekiwanym odbiorem usługi, społecznym charakterem, znacznym poziomem pracochłonności i złożonością psychologiczną (Kulik, Latański, 2002; Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003; Styś, 2003; Kotler, 2005).

Tabela 1.3. Zestawienie cech charakterystycznych wyłącznie usług medycznych

Cechy charakterystyczne wyłącznie usług medycznych	
Kwalifikacja kadr	Czynności medyczne może wykonywać tylko personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z odrębnymi przepisami. Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji jest procesem niezbędnym i ciągłym
Swoboda w wyborze technologii świadczenia	Decyzja podjęta przez lekarza w wyborze technologii, by postawić diagnozę
Ograniczenie suwerenności konsumenta	Dotyczy nagłych stanów, takich jak wypadek, kiedy pacjent nie ma możliwości określenia własnych potrzeb i całkowicie jest zdany na decyzje personelu medycznego
Złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych	Dotyczy zestawu przenikających się elementów, takich jak: kwalifikacje personelu medycznego, procedury postępowania, aparatura i sprzęt medyczny
Delegowanie uprawnień i zaufania	Występuje w momencie, gdy pacjent deleguje swoją decyzyjność w obrębie leczenia w ręce personelu medycznego, do którego ma zaufanie
Efekty zewnętrzne	Trudno jest uściślić i udowodnić wpływ otoczenia czy zachowania pacjenta na powstawanie u niego określonych chorób

Źródło: Waszkiewicz, A., Białecka, B. (2012). Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie. Politechnika Śląska*, 63a, s. 262.

Oprócz odmienności usług zdrowotnych charakterystyczne dla rynku opieki zdrowotnej są efekty zewnętrzne, monopolizacja, obecność i wpływ trzeciej strony rynku (Golinowska, 2015). Występowanie efektów zewnętrznych, polegających na oddziaływaniu udzielanych świadczeń na innych uczestników rynku, jest świadectwem zawodności mechanizmu rynkowego (Kamiński, 2022) opierającego się na indywidualnej ocenie użyteczności (Begg i in., 2014). W związku z tym występująca zbyt niska konsumpcja usług zdrowotnych jako dóbr o wysokiej użyteczności społecznej wymaga korekty ze względu na zbyt wysokie koszty prywatne w stosunku do korzyści. Rozszerzenie dostępu do usług następuje w efekcie obniżenia tych kosztów, a do optymalizacji konsumpcji, w konsekwencji której korzyści społeczne zrównują się z kosztami społecznymi (Łoś, Puciato, 2011), niezbędne jest subsydiowanie świadczeń (Rudawska, 2007).

Tendencja do monopolizacji ujawnia się na rynku opieki zdrowotnej ze względu na szczególne wymogi, którym trzeba sprostać w procesie świadczenia przynajmniej niektórych niezbędnych usług, jednocześnie dostarczając je po najniższych kosztach (Kachniarz, 2012). Mamy wówczas do czynienia z jednym dostawcą usługi, który nie czuje presji wynikającej z konkurencji, niezbędnej dla dbałości o świadczeniobiorców i jakości dostarczanej usługi. Zjawisko to może eskalować, prowadząc do masowej zawodności rynku przy relatywnie małym popycie, małej mobilności społeczeństwa, niewystarczającej otwartości na inne możliwości zaspokajania potrzeb (Golinowska, 2015).

Niepewność co do czasu i miejsca wystąpienia potrzeby w obszarze zdrowia oraz brak wiedzy o momencie pojawienia się i wysokości kosztów skutkuje wprowadzeniem do systemu płatnika, którym może być państwo lub instytucja ubezpieczeniowa (Morris, Devlin, Parkin, 2012). Sposób zawierania transakcji na rynku opieki zdrowotnej opiera się zatem na obecności tzw. trzeciej strony: kto inny bowiem korzysta z opieki medycznej, kto inny ją dostarcza, wydając środki finansowe, a kto inny płaci. Zabieg ten z jednej strony przeciwdziała wykluczeniu jednostek z konsumpcji usług, z drugiej – reguluje sytuację na rynku. Płatnik musi zatem godzić sprzeczne interesy stron, utrzymując jednocześnie równowagę finansową w obliczu rosnących kosztów generowanych przez starzejące się społeczeństwo, droższe technologie oraz wymagania pacjentów. Zadanie utrudnia zbyt restrykcyjne ograniczanie wydatków, które grozi spadkiem jakości świadczonych usług, wzrostem zadłużenia świadczeniodawców oraz niezadowoleniem pacjentów i personelu medycznego, a zbyt liberalne oznacza zadowolenie obu stron kosztem problemów finansowych płatnika (Pietrzak, 2018).

Konsekwencją odmienności tego, co ze zdrowiem powiązane, jest specyfika popytu i podaży na usługi zdrowotne (Morris, Devlin, Parkin, 2012). Wyrażający zachowanie nabywców popyt na świadczenia medyczne oznacza relację między ilością dobra lub usługi, jaka zostanie zakupiona, a jej ceną, i zależy, wg klasycznych prawideł ekonomii, od czynników cenowych i pozacenowych. Choć oddziaływanie dochodów, cen dóbr komplementarnych i substytucyjnych, preferencji, przewidywań w zakresie cen i dochodów, efektów naśladownictwa i snobizmu, a także liczby i struktury ludności (Begg i in., 2014) wydaje się oczywiste, to jego zakres jest częściowo ograniczony w odniesieniu do dóbr i usług dostarczanych w ramach sektora publicznego.

Popyt na świadczenia zdrowotne zależy od stylu życia i postępów cywilizacji. Jest więc nacechowany sezonowością i może przyjmować postać tzw. popytu subiektywnego, co wiąże się z koniecznością wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z usług ze względu na nadmierną ich konsumpcję (Bukowska-Piestrzyńska, 2010; Hefer i in., 2020). Oznacza to, że bez względu na sposób dystrybucji usług zdrowotnych, popyt rośnie wraz ze wzrostem zachorowań niezależnie od sytuacji ekonomicznej i gospodarczej (Suchecka, 2016). Pacjenci oczekują bowiem zaspokojenia rodzących się w każdej ilości potrzeb zdrowotnych, które z zasady są potrzebami pojawiającymi się bez woli człowieka, a usługi zdrowotne stosunkowo często są świadczone w sposób niezależny od pacjenta. Popyt jest więc koniecznością, a nie konsekwencją pragnienia zaspokojenia potrzeby (Arrow, 1979). Poza tym zaspokajaniu potrzeb, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, permanentnie towarzyszy stres pacjenta (Juszczak, 2011), co wiąże się z koniecznością dużego zaangażowania personelu w proces świadczenia usługi. Skutkiem jest specyficzna interakcja pacjent–personel medyczny, która przekłada się na proces leczenia i zdrowienia pacjenta (Soboń, 2021).

Wpływ na kształtowanie się popytu na usługi zdrowotne wywierają również obowiązujące standardy postępowania medycznego i preferencje usługodawców, którzy

z zasady decydują o wyborze technologii zaspokajania potrzeb (Golinowska, 2015), jeśli tylko dostępne są alternatywne metody leczenia pacjenta. To mający zaufanie pacjenta personel medyczny dysponuje przewagą w zakresie wiedzy uprawniającej go do podejmowania takich decyzji (Soboń, 2021). W konsekwencji duża część popytu bywa generowana przez wytwórców usług, prowadząc czasem do nadmiernej ich konsumpcji zwanej popytem indukowanym przez podaż. W praktyce oznacza to konieczność wprowadzania mechanizmów racjonowania usług (kształtowania popytu) (Kautsch, Lasa, 2010) celem przeciwdziałania bezzasadnym świadczeniom.

Podobnie jak popyt, podaż na rynku usług zdrowotnych, oznaczający liczbę usług medycznych oferowanych świadczeniobiorcom w określonym miejscu i czasie (Białynicki-Birula, 2006), charakteryzują specyficzne właściwości oraz zależność od cenowych i pozacenowych determinant. O ile ceny mają nań niewielki wpływ ze względu na społeczny charakter usług zdrowotnych, to czynniki ekonomiczne, techniczne oraz zasoby ludzkie znacząco ją kształtują.

Poziom nakładów na opiekę zdrowotną, a w konsekwencji liczbę dostępnych w systemie świadczeń (Jaworzyńska, 2014), jest pochodną poziomu bogactwa społeczeństwa oraz wielkości wytwarzanego dochodu wraz ze sposobem jego redystrybucji. Jako że w publicznym sektorze o wielkości środków i ich wykorzystaniu decyduje polityka państwa, zarządzanie podażą usług zdrowotnych przyjmuje postać zaleceń w zakresie podnoszenia efektywności świadczeń (Nowakowska, 2018; Sobczyk i in., 2018; Frączkiewicz-Wronka, 2021). Próby te wiążą się m.in. z tworzeniem map potrzeb zdrowotnych, centralizacją świadczeń, kontrolą i obniżaniem kosztów (Rudawska, 2007; Golinowska, 2015). Co ważne, dążenie do maksymalizacji zysku nie jest permanentną cechą podmiotów działających po stronie podaży. Uwaga świadczących usługi medyczne podmiotów publicznych, w odróżnieniu od tych z prywatnego sektora, koncentruje się na konieczności zaspokojenia potrzeby poprawy zdrowia obywateli (Morris, Devlin, Parkin, 2012), a nie wypracowywaniu zysków, przez co brakuje bodźca do minimalizowania, a nawet racjonalizowania wykorzystania środków (Stiglitz, 2004a).

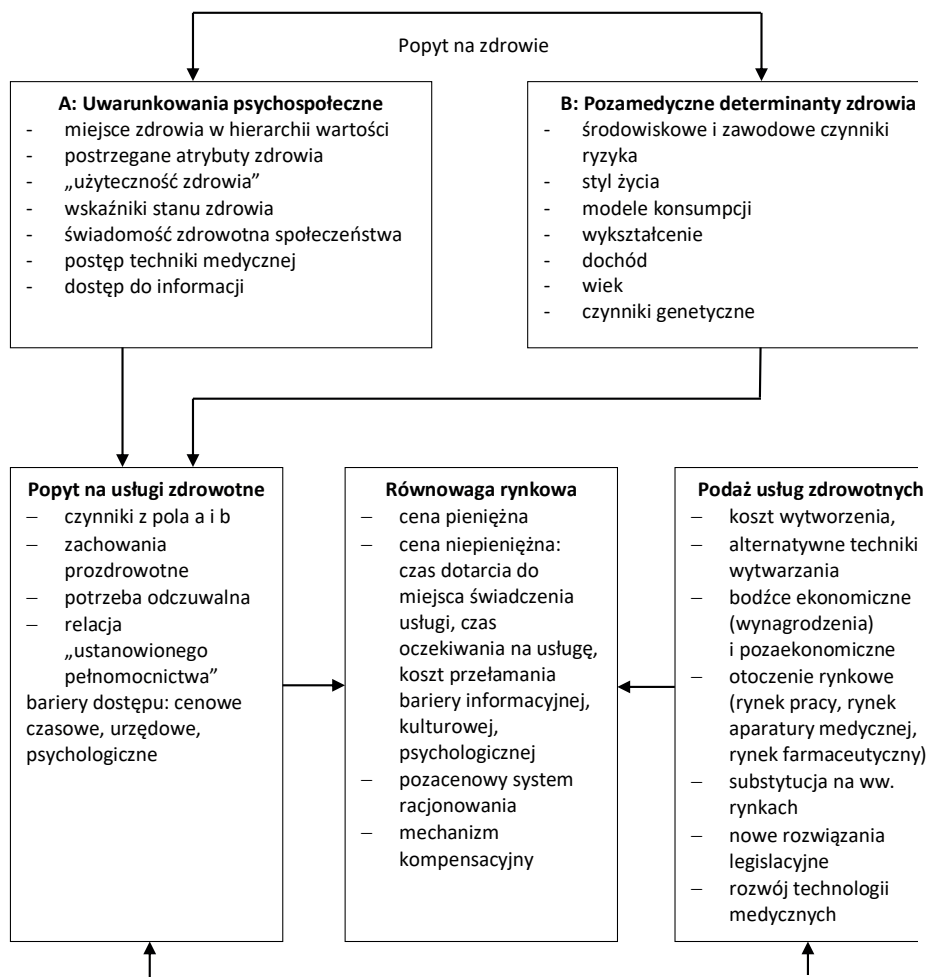
Techniczne zasoby i ich rozmieszczenie determinują kształt podaży usług zdrowotnych, dając szansę i możliwość świadczenia usług tam, gdzie są oczekiwane. Kluczowe jest tu uwzględnienie w procesie decyzyjnym zapotrzebowania oraz rachunku kosztów. Pojawia się więc kwestia alokacji, racjonalizacji i priorytetyzacji (Kolasa, 2021). Od ilości zasobów zależy bowiem liczba i rodzaj świadczeń, a od trafności ich podziału – zakres, struktura i jakość usług (Kautsch, 2015). Kwestie techniczne wiążą się dodatkowo z postępem i rozwojem w zakresie techniki medycznej, nowych technologii i leków, które mają dwojaki wpływ na podaż. Wyznaczają nie tylko nowe możliwości leczenia i wyższą skuteczność realizowanych terapii, ale równocześnie generują wzrost kosztów świadczeń. Skutkiem postępu może być więc ograniczanie ogólnej podaży świadczeń i ich dostępności oraz towarzysząca im substytucja tańszych tradycyjnych procedur na rzecz nowoczesnych, ale droższych (Jaworzyńska, 2014).

Usługi w zakresie zdrowia wykazują też istotne uzależnienie od czynnika ludzkiego (Haczyński i in., 2017). Nie ma zdrowia bez zasobów pracy (WHO, 2013), ponieważ zasoby ludzkie to podstawowy czynnik produkcji (Golinowska, 2015). Personel medyczny (lekarze, farmaceuci, diagności, fizjoterapeuci, pielęgniarki i położne) – jego liczebność, kwalifikacje, sprawność działania i rozmieszczenie rzutują na cały proces usługowy (Kautsch, 2015; Waśniewski, Strumiłło, Szawłowska, 2022). Posiadane umiejętności, profesjonalizm, doświadczenie i przygotowanie zawodowe, organizacja pracy i stosunek do niej wraz ze zdolnościami komunikacyjnymi pozwalają generować określony poziom podaży i warunkują końcowy efekt świadczenia. Od kadr i postępu technicznego zależy nie tylko ilość i jakość świadczeń, ale również właściwe wykorzystanie dostępnych środków.

Charakteryzując rynek usług zdrowotnych, należy zwrócić uwagę nie tylko na specyfikę popytu i podaży oraz świadczonych tu usług, lecz także na odmiennie działający mechanizm rynkowy. Istotny wpływ na jego funkcjonowanie i możliwość osiągnięcia równowagi rynkowej ma zakres interwencjonizmu państwowego. Chodzi zarówno o jasne i stabilne zasady finansowania usług medycznych, jak i organizowania oraz zarządzania opieką zdrowotną w skali kraju i samorządów (Ostrowska, Rosa, 2015). Zwrot ku mechanizmom rynkowym nakłada na państwo wymóg umiejętnej interwencji przez finansowanie opieki zdrowotnej, transfery pieniężne, wymuszoną redystrybucję, a także regulację jakości i ilości usług zdrowotnych (Rudawska, 2011).

Wzajemny wpływ popytu i podaży usług zdrowotnych również nie jest typowy i ma znacznie ograniczony zakres (rys. 1.1). W konsekwencji rynek usług medycznych charakteryzuje się niestabilnością popytu na opiekę zdrowotną, nierównomiernością oraz losowym charakterem popytu, silnym zróżnicowaniem wewnętrznego asortymentu usługowego, wysoką nieracjonalnością zachowań konsumenta (Bukowska-Piastryńska, 2010).

Sektor usług medycznych, działając na styku publicznego obszaru systemu opieki zdrowotnej oraz biznesu, nie pozwala na postrzeganie go w kategoriach rynku w pełni konkurencyjnego (tab. 1.4). Nie ma tu wolnej podaży i popytu, które wyznaczają wartość usługi lub towaru (Wiercińska, 2012). Poza tym obecność trzeciej strony rynku – płatnika, którego rolę pełni Narodowy Fundusz Zdrowia, opłacającego część kupowanych usług z zakresu opieki zdrowotnej, wywołuje brak czynnika bezpośrednio regulującego równowagę pomiędzy popytem a podażą (Rudawska, 2007).



Rysunek 1.1. Model relacji popytu do podaży w opiece zdrowotnej

Źródło: Jaworzyńska, M. (2014). Równowaga rynkowa na rynku usług zdrowotnych: ujęcie teoretyczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia*, 48 (2), s. 65; Williams, A. (1987). *Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?* [w:] A. Williams (red.). *Health and Economics*. Londyn: Macmillan Press.

Tabela 1.4. Rynek doskonałej konkurencji a niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych

Rynek doskonały		Rynek świadczeń zdrowotnych	
cechy	implikacje	cechy	implikacje
Pełna informacja	– znana jest jakość oferowanych dóbr, brak niepewności nabywców co do ilości i czasu konsumpcji dobra – przewidywalny popyt i racjonalnie zachowujący się nabywcy – popyt dotyczy konkretnych dóbr, znane jest ewentualne ryzyko związane z ich konsumpcją	Asymetria informacyjna, niepewność	– asymetria informacyjna w relacji pacjent–lekarz, tym większa, im bardziej skomplikowana sytuacja zdrowotna pacjenta – brak wiedzy pacjentów w zakresie jakości opieki zdrowotnej i spodziewanych jej efektów – trudności w ocenie opieki nawet <i>ex post</i> – możliwe nieracjonalne zachowania nabywców wywołane skutkami choroby – popyt będący pochodną popytu na dobre zdrowie, nieprzewidywalny, niepewność dotycząca jego wystąpienia – trudne do oszacowania ryzyko związane z konsumpcją opieki zdrowotnej
Transakcje bezosobowe	nabywcy i sprzedawcy działają niezależnie	Transakcje osobiste	transakcje oparte w dużej mierze na zaufaniu
Dobra prywatne	– wykluczalny, rywalizacyjny charakter dóbr – konsumujący ponosi wszystkie koszty społeczne korzystania i uzyskuje wszystkie społeczne korzyści związane z konsumpcją dobra	Przeważają dobra mieszane, efekty zewnętrzne	– korzyści zewnętrzne m.in. w związku ze szczepieniami czy walką z chorobami zakaźnymi – tzw. <i>caring externality</i>
Wielu nabywców i sprzedawców	żaden podmiot na rynku nie ma wpływu na cenę rynkową nawet w wyniku skoordynowanego działania	Zróźnicowana liczba dostawców, wielu nabywców	– nieczęste naturalne monopole (jedyne szpital w mieście, jedyny internista w miejscowości) – zjawisko popytu indukowanego przez podaż (SID)
Brak barier wejścia i wyjścia z rynku	Wszyscy, którzy chcą, mogą wejść w dowolnym momencie na rynek i się z niego wycofać	Bariery wejścia, brak barier wyjścia z rynku	– kwalifikacje zawodowe jako warunek wejścia na rynek – regulowana liczba usługodawców – swobodne wyjście z rynku
Produkty homogeniczne	nabywca nie jest w stanie rozróżnić produktów oferowanych przez różnych producentów	Produkty heterogeniczne	strategia dyferencjacji produktu polegająca na podkreślaniu przez usługodawców jakości oferowanych usług

Źródło: Łoś, A., Puciato, D. (2011). Niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych. *Handel Wewnętrzny*, 1 (330), s. 23.

Mimo że rynek usług zdrowotnych nie spełnia wymogów konkurencji doskonałej, nie oznacza to zupełnego braku mechanizmów konkurencji sprzyjających efektywności (Małecka-Libera, 2016). Pojawia się one, gdy w danym segmencie rynku będzie działało przynajmniej dwóch usługodawców, a między nimi będzie istniał konflikt interesów przy jednoczesnej swobodzie wykorzystywania różnych instrumentów konkurencji (Rudawska, 2007). Konkurencja może pojawiać się nie tylko między publicznymi i prywatnymi dostawcami w relacji do płatnika trzeciej strony i pacjentów, ale również między płatnikami w relacji do pacjentów oraz między dostawcami usług w relacji do organu centralnego jak Minister Zdrowia. Rywalizacja dotyczy m.in. liczby obsłużonych pacjentów, ilości publicznych środków finansowych z kontraktów czy środków budżetowych przeznaczanych na specjalne cele (Rudawska, 2006). Płatnik, będąc zainteresowany zakupem najtańszych usług przy spełnieniu ustalonych procedur, wywołuje u świadczeniodawców dążenie do minimalizacji kosztów i maksymalizacji korzyści. Przy wysokich stopach zyskowności i rentowności inwestycji można zatem spodziewać się napływu kapitału do sektora i większej konkurencji. Świadczenie usług realizowane przez autonomicznych publicznych i prywatnych usługodawców zabiegających o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia i klientami zewnętrznymi jest więc *de facto* mechanizmem konkurowania.

Podsumowując, specyfika opieki zdrowotnej w kontekście usług i potrzeb sprawia, że w przypadku opieki zdrowotnej nie można skupiać się na mechanizmach rynkowych, lecz dostrzegać różnice między usługami zdrowotnymi a dobrami rynkowymi. Chodzi tu raczej o wyzwolenie mechanizmów ekonomicznych przez połączenie publicznego charakteru systemu z elementami rynku i konkurencji (Rudawska, 2006) niż próbę uczynienia z opieki zdrowotnej rynku w pełni konkurencyjnego. Tutaj potrzeby zdrowotne tworzą potrzebę opieki zdrowotnej, niepewność rodzi konieczność przejmowania ryzyka, braki w zakresie informacji generują nierównowagę rynkową, a subwencje publiczne rozszerzają dostęp do usług (Suchecka, 2016).

Usługi medyczne to po prostu element życia społeczno-gospodarczego, a jako takie podlegają nie tylko przeobrażeniom wynikającym z ogólnych trendów, ale też reagują na zmiany zachodzące w otoczeniu (Małkowska, 2014). Świadczone w idei społecznej misji i społecznej odpowiedzialności w praktyce wiążą się z gwarantowaniem przynajmniej podstawowych świadczeń ratujących zdrowie i życie obywateli, stojąc jednocześnie w obliczu takich samych wyzwań ekonomicznych, jak ma to miejsce na każdym innym rynku (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003).

1.2. Pacjent, klient, konsument

Z procesem świadczenia usług zdrowotnych nieodłącznie związane jest pojęcie pacjenta. Termin ów wywodzi się z łaciny od słów: *patior* – cierpieć, *patiens* – cierpiący i oznacza osobę wytrwałą, wytrzymałą oraz cierpliwie znoszącą cierpienie i trudności (Ulanowska,

2012). Do języka polskiego zostało zapożyczone bezpośrednio z języka niemieckiego (der Patient) i w dawnej polszczyźnie odnosiło się do tych, którzy mogli pozwolić sobie na opiekę dyplomowanego medyka w odróżnieniu od leczonych przez znachorów. Według Światowej Organizacji Zdrowia pacjentem jest osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora. W *Słowniku języka polskiego* można przeczytać, że pacjent to „chory, zwracający się po poradę do lekarza lub będący pod jego opieką” (*Słownik języka polskiego*, 2021). Zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjentem jest natomiast „osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny” (Ustawa, 2008). Oznacza to, że w Polsce pacjentem jest każdy, kto wszedł do systemu opieki zdrowotnej, powierzając mu swoje zdrowie i będąc podopiecznym osoby uprawiającej zawód medyczny, tj. „zawód wykonywany przez osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.).

Pacjent zgłasza się z określonymi potrzebami do systemu, w którym podejście do rozwiązania jego problemów ewoluowało na przestrzeni wieków aż do osiągnięcia współcześnie obowiązującego paradygmatu medycyny holistycznej. Zakłada on z jednej strony zainteresowanie całą osobą pacjenta, jego bio-psycho-społecznymi potrzebami oraz różnymi sposobami leczenia i praktyk leczniczych, z drugiej – aktywne nastawienie pacjenta do spraw leczenia w miejsce bycia biernym w odbiorze świadczeń leczniczych (Krajewska-Kułał i in., 2005). Uznaje się, że każdy pacjent wymaga zindywidualizowanego podejścia oraz traktowania jako partnera w potęgowaniu i utrzymaniu zdrowia oraz walce z chorobą przy jednoczesnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Zainteresowanie zdobywaniem wiedzy, pełna świadomość stanu zdrowia i możliwości wpływania na ten stan oraz samodzielność w podejmowaniu decyzji mających znaczenie dla jego zdrowia stają się normą. Pojawia się zatem pytanie, z kim mamy w rzeczywistości do czynienia po stronie świadczeniobiorcy: pacjentem, klientem, konsumentem (Mruk, 2013), a może po prostu użytkownikiem usług (Costa i in., 2019).

Podejście holistyczne jest bardzo bliskie założeniom zarówno koncepcji orientacji na klienta, jak i partnerstwa (Frankowska, 2009). Relacja powstająca w tym przypadku między lekarzem a pacjentem stanowi rozwinięcie i logiczne następstwo orientacji na klienta, oznaczając w konsekwencji postawienie jej na wyższym poziomie (Beaton, Beaton, 1995). Rodzący się tu długotrwały i rozwijający się proces, będący następstwem wcześniejszej, pojedynczej transakcji, sprzyja wzajemnie korzystnym wielokrotnym aktom kupna-sprzedaży. W połączeniu z postępującą ekonomizacją opieki zdrowotnej (Rudawska, 2006) skutkuje powstaniem terminu pacjent-klient w znaczeniu nabywcy i konsumenta usług zdrowotnych. Ta zbitka pojęciowa odzwierciedla zmiany, jakie

zaszły w postrzeganiu pacjenta pod wpływem procesu przesuwania zależności pomiędzy lekarzem a pacjentem w kierunku zależności rynkowych. W konsekwencji przemian uprawnienia kadr medycznych są bowiem częściowo przenoszone na pacjenta, który częściej i mocniej wpływa na lekarza (Schulz, Nakamoto, 2013), choć główny cel relacji w postaci przywrócenia zdrowia pacjentowi pozostaje wciąż ten sam. Ewoluuje charakter więzi na bliższy rynkowemu (Rudawska, 2011), gdzie pacjent jest niczym klient przychodzący do lekarza po świadczoną przez niego usługę medyczną.

Debata na temat stosowania alternatywnych etykiet do opisu pacjentów wiąże się współcześnie w dużym stopniu z przechodzeniem od paternalistycznego modelu opieki zdrowotnej do modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, ponieważ w konsekwencji przemian wzrastają wymagania wobec personelu medycznego, rozwija się autonomia pacjenta, postępuje reorientacja w kierunku partnerstwa (Soboń, 2018). Pacjent, świadomy przynależnych mu praw oraz dostępnych usług (Krakowiak i in., 2010), zaczyna ujawniać cechy od dawna przypisywane klientom na innych rynkach dóbr i usług (Krot, 2008). Co więcej, różnica między byciem pacjentem a klientem zmienia dynamikę doświadczenia (McLaughlin, 2009). Słowa, których używamy do opisanía osób korzystających z usług, wskazują, jak je rozumiemy, konstruują zarówno relację, jak i towarzyszącą jej tożsamość osób uczestniczących w niej, wywołując praktyczne i materialne rezultaty (McDonald, 2006). Przejawem zachodzących przemian są nowe oczekiwania adresowane do opieki zdrowotnej niezależnie od formy prawnej jednostki świadczącej usługę. Pacjent-klient nie tylko wymaga uzyskania skutecznej pomocy w możliwie najkrótszym czasie i w jak najlepszych warunkach, ale oczekuje odpowiedniego traktowania ze strony personelu (Ostrowska, Rosa, 2015). Ma prawo pytać o przebieg procesu leczenia, wybierać i oceniać świadczeniodawców. Ci z kolei muszą liczyć się z jego opinią, gdyż niezadowolnienie pacjenta może mieć negatywny wpływ na placówkę opieki zdrowotnej.

Pacjenta, który przez zdobywanie informacji i wiedzy staje się partnerem lekarza, określa się terminem *empowered patient*. Taki „wyedukowany pacjent” (Nazarko-Ludwiczak, 2012) jest jak klient mający nie tylko świadomość swojego stanu, ale niezbędną wiedzę i umiejętności, aby dokonywać właściwych wyborów we współpracy z profesjonalistami medycznymi w procesie zarządzania własną kondycją zdrowotną (Bonsignore i in., 2017). Do tego konieczne jest stworzenie pacjentowi odpowiednich warunków (Rogała, 2020), gdzie punktem wyjścia jest koncentracja na pacjencie i jego potrzebach, doświadczeniach oraz oczekiwaniach. Niezbędne stają się budowanie wiary w umiejętności dbania o zdrowie, wspartej rozwijaniem wiedzy oraz kompetencji zdrowotnych, a także aktywizacja pacjenta (Hibbard i in., 2007), który musi przejawiać gotowość do współodpowiedzialności wynikającej z potrzeby samostanowienia i samodzielności (Palumbo, 2017).

Określeń innych niż ‘pacjent’ używano również w stosunku do osób korzystających z porad zdrowotnych we wcześniejszych latach, zanim jeszcze zaczęto szeroko interesować się ekonomiką zdrowia. Jeśli pojawiało się wówczas pojęcie klient, to nie miało

ono zazwyczaj kontekstu ekonomicznego. Pluckhan (1972) uznawał termin pacjent za nieodpowiedni w odniesieniu do zdrowych osób szukających porady w zakresie utrzymania zdrowia lub korzystających z badań profilaktycznych. Były one po prostu klientami w odróżnieniu od cierpiących na różne schorzenia pacjentów. Podobnie w Kodeksie Amerykańskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek z lat siedemdziesiątych XIX w. uznano i przyjęto termin 'klient' za bardziej uniwersalny niż 'pacjent' w myśl zasady wiązania bycia pacjentem z pojęciem choroby (Davis, Davis, 1992). Herzberg (1990) natomiast z jednej strony uważała za konieczne łączenie pacjenta z chorobą, jednocześnie sugerując, że nie może on aktywnie uczestniczyć w terapii, z drugiej strony identyfikowała krytyczny związek terminu 'klient' z wynagrodzeniem finansowym płaconym za usługę. Johnson (1989) za pacjenta uznał osobę w systemie opieki zdrowotnej, której wyznaczono rolę klienta pozostającego pod opieką lekarza. Fischer (1987) podkreślał obowiązki i odpowiedzialność należną „pacjentom”, ale nie „klientom”. Pickering (1991) dostrzegał brak przekonujących dowodów na to, że nazywanie „pacjentem” przynosi jakiegokolwiek korzyści, wyrażając jednocześnie obawę, że etykietyzacja chorobą może zwiększyć niepełnosprawność. Podkreślał, że ważniejszą kwestią niż używanie określonego terminu jest normalność w radzeniu sobie z problemami. Okazuje się więc, że terminologia powinna być dostosowana do sytuacji, a zdaniem takich badaczy jak Shum (1989, 2000), King (1986) czy McCallum (1989) określenie 'pacjent' szczególnie sprawdza się w przypadku intensywnej opieki, zaś 'klient' w pozostałych sytuacjach.

Pacjent, poza byciem klientem, może być też nazywany konsumentem. W sensie ekonomicznym jest to osoba będąca końcowym użytkownikiem produktu lub usługi (Kopaliński, 2002). Na rynku dóbr i usług medycznych nabywa towary i usługi dla osobistej satysfakcji własnej lub innych członków gospodarstwa domowego, w odróżnieniu od używania ich w celu generowania dalszych dochodów (Łętowska, 2001). Na gruncie przepisów prawa pacjent może zostać uznany za konsumenta, gdyż udając się po pomoc medyczną, zawiera umowę o świadczenie zdrowotne w celu osobistym lub rodzinnym (Ulanowska, 2012). Jako strona aktywna dokonuje czynności prawnej przez zwrócenie się o udzielenie świadczenia zdrowotnego do przedsiębiorcy na rynku usług zdrowotnych. Ma również prawo dochodzić swoich roszczeń w przypadku, gdy usługa została wykonana nienależycie czy postawiono błędną diagnozę (Ganczar, Szewczak, 2017).

W reakcji na coraz mocniej w ostatnich latach ujawniającą się u pacjentów mentalność konsumencką placówki medyczne są zmuszone do zmiany zasad działania. O ile standardem u prywatnych świadczeniodawców jest zrozumienie mechanizmów działania konsumentów usług związanych ze zdrowiem i wychodzenie naprzeciw ich potrzebom, to wyjście poza schemat misji medycznej w publicznych placówkach jest nadal rzadkością (Bogdan i in., 2023). Warto zadbać o możliwie największą dostępność, zróżnicowane godziny przyjęć pacjentów, wdrożenie jak największej ilości rozwiązań wykorzystujących narzędzia ITC oraz wygodę. W ten sposób nie tylko poprawi się komfort korzystania z opieki zdrowotnej, ale pojawią się wymierne korzyści w systemie.

Już w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku różnice między pacjentami a konsumentami omawiał noblista Kenneth Arrow (1963). Twierdził, że niedoborom wiedzy medycznej i typowej dla usług niemożności ich poznania przed skonsumowaniem, towarzyszy brak możliwości samodzielnego wyboru, m.in. w konsekwencji niewiedzy pacjentów, czy zachorują i kiedy oraz która z usług będzie w danym przypadku najlepsza. Na rynku, gdzie bezpośrednie wprowadzenie do ekonomicznego modelu klasycznych założeń racjonalności zachowań jednostek oraz efektywnej alokacji zasobów w praktyce jest niemożliwe (Wiercińska, 2012), współczesny pacjent wybiera wprawdzie usługę medyczną, z której chce skorzystać, lecz wybór ten nie jest nieograniczony. Po pierwsze, rzadko zgłaszane jest zapotrzebowanie na usługę medyczną dobrej jakości za cenę pokrywaną z własnych środków, gdyż z reguły, będąc pacjentem sektora publicznego, akceptuje usługi, jakie wskazuje mu płatnik (NFZ) (Szalonka, 2015). Po drugie, pacjent jako konsument działa pod wpływem emocji wynikających ze stanu zagrożenia zdrowia lub życia, w jakim w danej chwili się znajduje, a celowość skorzystania z usługi zdrowotnej jest w stanie ocenić dopiero po jej konsumpcji (Nowotarska-Romaniak, 2013).

Choć termin 'pacjent' może przywoływać obraz biernej osoby oczekującej na leczenie, a klient, konsument, użytkownik usług implikować większą równość uczestników w podejmowaniu decyzji dotyczących osobistej opieki zdrowotnej, w praktyce alternatywne określenia nie zyskały szerszej akceptacji (Costa i in., 2019). Preferowanie terminu 'pacjent' nie uległo zmianie pomimo przechodzenia w kierunku opieki skoncentrowanej na pacjencie, wspólnego podejmowania decyzji oraz ekonomizacji opieki zdrowotnej. Chociaż duża część badań pokazuje, że kwestia preferencji jest złożona i determinowana przez różne czynniki (Zajonc, Markus, 1982), tak silne przywiązanie do słowa 'pacjent' może wynikać z jego znajomości przez osoby poszukujące opieki zdrowotnej (Wing, 1997). Przejście na mniej znany termin mogłoby wprowadzić niepewność w postaci potencjalnie niepożądanego zmiany w świadczeniu lub podejściu do opieki zdrowotnej (Costa i in., 2019). Lista takich ewentualnych implikacji używania określenia 'klient' zamiast 'pacjent' została stworzona przez Raphaela i Emmersona (1991). Są to m.in. ryzyko negatywnego wpływu na proces leczenia i odmowa przyznania przez społeczeństwo praw przynależnych tylko pacjentom, brak ochrony przed władzą i zależnością, jakie mogą istnieć w relacji lekarz–pacjent oraz utrata statusu poufności relacji, brak elementów troski i współczucia zawartych jedynie w określeniu pacjent, obciążenie świadczeniobiorcy odpowiedzialnością za skuteczny wybór leczenia oraz wynagrodzenie świadczeniodawcy, dyskwalifikacja z dotacji na opiekę zdrowotną zarezerwowanych jedynie dla chorych. Z drugiej jednak strony jako powód uzasadniający użycie słowa 'klient' podaje się kwestię autonomii pacjenta w kontrze do paternalizmu medycznego. Ten uzasadniony dylemat w zakresie terminologii należy jednak rozwiązać w drodze ciągłego i krytycznego przeglądu sposobu, w jaki troszczymy się o ludzi, z należyтым uwzględnieniem ich zdolności do podejmowania i wyrażania decyzji na różnych etapach

choroby, a nie poprzez bezrefleksyjną zmianę terminologii jedynie z powodu takich czy innych preferencji (Wing, 1997).

Obserwacje mechanizmów funkcjonowania systemów zdrowotnych pozwalają zatem postawić tezę, że reguły rynkowe coraz bardziej przenikają do całego sektora ochrony zdrowia (Szalotka, 2015), nie tylko opieki zdrowotnej, zaś ekonomia jako nauka o człowieku w jego społecznych powiązaniach odnosi się również do potrzeb, aspiracji, preferencji, wartości, zachowań, relacji, efektów działania i innych aspektów ludzkiej egzystencji w sferze zdrowia (Wilkin, 2016). Mamy do czynienia z pacjentem uwikłanym w system organizacyjny jako jednostką w relacji do usługodawcy. Ponieważ w praktyce interes pacjenta nie zawsze jest priorytetowy, pozycja pacjenta jako klienta usług zdrowotnych wymaga zdecydowanego poparcia, a jego rola – popularyzacji (Rudawska, 2014). Poza tym pojęcie ‘pacjent’ jest bardziej spójne z rolą chorego, niż dzieje się to z klientem czy konsumentem. Można jednak spodziewać się, że z biegiem czasu przywiązanie do niego będzie malało (Costa i in., 2019).

1.3. Zachowania pacjenta z perspektywy ekonomicznej

Charakterystyczne cechy usług zdrowotnych oraz ograniczenia w funkcjonowaniu rynku opieki zdrowotnej tworzą warunki, w jakich pacjenci artykułują swoje potrzeby w zakresie zdrowia i dokonują wyboru sposobów ich zaspokajania. W tym celu uruchamiają zachowania o charakterze konsumenckim. W ujęciu rynkowym zachowanie to „postępowanie, sprawowanie się, reagowanie na coś w określony sposób” (Światowy, 2006, s. 205) odnoszące się do działań podejmowanych zarówno w procesie zakupu, jak i bezpośrednio po nim. Ów „ogół działań i percepcji konsumenta składających się na przygotowanie decyzji wyboru produktu, dokonanie owego wyboru oraz jego zakup” (Rudnicki, 2012, s. 18) wynika z chęci zaspokojenia określonych potrzeb. Są to bowiem kształtowane poprzez przetwarzanie informacji, proces decyzyjny i role w nim pełnione (Smyczek, Sowa, 2005) „działania, które mają zrealizować założone przez podmiot cele o różnym charakterze” (Kędzior, Karcz, 1998, s. 10).

Zachowania konsumenckie jako podejmowane przez jednostki decyzje dotyczące zdobywania dóbr, usług, doświadczeń i pomysłów oraz konsumowania ich i dysponowania nimi (Światowy, 2006), niezależnie od tego przez kogo i na jakim rynku są realizowane, nie są ani oczywiste, ani proste. Nabywca świadomie i nieświadomie ulega bowiem wpływom czynników zarówno hamujących, jak i stymulujących określone zachowanie. Choć ich rozpoznanie wydaje się kluczowe, to ze względu na różny stopień wymierności nie zawsze jest możliwe, a ustalenie wpływu na zachowanie ograniczone.

Uwarunkowania zachowań nabywców są tematem szeroko omawianym w literaturze przedmiotu. Funkcjonujący tu podział czynników determinujących działania na zmienne zależne i niezależne od konsumenta, pozwala z jednej strony uwzględnić

determinanty wynikające z cech różnicujących ludzi, a z drugiej – zróżnicowanie warunków środowiska. Według Grażyny Światowy (2006) są to czynniki psychiczne, społeczne i ekonomiczne, u Rudnickiego (2012) – czynniki wewnętrzne (psychologiczne, personalno-demograficzne) oraz zewnętrzne (społeczno-kulturowe, ekonomiczne). Kieźel (2010) proponuje podział na czynniki: obiektywne ekonomiczne i pozaekonomiczne o charakterze zewnętrznym i wewnętrznym oraz subiektywne w postaci motywów, zwyczajów, postrzegania, nawyków, osobowości, postaw i tradycji, zaś Kotler (2005): czynniki kulturowe (kultura, klasa społeczna), społeczne (grupa odniesienia, rodzina), osobiste (płeć, wiek, zawód) i psychologiczne (motywacja, percepcja, postawy). Współcześnie zmienną coraz mocniej kształtującą zachowania nabywcze jest jednak Internet (Korczak, 2014; Pętlak, Rudawska, 2015; Soboń, 2021). To tu znajdowane są informacje determinujące podejmowane decyzje, kształtowane są postawy, rodzą się motywacje. Internet to element formujący jednostkę i społeczeństwo, ściśle powiązany z teraźniejszą kulturą.

Na ekstremalnym, z punktu widzenia teorii ekonomii, rynku opieki zdrowotnej, zachowania pacjentów różnią się od tych podejmowanych przez klientów na innych, doskonale konkurencyjnych rynkach. Możliwość manifestowania postaw konsumenckich jest tu ograniczona, a pole decyzyjne zawężone w związku z koniecznością narzucania bezpiecznych rozwiązań wykonywania usług oraz w następstwie faktu, że większość zachodzących na nim procesów ma charakter natychmiastowy (Shortell, Kaluzny, 2001). Poza tym zagrożenie zdrowia lub życia zmniejsza możliwość świadomych wyborów przy jednoczesnym wymogu stałej interakcji z pacjentem, który nie tylko ocenia proces świadczenia usługi, lecz wywiera nań realny wpływ. W związku jednak z przekonaniem, że pacjenci mają prawo do większej autonomii w podejmowaniu decyzji, coraz mocniej podkreśla się znaczenie odpowiedzialności za własne zdrowie. Większa aktywność i zaangażowanie (Tariman i in., 2010; Singh i in., 2010) to lepsze wyniki zdrowotne i samopoczucie (Chen, Li, 2009; Londono, Schulz, 2015), status zdrowotny (Jerofke, Weiss, Yakusheva, 2014), jakość życia (Koekenbier i in., 2016). To również korzyści dla systemu ochrony zdrowia jako całości w postaci niższych kosztów i lepszej efektywności (Adinolfi, Starace, Palumbo, 2016; Goozner, 2016).

W takich okolicznościach zachowania pacjentów polegające na dokonywaniu wyborów w procesie zaspokajania potrzeb w określonych warunkach (Kieźel, 2004) związanych ze zdrowiem, charakteryzują się odmiennością w stosunku do silnie zróżnicowanych (Golinowska, 2015), nie zawsze uświadomionych potrzeb (tab. 1.5). Osoba bez świadomości potrzeby zdrowotnej w znaczeniu choroby nie będzie dążyć do jej zaspokojenia, gdyż ani nie przejawia pewnych potrzeb, ani nie potrafi ich określić. Choć w obszarze wielu usług nie oznacza to braku zadowolenia, to w przypadku potrzeby zdrowotnej może prowadzić w dłuższej perspektywie do odczuwalnego pogorszenia się stanu zdrowia i jakości życia (Kautsch, 2010). Ostatecznie wymuszone zostaje skorzystanie z usługi medycznej w konsekwencji swego rodzaju procesu uświadomienia potrzeby zdrowotnej w związku z odczuwaniem stopniowo pojawiających się i nasilających objawów.

Świadoma potrzeby zdrowotnej osoba będzie wówczas dążyć do maksymalizacji użyteczności czerpanej z konsumpcji usługi stanowiącej zaspokojenie zidentyfikowanej dolegliwości, choć problematyczna jest tu kwestia możliwości świadomego wartościowania i oceny skali zagrożenia zdrowia. Określenie użyteczności możliwych rozwiązań nie jest łatwe ze względu na niepełną wiedzę medyczną, a większa użyteczność wynika czasem ze źle przyjętych determinant wyboru. Obiektywna potrzeba może różnić się bowiem od subiektywnej, w celu zaspokojenia której pacjent będzie leczył objawy, zamiast korzystać z usług specjalisty będącego w stanie ocenić rzeczywistą potrzebę (Wdowiak, Kapka, 2012). Większa, w rozumieniu klienta, użyteczność wynikająca z ograniczenia czasu potrzebnego na wizytę i kosztów może okazać się więc pozorna, powodując późniejsze komplikacje, pogorszenie zdrowia, a w skrajnym przypadku śmierć (Żok, 2012). Wybory pacjenta nie muszą zatem w dłuższej perspektywie prowadzić do maksymalizacji własnej satysfakcji. Mówimy więc o sytuacji, w której pacjent w niewielkim stopniu spełnia założenia człowieka racjonalnego (Golinowska, 2015), choć mechanizm zachowań konsumenckich pozostaje wciąż ten sam: maksymalne korzyści przy minimalnym koszcie.

Tabela 1.5. Zachowania konsumenckie w ochronie zdrowia w zależności od rodzaju świadczenia

Rodzaj potrzeby	Charakterystyka		uwagi
	osoby	zachowania	
Ratowanie życia/zdrowia	Nieprzytomna	Niemożliwość podejmowania świadomych wyborów. Osoba z grupy podwyższonego ryzyka może wcześniej (przed momentem utraty przez nią przytomności) podjąć kroki w celu poinformowania osób udzielających jej usługi o swoim profilu zdrowotnym (np. posiadanie dokumentów opisujących stan zdrowia, numeru ICE)	Maksymalizacja użyteczności w rozumieniu skrócenia czasu leczenia lub wręcz uratowania życia, co jest przykładem zachowania konsumenckiego
	Przytomna	Kontakt ze służbami, które mogą jej przyjść z pomocą czy ratunkiem	jw.

Rodzaj potrzeby	Charakterystyka		uwagi
	osoby	zachowania	
Przywracanie zdrowia	Odczuwająca istotną potrzebę zdrowotną	1. Zaspokojenie potrzeby w systemie publicznym. 2. Decyzja o ubezpieczeniu (para-ubezpieczenie – abonament) 3. Zakup usługi: opłata bezpośrednia.	W dwóch ostatnich przypadkach zaspokojenie potrzeb zdrowotnych czy też minimalizacji czasu oczekiwania na usługę mają większą wartość niż wydatki związane z uzyskaniem usługi. Decyzja o zaspokojeniu potrzeby, oparta o czynniki znane z innych sektorów. Nie zawsze potrzeba może być precyzyjnie zdefiniowana przez konsumenta.
	Odczuwająca mniej istotną potrzebę zdrowotną	1. Niepodejmowanie żadnych działań („samo przejdzie”). 2. Stosowanie domowych sposobów leczenia. 3. Zakup i przyjmowanie leków OTC.	Maksymalizacja użyteczności: postrzeganie problemów zdrowotnych jako kwestii mało istotnych, za zachowania bardziej opłacalne (czas, pieniądze) klient uznaje oczekiwanie na samoistną poprawę stanu zdrowia lub stosuje mniej kosztowne metody (domowe sposoby, leki dostępne bez recepty). Działanie takie może być dla klienta niebezpieczne, jeśli stan chorobowy (niezdiagnozowany) okaże się poważniejszy.
Zabiegi estetyczne	Odczuwająca potrzebę zmiany w wyglądzie	Zaspokojenie potrzeby przy pomocy opłaty bezpośredniej.	Decyzja o zaspokojeniu potrzeby oparta na czynnikach znanych z innych sektorów: pełny wachlarz zachowań konsumenta w klasycznym ujęciu.

Źródło: Kautsch, M. (2010). Czynniki warunkujące zachowania konsumenckie w ochronie zdrowia – wybrane zagadnienia. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu*, 609 (16), s. 244.

Postawę konsumencką pacjentów, budowaną na bazie przynależnych praw do nabywania produktów po cenie uzasadnionej ekonomicznie, uzyskania rzetelnej informacji, bezpieczeństwa, bycia wysłuchanym i swobodnego wyboru (Krot, 2008), można postrzegać w kategorii kontinuum (Krot, 2019). Fakt, że w największym stopniu objawia się przy korzystaniu z opieki medycznej w prywatnych gabinetach lekarskich, a w najmniejszym w specjalistycznych publicznych szpitalach wynika w dużym stopniu ze sposobu finansowania opieki zdrowotnej. Pacjent, płacąc z własnej kieszeni za usługę, bardziej niż przy pokrywaniu kosztów opieki medycznej przez ubezpieczyciela, zbliża się w swych zachowaniach do świadomego nabywcy dóbr i usług na konkurencyjnych rynkach (Mruk, 2013).

Niezależnie od formy finansowania opieki zdrowotnej cechą wyborów na współczesnym rynku usług medycznych jest ciągle porównywanie jakości. W ocenie zwykle pomijana jest techniczna jakość usługi (Hołub, 2001), niemożliwa do oceny przy

braku wiedzy medycznej, a pacjent skupia się na jakości postrzeganej (Kautsch, 2010). Niektórzy, reagując na ujawnianie w procesie oceny negatywne bodźce, takie jak zła komunikacja z lekarzem czy problemy organizacyjne w placówce, zmieniają dostawcę usług. Korzystając ze swobody wyboru usługodawcy porzucają tego, który nie spełnia oczekiwań, a wybierają tego, który oferuje wyższą użyteczność końcową, tzn. najlepiej zaspokoi potrzeby nie tylko zdrowotne, lecz również społeczne, bytowe i w zakresie poczucia bezpieczeństwa. Tego typu zachowania pacjenta stanowią wskaźnik jakości usług i skuteczności postępowania danego profesjonalisty (Krot, 2008). Niestety nie wszyscy pacjenci tak reagują. Ci, którzy tego świadomie nie robią, zazwyczaj motywują swe zachowania przyzwyczajeniami (Rudawska, 2011). W konsekwencji duża liczebność tego typu usługobiorców stanowi zagrożenie dla rozwoju orientacji na klienta, ponieważ nie są dostarczane odpowiednie bodźce do zmiany zachowań świadczeniodawców.

Ujawniane przez pacjentów różnice w potrzebach i preferencjach komplikują proces świadczenia usług zdrowotnych, sugerując potrzebę segmentacji rynku (Mruk, 2009). Podział na jednorodne segmenty umożliwia bowiem kierowanie oferty do konkretnej grupy odbiorców i lepsze dopasowanie jej do potrzeb (Kotler, Shalowitz, Stevens, 2011). Zmiennymi różnicującymi mogą być kryteria odnoszące się do konsumenta usług, tj. cechy demograficzne pacjenta (wiek, płeć, stan zdrowia, faza cyklu życia i wielkość rodziny), społeczno-ekonomiczne (wykształcenie, dochód, zawód, pochodzenie społeczne), psychograficzne (styl życia, osobowość, filozofia życia) czy geograficzne (wielkość miasta, lokalizacja) oraz kryteria odnoszące się do reakcji konsumentów: wzorce konsumpcji (korzystanie z usług stałe, okazjonalne), oferowane korzyści (jakość, personel, dostępność usługi, rzetelność świadczonych usług) oraz warunki zakupu (forma finansowania, wybór usługodawcy) (Nowotarska-Romaniak, 2013).

W literaturze można dostrzec różne podejście do segmentacji pacjentów. W przeszłości popularnym kierunkiem było wiązanie zachowań zdrowotnych (rynkowych) ze zmiennymi o charakterze społeczno-demograficznym. Identyfikację powiązań pomiędzy tymi kategoriami dominowały m.in.: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy typ rodziny. W ten sposób Cheba i Hołub-Iwan (2014) wyodrębniły trzy zróżnicowane segmenty pacjentów ze względu na sposób korzystania z usług medycznych. Grupa korzystających jedynie z publicznych usług zdrowotnych to osoby z wykształceniem zawodowym lub podstawowym, mieszkające na wsi, funkcjonujące w ramach tzw. pustego gniazda z usamodzielnionymi dziećmi, korzystające tylko z usług państwowej służby zdrowia, wykonujące badania profilaktyczne jedynie po uzyskaniu skierowania, wybierające lekarza na podstawie opinii na temat placówki medycznej. W grupie pacjentów o zróżnicowanych preferencjach uzależnionych głównie od czasu oczekiwania na realizację usługi znalazły się kobiety, mieszkanki małych miast, z wykształceniem średnim, posiadające dzieci w wieku powyżej 15 lat, korzystające w pierwszej kolejności z usług państwowej służby zdrowia, a dopiero w sytuacji na przykład długiego oczekiwania na realizację usługi dokonujące wyboru usług świadczonych prywatnie, uwzględniające

przy wyborze sposobu korzystania z usług medycznych inne czynniki niż opinia na temat lekarza czy placówki medycznej, wykonujące badania profilaktyczne prywatnie. Grupa trzecia to pacjenci korzystający w pierwszej kolejności z usług prywatnych – mężczyźni z wykształceniem wyższym, bez dzieci lub z dziećmi w wieku do 15 lat, mieszkający w miastach powyżej 30 tys. mieszkańców, korzystający w pierwszej kolejności z usług prywatnych, uzależniający wybór lekarza od opinii na jego temat oraz niekorzystający z badań profilaktycznych. W praktyce rosnąca liczba tego typu pacjentów gotowych finansować z własnych środków korzystanie z dostępnych, świadczonych na wysokim poziomie usług medycznych jest bodźcem do rozwijania palety usług świadczonych na zasadach rynkowych (Mruk, 2017).

Inne popularne podejście do segmentacji skupia uwagę na potrzebach pacjentów w zakresie opieki zdrowotnej (Chong, Lim, Matchar, 2019). Pionierskim podejściem jest tu model „Bridges to Health” autorstwa Lynn z zespołem (2007) uwzględniający osiem segmentów: osoby w dobrym zdrowiu, w sytuacjach macierzyńskich/niemowlęcych, z ostrą chorobą, ze stabilnymi przewlekłymi schorzeniami, z poważną, ale stabilną niepełnosprawnością, ze słabym zdrowiem bliskim śmierci, z zaawansowaną niewydolnością układu narządów i z długotrwałą ułomnością. Każdy z nich ze względu na swą charakterystykę wymaga innego podejścia (tab. 1.6), istnieje więc konieczność budowania systemów opieki zdrowotnej zaprojektowanych wokół przewidywanych potrzeb i preferencji poszczególnych grup pacjentów. Ponieważ niewystarczające usługi prowadzą do gorszych wyników, a ich nadmiar skutkuje wyższymi kosztami przy niewielkich dodatkowych korzyściach dla pacjentów lub ich braku (Berwick, Hackbarth, 2012), dostosowywanie usług do potrzeb jest ważne.

Tabela 1.6. Charakterystyka segmentów populacji według priorytetów zdrowotnych

Segment populacji	Priorytetowe kwestie dla populacji	Główne elementy opieki zdrowotnej	Cele
Zdrowy	Długowieczność dzięki zapobieganiu wypadkom, chorobom i postępowi wczesnych stadiów chorób	Gabinety lekarskie, przychodnie zdrowia, medycyna pracy i informacje zdrowotne dostępne publicznie	Pozostać zdrowym
Zdrowie matki i dziecka	Zdrowe dzieci, niskie ryzyko dla matki, kontrola płodności	Usługi prenatalne, poród i opieka okołoporodowa; kontrola i poprawa płodności	Pozostać zdrowym
Ostra choroba	Powrót do zdrowia przy minimalnym cierpieniu i zakłóceniu	Służby ratunkowe, szpitale, gabinety lekarskie, leki lub krótkoterminowe usługi rehabilitacyjne	Wracać do zdrowia

Segment populacji	Priorytetowe kwestie dla populacji	Główne elementy opieki zdrowotnej	Cele
Choroby przewlekłe, normalne funkcjonowanie	Długowieczność, ograniczenie postępu choroby, sprzyjające środowisko	Samodzielne zarządzanie, gabinety lekarskie, hospitalizacje i wizyty na oddziale ratunkowym	Życie z chorobą lub niepełnosprawnością
Stabilna, ale poważna niepełnosprawność	Autonomia, rehabilitacja, ograniczanie postępu, przyjazne środowisko, wsparcie opiekunów	Usługi domowe, adaptacja środowiskowa, rehabilitacja i usługi instytucjonalne	Życie z chorobą lub niepełnosprawnością
Krótki okres niemocy przed śmiercią	Komfort, godność, zamknięcie życia, wsparcie opiekunów, planowanie z wyprzedzeniem	Usługi domowe, hospicjum i usługi opieki osobistej	Radzenie sobie z chorobą pod koniec życia
Ograniczona rezerwa i zaostżenia	Unikanie zaostżeń, utrzymanie funkcji i szczegółowe planowanie działań wyprzedzających	Wsparcie w zakresie samoopieki, usługi domowe, całodobowy dostęp do poradnictwa medycznego i opieka domowa	Radzenie sobie z chorobą pod koniec życia
Ułomność, z demencją lub bez	Wsparcie dla opiekunów, utrzymanie funkcji, integralności skóry, ruchomości i szczegółowe planowanie z wyprzedzeniem	Usługi domowe, urządzenia do opieki i mobilności, szkolenia i wsparcie dla opiekunów rodzinnych oraz placówki pielęgniarstwa	Radzenie sobie z chorobą pod koniec życia

Źródło: Lynn, J., Straube, B.M., Bell, K.M., Jencks, S.F., Kambic, R.T. (2007). Using population segmentation to provide better health care for all: the „Bridges to Health” model. *Milbank Quarterly*, 85 (2), s. 190.

Pacjent podejmując decyzję o wyborze usług zdrowotnych, różnicuje kryteria oceny i wyboru w zależności od rodzaju świadczeń, których dotyczy. Zachowuje się inaczej w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej niż usług specjalistycznych. W pierwszym przypadku to łatwy dostęp do lekarza i lokalizacja są cechami oferty, które w największym stopniu wpływają na wybór placówki świadczącej opiekę zdrowotną. Podstawowym kryterium wyboru specjalisty jest natomiast fachowość świadczonych usług gwarantująca właściwe wykonanie zabiegu diagnostycznego lub leczniczego (Ostrowska, Rosa, 2015). Co więcej, niektóre atrybuty oferty są dla części pacjentów na tyle ważne, że aby je nabyć, są skłonni zaangażować większe środki niż składka wnoszona na obowiązkowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne (Rudawska, 2011). Uruchamiają wówczas prywatne zasoby finansowe, gdyż działający mechanizm wyboru, ujawniając zróżnicowane preferencje, skłania ich do nabycia usługi medycznej w prywatnym sektorze.

Czynnikiem silnie determinującym zachowania pacjentów jest również czas. Porównywanie długości oczekiwania na opłaconą przez ubezpieczyciela usługę z usługami, które są dostępne odpłatnie, jest zjawiskiem powszechnym. Wynika to z pilnych potrzeb zdrowotnych w obszarze zdrowia i życia ze względu na dynamikę procesu chorobowego

i możliwość szybkiego pogorszenia się stanu zdrowia. W obecnych warunkach rynkowych, gdzie czas oczekiwania na wiele procedur medycznych jest wydłużony (Ministerstwo Zdrowia, 2023), wybory pacjentów są silnie uwarunkowane dostępnością usług finansowanych przez NFZ. W konsekwencji szybki dostęp do konsultacji u specjalisty, zabiegów, operacji czy badań jest zatem podstawowym oczekiwaniem klientów skłonnych samodzielnie opłacać usługi medyczne (Iwankiewicz-Rak, 2012). Wybierają wówczas placówkę, która w ich opinii dostarczy największą wartość, czyli najlepiej rozwiąże problem zdrowotny przy jak najmniejszych nakładach czasowych i pieniężnych (Suchecka, Owczarek, 2011).

Złożoność psychologiczną procesu występującego przy wyborze placówki medycznej potęguje stres towarzyszący pacjentowi. W przypadku usług medycznych silne emocje ujawniają się dość często. Dzieje się tak w wyniku złego samopoczucia, strachu przed bólem, niepewności efektu leczenia (Ostrowska, Rosa, 2015). Choć strona emocjonalna zachowań ludzi jest tu znacznie silniejsza niż sfera racjonalna (Damasio, 1999; Ariely, 2010; Ariely 2017) i nie można opierać się na paradygmacie racjonalności zachowań konsumentów (Kahneman, 2012), istnieje kategoria pacjentów-prosumentów racjonalizujących swoje zachowania. Z jednej strony są to działania na rzecz powrotu do zdrowia, z drugiej – promowania zachowań profilaktycznych (Mruk, 2013). Przejawiają się one w nabywaniu produktów naturalnych, kierowaniu się zasadami zdrowego odżywiania, większej aktywności fizycznej, unikaniu nadmiaru używek, utrzymywaniu właściwej wagi ciała, a w konsekwencji zmniejszaniu ryzyka chorób (Mruk, 2013).

Ponieważ rozsądne zachowania są pożądanym punktem widzenia ekonomiki zdrowia, właściwym kierunkiem jest zwiększanie racjonalności zachowań pacjentów. Kluczem do sukcesu wydaje się ograniczanie wpływu bodźców emocjonalnych (Blanchard, 2007) oraz zachowanie równowagi między wszystkimi aspektami życia (Avery, 2009). Niestety zmiana nawyków nie jest prosta: wymaga silnej woli, pracy nad sobą (Covey, 2007), wsparcia osób trzecich. Ponieważ dążenia te mogą jednocześnie przyczyniać się do zmniejszania wydatków z funduszy przeznaczonych na opiekę zdrowotną, wymagają one zdecydowanego wsparcia i propagowania.

Podsumowując rozważania nad naturą współczesnego pacjenta, w konsekwencji zachodzących przemian i procesów, przyjmujemy, że w swoich zachowaniach konsumenc-
kich cechuje go (Szumska, 2016):

- możliwość dokonywania wyborów nie zawsze racjonalnych i skutecznych,
- kierowanie się nie zawsze słuszną opinią innych pacjentów,
- oczekiwanie efektu namacalnego i przez niego akceptowalnego wyniku w leczeniu,
- kierowanie się pierwszym wrażeniem przy uznaniu lekarza za profesjonalistę,
- pragnienie, by personel zajął się dodatkowo jego potrzebami psychicznymi,
- wysoka jakość rozumiana jako profesjonalizm, indywidualne podejście oraz miła i sympatyczna obsługa,
- świadomość, że niczego nie musi i nikt go do niczego nie może zmusić,

- umiejętność podejmowania decyzji ekonomicznych opartych na swoich wyobrażeniach i czynnikach branych pod uwagę,
- własne upodobania, wymagania i oczekiwania.

Wobec tej nowej wiedzy o zachowaniach za ważne należy uznać poszukiwanie nowych sposobów wzmacniania decyzji pacjentów, wspieranie ich oraz inwestowanie w działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym. Istotne jest także poszukiwanie rozwiązań o charakterze organizacyjnym, które przyczynią się do lepszego zaspokajania potrzeb zdrowotnych we współczesnych realiach rynku opieki zdrowotnej. Być może jest to najważniejsze wyzwanie, jakie stoi przed wysoko rozwiniętymi społeczeństwami (Mruk, 2017), gdyż od strony ekonomii najważniejszy jest pacjent i jego zadowolenie. Budowanie więzi, szacunek, przekazywanie informacji, dbałość o atmosferę w relacjach, dostęp do parkingu, poczekalni czy szatni (Mruk, 2018) warunkują dziś wyższe zadowolenie pacjentów i ich rodzin, a zadowolony pacjent wraca do lekarza i poleca jego usługi, stając się lojalnym świadczeniobiorcą (Kessler, Mylod, 2011). Nie tylko obdarza medycynę większą sympatią i szacunkiem, ale chętniej poddaje się terapii, lepiej współpracuje z lekarzem, jest skłonny realizować zalecenia prozdrowotne (Winnicki i in., 2016), co przekłada się zarówno na lepszą efektywność leczenia, jak i całego systemu ochrony zdrowia.

1.4. Relacja pacjent–usługodawca w kontekście budowania więzi i wartości

W świecie, gdzie ekonomizacja w publicznych systemach zdrowotnych objawia się w postaci bądź to skłonności do oszczędzania, bądź wzmożonego korzystania z publicznych pieniędzy (Getzen, 2000), zaś w sektorze prywatnym sugeruje maksymalizację dochodów lekarza oraz ograniczanie wydatków ponoszonych przez pacjenta na usługi medyczne przy jednoczesnym utrzymaniu wysokiego poziomu zdrowia (Gałuszka, 2012), relacja lekarz–pacjent zmienia się w relację pacjent–usługodawca. Postrzeganie i zachowywanie się obu jej stron jest nacechowane więzią i partnerstwem (Mitrega, 2005), przynosząc długoterminowe, opierające się na wzajemnym zaufaniu, obopólnie korzystne zależności (Kotler, 2005). Kształt tej relacji jest pochodną czynników oddziałujących na postawy i zachowania. Należą do nich osobiste i społeczne predyspozycje (charakterystyka społeczno-demograficzna, autorytet zawodu lekarza, konsumpcyjne nastawienie pacjentów, socjalizacja zawodowa przyszłych lekarzy, przyjęty model medycyny i zdrowia) oraz czynniki ekonomiczne (zmiany w systemie służby zdrowia doprowadzające do rozwoju mechanizmów rynkowych, konkurencja) (Krot, 2013).

Każda z relacji między lekarzem i pacjentem ma niepowtarzalny charakter, na który składają się określone cechy (Mitrega, 2004). Dezagregacja tego złożonego pojęcia pozwala na wyodrębnienie wymiarów, będących jednocześnie miernikami siły relacji.

Są one zbieżne z wymiarami przypisywanymi relacji B2C ze względu na postrzeganie lekarza jako podmiotu świadczącego usługi zdrowotne (tab. 1.7).

Tabela 1.7. Najważniejsze zmienne reprezentujące kluczowe cechy relacji – adaptacja na potrzeby relacji lekarz–pacjent

Pojęcie	Definicja
Satysfakcja pacjenta	Sposób, w jaki pacjent ocenia stopień realizacji swoich oczekiwań wobec procesu usługi zdrowotnej
Zaufanie pacjenta	Przekonanie pacjenta, że obietnice uczynione przez lekarza zostaną zrealizowane
Siła relacji	Funkcja jednoczesnego oddziaływania dwóch czynników: opinii pacjenta na temat tego, czy lekarz będzie nadal usługodawcą w przyszłości, oraz skłonności pacjenta do zarekomendowania lekarza krewnym i znajomym
Intensywność interakcji	Funkcja częstotliwości, z jaką w danym okresie pacjent kontaktował się z lekarzem bezpośrednio (<i>face to face</i>), telefonicznie oraz za pomocą Internetu
Czas trwania relacji	Czas liczony od pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem
Zaangażowanie emocjonalne pacjenta	Pozytywne, obojętne lub negatywne emocjonalne nastawienie pacjenta wobec długoterminowego podtrzymywania współpracy z lekarzem
Orientacja sprzedawcy na klienta	Sposób, w który klient ocenia, w jakim stopniu pracownicy firmy są zorientowani na długookresowe spełnianie potrzeb klienta w odróżnieniu od wywierania nacisku na wysoką sprzedaż w krótkim okresie (orientacji firmy na sprzedaż)
Wiedza profesjonalna sprzedawcy	Sposób, w jaki klient ocenia poziom wiedzy fachowej personelu obsługi oraz zdolności do jej przekazywania w trakcie interakcji z klientem
Porównawczy poziom odniesienia	Sposób, w jaki klient ocenia prawdopodobieństwo zastąpienia obecnej firmy inną firmą, z którą utrzymywanie transakcji byłoby bardziej korzystne

Źródło: Soboń, M. (2021). *Relacja lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe US, s. 24.

Od występowania i natężenia poszczególnych wymiarów zależy kształt relacji, to czy pacjent zostanie właściwie zrozumiany, obsługany, dopuszczony do współdziału w procesie świadczenia usługi. Zasadniczą kwestią jest tu stosunek lekarza do pacjenta determinowany zmiennymi osobowościowymi, kulturą osobistą, wiedzą, postawą wobec pracy, doświadczeniem zawodowym i życiowym, światopoglądem oraz systemem wartości (Wójcik, 2018), a także czynnikami ekonomicznymi, ustrojowymi, socjologicznymi, kulturowymi i środowiskowymi oraz stereotypami zachowań w stosunku do pacjentów. Podobny zestaw zmiennych oddziałuje również na pacjenta, wywołując określone zachowania i postawy względem lekarza. Szczególną rolę w relacji odgrywają

wiara i zaufanie, wzbudzanie nadziei, empatia, kontakt osobisty wyrażający się troską o pacjenta oraz umiejętność porozumiewania się (Wise, 1996). W konsekwencji pojawia się budząca zainteresowanie badaczy mieszanka emocji, postaw, zachowań i interesów.

W następstwie wielowymiarowości relacji między lekarzem i pacjentem pojawia się kwestia różnorodności więzi łączących partnerów interakcji. Charakter tworzonych więzi oddaje istotę relacji (Rudawska, Sagan, 2006) i ma wpływ na jakość świadczonych usług zdrowotnych (Nowakowska, 2015). Więź należy zatem postrzegać jako element wiążący strony i podtrzymujący związek (Storbacka i in., 1994). Według Gordona (2001) kreowanie, utrzymywanie i umacnianie takich tworzących wartość relacji z pacjentem może odbywać się w obszarze:

1. Strukturalnym, w którym integrowanie struktur bądź działalności operacyjnej odbywa się za pomocą technologii informacyjnej poprzez dostosowanie procesów oraz zasobów (technologii, ludzi, strategii) obu partnerów relacji, w wyniku czego udostępniona świadczeniobiorcy część struktury stwarza możliwość interakcji, np. sprawdzania wyników badań, umawiania wizyt przez Internet.
2. Wartości marki, gdzie relacje wynikają z funkcjonalnych i emocjonalnych korzyści uzyskiwanych przez klienta w związku z atrybutami określonej marki oferty.
3. Zawodowym, w którym relacje są efektem przeświadczenia klienta o wysokim profesjonalizmie usługodawcy, tzn. w zakresie posiadanych kwalifikacji, umiejętności, doświadczenia, kultury organizacyjnej, systemu wartości, szybkiej reakcji na sygnały z otoczenia, uwagi poświęcanej klientowi.
4. Osobistym, gdzie relacje wynikające z osobistego nastawienia do pracowników usługodawcy mogą być na tyle silne, że stają się przeszkodą w zerwaniu kontaktów.
5. Systemów informacji i kontroli, gdy usługodawca oferuje odbiorcom dostęp do swoich systemów, dając im tym samym możliwość skuteczniejszego zarządzania działalnością operacyjną i finansami, np. poprzez śledzenie procesu świadczenia usługi.
6. Wartości, która może być czynnikiem zatrzymującym klienta przy świadczeniodawcy, przyjmując formę m.in.: programów lojalnościowych, zapewnienia wysokiej jakości, indywidualizacji produktu.
7. Opcji zerowej w sytuacji, w której klient, nie mając wyboru, jest zmuszony do nawiązania współpracy.

Z badań Rudawskiej i Sagana (2006) wynika, że więzi w relacji lekarz–pacjent są nie tylko bardzo różnorodne, ale ich postrzeganie przez obie strony relacji różni się i ma charakter hierarchiczny. Więzy formalne wpływają na powstanie społecznych, a te na powstanie strukturalnych. U lekarzy pośród relacji formalnych dominują: więź finansowa i techniczna, pośród społecznych – więź komunikacyjna i psychologiczna. Dla pacjentów priorytetem są więzi strukturalne budowane na bazie tzw. empowermentu, więzi osobistej oraz partnerstwie, gdzie zaufanie jest spoiwem związku (tab. 1.8).

Tabela 1.8. Kategorie więzi w relacji lekarz–pacjent

Kategoria więzi	Subkategoria więzi	Charakterystyka
Formalna	wieź finansowa	oferowanie pacjentom zachęt cenowych
	wieź techniczna	dysponowanie unikalnymi specjalistami i sprzętem
	wieź organizacyjna	dogodna lokalizacja
Społeczna	wieź oparta na wiedzy	kompleksowa opieka zdrowotna
	wieź komunikacyjna	bardzo dobry przepływ informacji
	wieź oparta na indywidualizacji	zindywidualizowane podejście do pacjenta
	wieź emocjonalna	troska o zaspokojenie nie tylko zdrowotnych, ale i emocjonalnych potrzeb
	wieź psychologiczna	zmniejszanie stresu u pacjentów
Strukturalna	wzmocnienie (<i>empowerment</i>)	zachęcanie pacjentów do aktywnego angażowania się w proces leczenia
	wieź osobista	przyjacielski i życzliwy stosunek
	wieź symboliczna	reputacja placówki dająca pacjentom poczucie pewności
	wieź ideologiczna	kierowanie się normami etycznymi
	partnerstwo	traktowanie pacjenta jako osoby współdecydującej o zdrowiu i leczeniu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Rudawska, I., Sagan, A. (2006). Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS. *Problemy Zarządzania*, 2 (12), s. 84.

Tak wiele kategorii i subkategorii więzi sprawia, że budowanie współczesnej relacji na rynku usług zdrowotnych jest zadaniem skomplikowanym i wymagającym zaangażowania obu jej stron. Każdy element składowy ma znaczenie, bo od niego zależy efekt końcowy w postaci zadowolonych, bądź nie, stron relacji, które oczekują określonych wartości.

Powiązana z aspektem relacyjnym wartość staje się zatem nieodzownym elementem współczesnej opieki zdrowotnej, która podążając w kierunku opartym na modelu Value Based Healthcare, stawia sobie za cel zwiększanie uzyskiwanej z dostępnych zasobów wartości dla populacji (Porter, Teisberg, 2006). Postrzegana jako zbiór wartości, które pozwalają na zaspokojenie potrzeb klienta w wymaganym przez niego czasie oraz miejscu (Dobiegała-Korona, 2006a), określana jest w sektorze zdrowia stanem zdrowia pacjenta osiągniętym w rezultacie poniesionych kosztów (Porter, 2010). Jest mierzona wynikami, a nie nakładami, dlatego zależy od rzeczywistego stanu zdrowia pacjenta,

nie ilości świadczonych usług (Porter, Teisberg, 2006). Ponieważ więcej opieki nie musi oznaczać, że jest ona lepsza, podstawowym wyzwaniem dla wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej staje się przeniesienie punktu ciężkości z liczby oferowanych usług na ich wartość (Suchecka, Owczarek, 2011).

Wartość dla klienta, tworzona poprzez relacje wywołujące interakcje pomiędzy nim a świadczeniodawcą usług (Grönroos, 2007), obejmuje swoim zakresem takie cele ochrony zdrowia jako całości jak jakość, bezpieczeństwo, koncentrowanie się na pacjencie i ograniczanie kosztów (Suchecka, Owczarek, 2011). Jest syntetycznym ujęciem dostarczanych użyteczności (wartości) częściowych jako dopasowanie cech i funkcji oferty do potrzeb i oczekiwań klienta (Putyło, 2018). Odgrywa bardzo ważną rolę w wyborach dokonywanych przez pacjentów. Dostęp do konkurencyjnych ofert sprawia bowiem, że usługobiorcy decydują się na korzystanie z usług zapewniających najwyższą wartość pojmowaną jako różnicę między całkowitą wartością dla nabywcy a całkowitym kosztem ponoszonym w związku z zakupem (Dobiegała-Korona, Doligalski, 2010). Ocena wartości odbywa się tu przez pryzmat lokalizacji świadczeniodawcy, odległości od miejsca zamieszkania, możliwości nabycia usług dodatkowych w jednym miejscu, kwalifikacji personelu i jakości obsługi. Na całkowity koszt zakupu składają się zaś poza ceną: czas na dojazd do placówki medycznej i wysiłek psychiczny związany z emocjonalnym podejściem pacjenta do skorzystania z usługi.

Wartość jako relacja wyników do kosztów zawiera w sobie pojęcie wydajności i może być zwiększana albo przez zmniejszenie kosztów, albo przez zwiększanie całkowitej wartości, przy czym redukcja kosztów z pomijaniem osiągniętych wyników jest niebezpieczna i prowadzi do „fałszywych” oszczędności oraz nieskutecznej opieki (Suchecka, Owczarek, 2011). W sytuacji odpowiedzialności za wartość wszystkich uczestników systemu, do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej warto wykorzystywać jakość. Korzystanie z nowoczesnych metod leczenia prowadzi do szybszego powrotu do zdrowia bez powikłań, a w konsekwencji do redukcji zapotrzebowania na dalszą opiekę. Nie oznacza to jednak, że poprawa wyników obniża automatycznie koszty, co więcej – nieefektywne działania mogą być destrukcyjne dla wartości. Co do wartości, z natury specyficznych i wielowymiarowych, istnieje zestaw wyników, które wspólnie tworzą korzyści dla pacjenta w postaci przedłużenia życia, stanu funkcjonalnego czy powrotu do zdrowia. Ostatecznie w pełni dostosowany do indywidualnej sytuacji pacjenta zestaw wyników stanowi o jakości opieki nad nim.

Wartość jest niezbędnym składnikiem i podstawą wymiany rynkowej, gdyż nabywca nie kupuje oferty, lecz wartości jej towarzyszące (Kotler, 2005). Mimo że skupia się na osobie pacjenta, a nie dostawcy, jednoczy wokół siebie interesy wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia (Suchecka, Owczarek, 2011). W dobrze funkcjonujących rozwiązaniach tworzenie wartości dla pacjentów przekłada się bowiem na satysfakcję pozostałych uczestników rynku, a wzrost wartości przynosi korzyści płatnikom i dostawcom usług ze względu na to, że poprawie ulega je scalają zdrowia. Między stronami relacji

zachodzą korzystne zależności, które scalają obie strony (tab. 1.9). Jeśli zaspokajane są indywidualne potrzeby pacjenta, a więc dostarczana jest pacjentowi wartość, tworzona jest równocześnie wartość pacjenta dla podmiotu rynku medycznego (Putyło, 2018).

Tabela 1.9. Charakterystyka wartości dla pacjenta i podmiotu medycznego

Wyszczególnienie	Charakterystyka ogólna	Charakterystyka dla podmiotu medycznego
Charakter wymiany i rola klienta w tej wymianie	Klienci są częścią silnej sieci. Współtworzą wartość przedsiębiorstwa. Współpracują i współuczestniczą w rozwoju firmy	Pacjenci są głównymi interesariuszami. Mają silny wpływ na rozwój usług i produktów, współtworzą nowy wymiar jakości
Przekonania kadry zarządczej	Klient jest nie tylko indywidualnością, lecz także częścią wyłaniającej się tkanki społecznej i kulturowej, do której należy też przedsiębiorstwo	Przez pojedynczego pacjenta podmiot medyczny widzi cały strumień swoich potencjalnych obecnych i przyszłych klientów
Związki przedsiębiorstwa z klientami oraz rozwój produktów i usług	Klienci współuczestniczą w rozwoju doświadczeń przedsiębiorstwa. Odgrywają wspólnie rolę w poznawaniu i kształtowaniu oczekiwań oraz tworzeniu rynkowej akceptacji produktów i usług	Pacjenci jako najbardziej zainteresowani uczestniczą w pracach nad nowymi produktami. To dzięki nim na rynku pojawiają się leki nowej generacji. Badania kliniczne leków są tego najlepszym dowodem
Cel i przepływ informacji	Aktywny dialog z klientami, którzy kształtują oczekiwania i kreują zainteresowanie ofertą przedsiębiorstwa	Aktywny dialog to także badanie opinii pacjentów w formie ankiety satysfakcji, co umożliwia poprawę tych obszarów, które pacjent wskazuje do poprawy. To są certyfikaty jakości

Źródło: Putyło, K. (2018). Tworzenie wartości dla pacjenta i dla podmiotu medycznego w usługach ochrony zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 530, s. 167.

W procesie tworzenia wartości znacznie wzrasta rola samego pacjenta (Rogoziński, 2012). Od przejawianych postaw, otwartości i chęci współpracy zależy bowiem bardzo wiele. Wywoływane tą drogą skutki mogą zarówno podnosić kształtowaną wartość, jak i ową wartość obniżać (Chlipała, 2009). Co więcej, poza wyjściowym stanem zdrowia (Hołub, 2001) to właśnie zaangażowanie świadczeniobiorcy we współtworzenie wartości jest główną determinantą zgodnego z oczekiwaniami jakościowymi efektu końcowego realizowanego zadania obsługi pacjentów (Rogoziński, 2006).

Jeśli zostaną zaspokojone potrzeby pacjenta, poprawi się jego stan fizyczny i psychiczny, bo otrzymał te wartości, po które się zgłosił, wówczas on sam jako usługobiorca będzie kreował określone wartości dla przedsiębiorstwa przez swoje pozytywne opinie na temat otrzymanej usługi i rekomendacje (Putyło, 2018). Obserwowana rosnąca

skłonność do współuczestnictwa i chęć dzielenia się swoim czasem, wiedzą, umiejętnościami (Bakalarska, 2016) wymaga od placówek medycznych zmiany podejścia do pacjenta i jego możliwości sprawczych w kierunku traktowania go przede wszystkim jako partnera w biznesie. Efektem będzie wymiana pożądaných wartości między pacjentem i podmiotem medycznym (Dobiegała-Korona, 2006b) (tab. 1.10).

Tabela 1.10. Wymiana wartości między pacjentem i podmiotem medycznym

Wartość	
dla pacjenta korzystającego z usług ochrony zdrowia	dla pacjenta dla podmiotu medycznego
usługa dostosowana do oczekiwań, pragnień i potrzeb	zapłata za udostępnianą usługę
wybór opcji badania	wzrost rentowności w wyniku wzrostu ceny usługi
dostępność usługi w odpowiednim czasie i w momencie pojawienia się potrzeby	zdywersyfikowana, wyróżniająca się oferta dostępna w każdym czasie za odpowiednią odpłatnością
różnorodność form nabywania usługi	zwiększanie wpływów w innej formie (np. rat kredytów)
pozytywne doznania w procesie zakupu usługi	rekomendacje i marketing szeptany powodujący wzrost liczby pacjentów
edukacja	współtworzenie wartości

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Dobiegała-Korona, B. (2006b). Wartość klienta czy wartość dla klienta? *Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie*, 1, s. 29–33.

Wartość jest ponadto powiązana z dostępnością opieki zdrowotnej. Z jednej strony dostęp do skutecznej, wystarczającej i efektywnej opieki prowadzi do osiągnięcia celu, jakim jest wartość, z drugiej – wartość jest podstawą realizacji zasady sprawiedliwości w dostępie do usług medycznych przy rozsądnych kosztach. Uważa się, że aby osiągnąć równość w dostępie do opieki medycznej ocenianej przez pryzmat stanu zdrowia, niezbędny jest pomiar wartości, jej przejrzystość i satysfakcja z jej poprawy. Poprawa dostępności jest zaś niezbędna do tego, aby dostęp do opieki mógł być realizowany w granicach możliwości finansowych.

1.5. Asymetria i jej konsekwencje we współczesnej relacji lekarz–pacjent

Asymetria z definicji sprowadza się do różnicy stanu posiadania określonego zasobu, którym może być również informacja. Mimo że współczesny rynek charakteryzuje jej nadmiar, mamy bowiem ogrom danych o uczestnikach, ofertach, procesach rynkowych,

to jego immanentną cechą są niepełna informacja oraz stwarzany w związku z tym problem asymetryczności wiedzy i wiedzy ukrytej (Engers, Fernandez, 1987). Zjawisko to polega więc na niejednakowym rozkładzie informacji istotnych dla stron zawierających umowę prowadzącym do posiadania większej ilości informacji o warunkach i okolicznościach transakcji jednej ze stron. Powoduje to zaburzenia w działaniu rynku zauważalne tak na poziomie mikroekonomicznym, będące przyczyną suboptymalnych decyzji gospodarczych, jak i makroekonomicznym, wywołujące nieefektywną w sensie Pareta alokację zasobów (Rothschild, Stiglitz, 1976). Posiadający przewagę informacyjną może bowiem jej użyć do własnych korzyści kosztem strony gorzej poinformowanej (Daniłowska, 2008).

Zgłębianie natury i znaczenia asymetrii informacji w ekonomii zapoczątkowali Akerlof (1970), Spence (1973) i Mirrlees (1974), wyjaśniając jej wpływ na funkcjonowanie rynków (Sandmo, 1999). W teorii usług jest to jedno z podstawowych pojęć odnoszące się do istnienia lepiej poinformowanej części uczestników rynku. To powszechnie występujące zjawisko między usługodawcą a usługobiorcą, określane też mianem asymetrii kompetencyjnej, wyraża wyższość usługodawcy nad usługobiorcą (Stiglitz, 2004b). Podstawą tej nierówności są, z jednej strony, wysokie kompetencje zawodowe wykonawcy usługi, z drugiej – ignorancja nabywcy potwierdzana i wzmacniana w momencie zapłaty należności wedle zasady: „im mniej wie, tym więcej płaci” (Rogoziński, 2023). Asymetria to zatem korzyść wynikająca z dysproporcji posiadania władzy lub wiedzy, a także wynikających stąd uprawnień decyzyjnych, przez większość usługodawców, a zwłaszcza profesjonalistów, traktowana jako potwierdzenie posiadanego autorytetu.

W praktyce zjawisko asymetrii w interakcjach pacjentów z lekarzami przyjmuje różnorodną postać, nie zawsze działając na niekorzyść pacjenta, a różnice zarysowują się w zależności od tego, czego asymetria dotyczy: tematu, zadań czy działania. Mniejszym zakresem wiedzy może dysponować zarówno pacjent, jak i lekarz. Ponieważ jednak to stan pacjenta, a nie lekarza jest przedmiotem diagnozy, początkowo asymetria w relacjach równoważy się, a nawet mamy do czynienia z większą wiedzą pacjenta na temat przebiegu choroby, towarzyszących objawów czy podjętych działań. W kolejnym etapie to lekarz, diagnozując chorego, wypytuje, bada i podejmuje decyzje w celu ustalenia możliwych kierunków działania (Ten Have, 1991), przejmuje inicjatywę od pacjentów inicjujących moment wejścia w relację w postaci decyzji, kiedy i z którym lekarzem skonsultować się na określonym etapie choroby. Ze względu na nierównowagę zasobu informacji i wiedzy na temat procesu leczenia, przystępuje on do działania (Pilnick, Dingwall, 2011), mając przewagę polegającą nie tylko na dostępie do informacji i wiedzy medycznej na temat leków, zasad ich stosowania, jednostek chorobowych i objawów, dostępnych terapii czy skutków nieleczonych dolegliwości, lecz całości przedmiotu wymiany, również w zakresie jego jakości, skuteczności i przydatności (Getzen, 2000).

Asymetria informacyjna może występować zarówno w fazie *ex ante*, jak i *ex post* procesu realizacji każdej transakcji rynkowej, a niewiedza może być bezwzględnie

wykorzystana. Z pierwszym z etapów wiąże się problem negatywnej selekcji (Akerlof, 1970; Stiglitz, Weiss, 1981), który oznacza sytuację wypierania oferty lepszej przez gorszą. Tego typu zawodność rynku może prowadzić w opiece zdrowotnej do dominacji usług niskiej jakości, bo przez asymetrię informacji różne jakościowo oferty mają jednakową cenę, a dobra o różnych cechach są wymieniane na tym samym niedoskonałym rynku. Do negatywnej selekcji dochodzi, gdy podmioty podejmujące decyzje posługują się dostępną tylko im informacją, co sprawia, że ci, którzy decydują się na zawarcie kontraktu, nie stanowią reprezentatywnej próby całej populacji (Begg i in., 2014). Pacjent, kierując się niepełną, bądź wypaczoną informacją, wybiera opcję, która być może nie jest dla niego optymalna. Gdyby miał pewną informację, dokonałby innego wyboru (Wieraszka, Strzelczyk, 2024). W praktyce tego typu decyzje przyczyniają się zatem do nieoptymalnego rozmieszczenia własnych lub publicznych zasobów, podczas gdy koszty opieki zdrowotnej powinny być przecież uczciwe, co pozwoli na zachowanie społecznej funkcji świadczeń zdrowotnych (Trihastuti, Putri, Widjanarko, 2020).

Po zawarciu umowy rynkowej może zaistnieć kolejna negatywna konsekwencja asymetrii informacji – ryzyko moralne, zwane też pokusą nadużycia (Major, 2019). Polega ono na wykorzystywaniu niedostępnej dla innych informacji w celu uzyskania korzyści kosztem drugiej strony. Pojawia się, gdy zawarcie umowy zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych zdarzeń i polega w opiece zdrowotnej na nadmiernym korzystaniu z usług. Szkodliwe w skutkach namawianie do korzystania ze zwiększonej liczby usług zdrowotnych lub zalecanie określonych leków staje się szczególnie zauważalne wówczas, gdy towarzyszy temu motywacja finansowa (Golinowska, 2008). Problem nie ogranicza się tylko do wywoływania nadmiernego popytu, ale wiąże się ze zwiększonymi wydatkami na zbędne leczenie i droższe leki, zarówno po stronie pacjenta, jak i systemu. Często wykorzystywany jest do tego imperatyw technologiczny, w którym lekarze oferują zastosowanie zaawansowanej technologii, która może być niepotrzebna, lub proszą pacjentów o wykonanie nadmiernej liczby różnych badań laboratoryjnych, aby określić i zastosować wymagane leczenie. Skutkiem tego typu praktyk jest rosnące obciążenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ze względu na tendencję do szybkiego rozwoju rutynowych usług medycznych napędzanego przez funkcjonujące systemy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (Goodman i in., 2008) przy równoczesnym ograniczaniu wizyt u specjalistów. Przez wydłużające się kolejki oczekujących na świadczenia, powstają sytuacje, w których dostępność usług jest niższa w porównaniu z ich potencjałem (Janik, 2013).

W relacji lekarz–pacjent należy również brać pod uwagę możliwość pojawienia się specyficznego przypadku ryzyka moralnego zwanego problemem pryncypała–agenta (Major, 2019), gdzie strona zwana agentem działa z pełnomocnictwa swego pryncypała. Lekarz pełniąc rolę agenta działającego na zlecenie pacjenta, ma wszystkie informacje o swoich działaniach i zamierzeniach, a pacjent pryncypał zna ich jedynie niewielką część. W związku z tym w takich warunkach zwierzchnik przeważnie nie jest w stanie

nadzorować tych działań w zadowalającym stopniu, a w sytuacji, w której interesy obu stron nie są takie same, agent może zdradzać skłonność do działań nieprawidłowych wykonywanych w sytuacji, gdy nie jest kontrolowany (Grossman, Hart, 1983).

Problemy negatywnej selekcji i ryzyka moralnego nie muszą jednak zaistnieć w praktyce. Jak podkreśla Williamson (1996), jeżeli nie byłoby oportunistów w znaczeniu zachowań mających celowo wprowadzić w błąd, zaciemnić, zniekształcić lub oszukać oraz jeśli spełniony byłby postulat nieograniczonej racjonalności, nie byłoby tego rodzaju komplikacji. Ponieważ jednak lepiej poinformowana strona umowy staje przed pokusą zachowań oportunistycznych, zarówno w pierwszej, jak i drugiej fazie kontraktu (Furubotn, Richter, 2003) i chce dla swoich celów wykorzystać przewagę informacyjną, druga strona musi przedsięwziąć działania, aby uchronić się przed negatywnymi skutkami zawarcia i realizacji umowy. Pomocne mogą być tutaj narzędzia informatyczne umożliwiające szybkie wyszukiwanie treści, regulacje prawne pozwalające na równy dostęp do informacji, standaryzacja, gwarancje oraz uwzględnianie reklamacji, reputacja i pozytywny wizerunek marki, certyfikaty potwierdzające dobrą jakość oraz kwalifikacje pracowników oraz korzystanie z usług ekspertów (Wieraszka, Strzelczyk, 2024).

Asymetria rodzi zatem konieczność kreowania wiedzy celem poszerzania kwalifikacji obu stron relacji, a wzajemna wymiana treści znacząco przyczynia się do pogłębienia istniejącej lub tworzącej się więzi. Pacjentom będącym w stanie jedynie opisać swoje objawy, przekazywana jest przynajmniej część niezbędnej wiedzy, aby mogli zrozumieć istotę procesu leczenia, poznać jego przebieg i alternatywne sposoby postępowania, a w konsekwencji wspólnie dokonywać optymalnych wyborów z punktu widzenia własnych potrzeb i preferencji (Krot, 2008). Za prawo podstawowe uważa się bowiem możliwość uzyskania odpowiednich informacji i wyjaśnień, w tym tych związanych z wymogiem udzielania świadomej zgody na leczenie przez pacjentów lub członków ich rodzin (Donnelly, 2010). W tym celu lekarz, bazując na wiedzy i kompetencjach, przyjmuje postawę opiekuńczą wobec pacjentów niemających wystarczających informacji, aby powiązać swój stan z określonym działaniem, starając się ich wspomóc w powrocie do zdrowia (Barile i in., 2014). Poza tym zapoznanie ze sposobami świadczenia usługi, podstawowymi cechami związku, a także z tym, jakie są wobec pacjenta oczekiwania i czego on sam może oczekiwać, pozwala przekształcać nierealne żądania w realne postulaty (Krot, 2008), a co za tym idzie – budować pozytywne odczucia pacjenta i zwiększać wartość związku. W tym kontekście podstawowym zadaniem lekarza jest natomiast zdobycie informacji o dolegliwościach pacjenta, jego podejrzeniach i spostrzeżeniach, a także uwarunkowaniach społecznych, w jakich funkcjonuje. Wiedza ta pozwoli postawić właściwą diagnozę i wdrożyć skuteczne, czyli odpowiednie do cech charakteru pacjenta i sytuacji, w jakiej się znajduje, leczenie.

Pozycja władzy uzyskana przez lekarza będącego silniejszym ogniwem relacji, dla której niebagatelne znaczenie ma większa wiedza medyczna w porównaniu z pacjentem (Broom, 2005), może się umacniać (Hall i in., 2001). Dzieje się tak, gdy niedostatkom

wiedzy pacjentów towarzyszy pilna potrzeba opieki medycznej. Problem polega wówczas na tym, czy pacjent ma zaakceptować, czy odrzucić zalecenia lekarza dotyczące leczenia, bazując na swoich przekonaniach na temat stanu własnej choroby oraz przekonaniach co do zasobu posiadanej przez lekarza informacji i planowanej strategii działania. Rozwiązanie zależy częściowo od kosztów niepodjęcia leczenia (Dranove, 1988) lub uzyskania rekomendacji od innego lekarza (Rochaix, 1989). Z reguły jednak pacjent nie ma innego wyjścia, jak tylko zaufać diagnozie i zaleceniom, bo wyrosłe z potrzeby pomocy zaufanie pozwala mu wierzyć, że lekarz wykorzysta swą wiedzę w jego najlepszym interesie (Calnan, Rowe, 2005). Poza tym fakt, że lekarz wpływa na pacjenta w kwestiach medycznych (Stoeckle, 1987) i podejmuje decyzje, nie oznacza *a priori* sytuacji niekorzystnej dla pacjenta. Ta wzajemna relacja implikuje określony konsensus między lekarzami i pacjentami (Parsons, 1951; Stoeckle, 1987) z uzupełniającymi się prawami i obowiązkami w zakresie przywrócenia zdrowia.

Ponieważ „władza i wiedza bezpośrednio implikują się wzajemnie” (Foucault, 1977, s. 27), w usługach zdrowotnych istnieje związek przyczynowy między nimi (Waitzkin, Stoeckle, 1976; Gaventa, Cornwall, 2001). Nie ma więc relacji władzy bez współzależnej natury wiedzy ani wiedzy, która nie zakłada i nie stanowi jednocześnie relacji władzy. Władza ta nie ma jednak charakteru absolutnego i może być ograniczana, choć tradycyjnie przypisywana lekarzowi, a poinformowany pacjent może przejmować jej część. Aby tak się stało, pacjentowi potrzebna jest większa wiedza medyczna, którą w czasach Internetu zdecydowanie łatwiej uzyskać. Zdobywanie informacji i doksztalcanie się może przecież następować nie tylko w ramach interakcji z personelem medycznym, lecz także pośrednio za pomocą różnorodnych materiałów edukacyjnych dostępnych zarówno w tradycyjnej, jak i cyfrowej formie.

Obserwowane dziś wzmożone poszukiwanie informacji na temat zdrowia wynika nie tylko z dostępności źródeł, szczególnie Internetu, ale ze świadomości istnienia dystansu, jaki dzieli stosunkowo niewielką wiedzę pacjentów od eksperckiej wiedzy lekarzy. Czy jednak budowaną tą drogą wiedzę można wiązać z tą posiadaną przez medyków, czy raczej uznać ją jedynie za typową dla laików? Mimo że pacjentowi zazwyczaj brakuje specjalistycznych wiadomości, jest on wyposażony chociażby w cenne informacje będące pochodną własnego doświadczenia (Williams, Popay, 1994). Ponieważ wiedza w sensie medycznym niekoniecznie musi ograniczać się do wiedzy profesjonalnej (Pearce, 1993; Popay i in., 2003), ludzie czerpią z różnych aspektów swojego środowiska i życia codziennego dla celów zdrowotnych (Pearce, 1993). Obok opinii ekspertów, dzisiejsze społeczeństwo sięga bowiem również po inne autorytety – rodzinę, przyjaciół, znajomych, media lub literaturę (Burrows i in., 2000). Pozostaje jednak kwestia, czy ten rodzaj wiedzy wpływa na korzystne dla pacjenta wzmocnienie jego siły oddziaływania i władzy względem lekarza (Prior, 2003; Kivits, 2004), choć częściowo ją równoważąc, czy raczej zaburza dobrze działający układ oparty na świadomości istniejącej asymetrii,

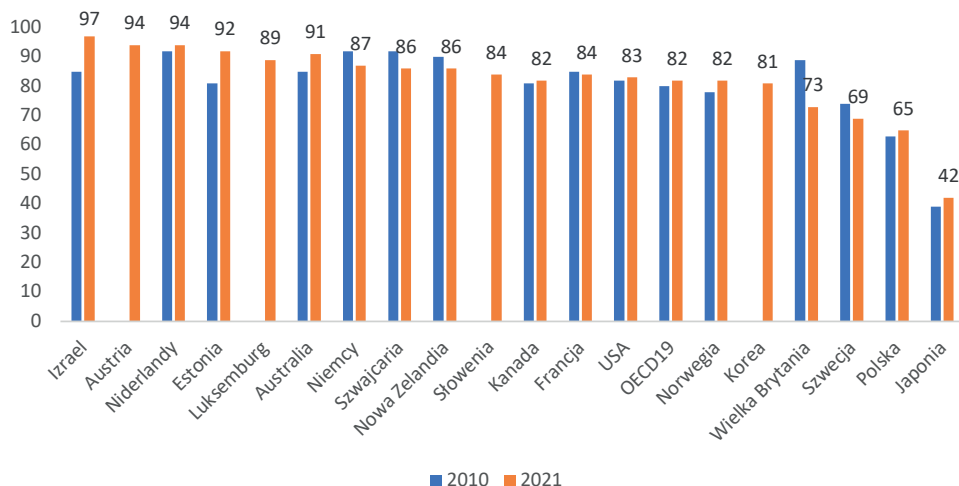
w czego konsekwencji pacjent dobrowolnie rezygnuje ze swej podmiotowości na rzecz profesjonalisty.

Posiadający wiedzę pacjent staje się wyzwaniem dla lekarza i roli, którą tradycyjnie odgrywał. Laik testuje „obiektywną”, opartą na nauce wiedzę ekspercką, kwestionuje właściwe rozumienie problemów zdrowotnych w nowej rzeczywistości (Kivits, 2004). Te objawiające się w ten sposób w codziennej praktyce przejawy podmiotowości pacjenta nie zawsze przychylnie przyjmują zarówno lekarze, jak i pozostały personel medyczny. Co więcej, często są one tłumione i ignorowane (Heszen-Niejodek, 1992; Soboń, 2021), a przecież z podmiotowością jednostki związane jest jej samookreślenie, a więc zdolność do określania i kształtowania siebie, a także wyznaczania własnych celów oraz formułowania systemu wartości i zasad postępowania (Dolińska-Zygmunt, 2001). Pewna autonomia pacjenta w wyborze zadań i sposobów ich realizacji, zgodność tych zadań z ukierunkowaniem życiowym oraz ocena skutków działania (Reykowski, Owczynnikowa, Obuchowski, 1985) jest więc konieczna i musi znaleźć poparcie w świecie medycznym. Przestrzeń na artykułowanie i realizowanie własnych dążeń wynikających z osobistych wartości pozwala bowiem pacjentowi na poczucie kontroli nad własnym życiem, czyli odczuwanie związku zachodzącego między własnym działaniem a występowaniem sukcesów lub niepowodzeń podjętych działań (Dolińska-Zygmunt, 2001).

To, że część pacjentów odczuwa potrzebę aktywnego włączania się w przebieg świadczenia usługi zdrowotnej, przesuwają granice władzy lekarza (Freidson, 1960), choć preferencje dotyczące roli pacjenta w procesie decyzyjnym są bardzo zróżnicowane, a o zaangażowaniu nie rozstrzyga jedynie wykształcenie (Schrijvers, 2016). Ci, którzy przyjmują aktywną postawę, coraz chętniej angażując się na różnych etapach świadczenia usługi zdrowotnej, starają się w ten sposób maksymalizować poziom zaspokojenia własnych potrzeb zdrowotnych (Pacenti, Mancini, 2015). Mimo że wizyta zaczyna czasem przypominać negocjacje, nie oznacza, że zanika asymetria informacji. Pozostaje ona jednak nadal mniejszym lub większym problemem i to dla obu stron relacji (Bloom, Standing, Lloyd, 2008), a pojawiająca się potrzeba dostarczania pacjentom większej ilości informacji medycznych prowadzi do lepiej poinformowanych pacjentów (Kivits, 2006) i zmienia ich stosunek do lekarza (Hart i in., 2004; Bosslet i in., 2011). Wciąż jednak ciężar odpowiedzialności spoczywa na lekarzu, który podczas spotkania z pacjentem decyduje o czasie trwania rozmowy i rodzajach omawianych problemów, tworzy klimat emocjonalny sprzyjający współdziałaniu. Dokładne wyjaśnienie istoty usługi pomaga w prawidłowej ocenie jej jakości, ale też świadczy o zaangażowaniu lekarza w kształtowanie związku, co wpływa na pozytywne odczucia pacjenta (Krot, 2008). Proces ten jest warunkiem zapewnienia przestrzegania zaleceń lekarskich i szybszego powrotu do zdrowia.

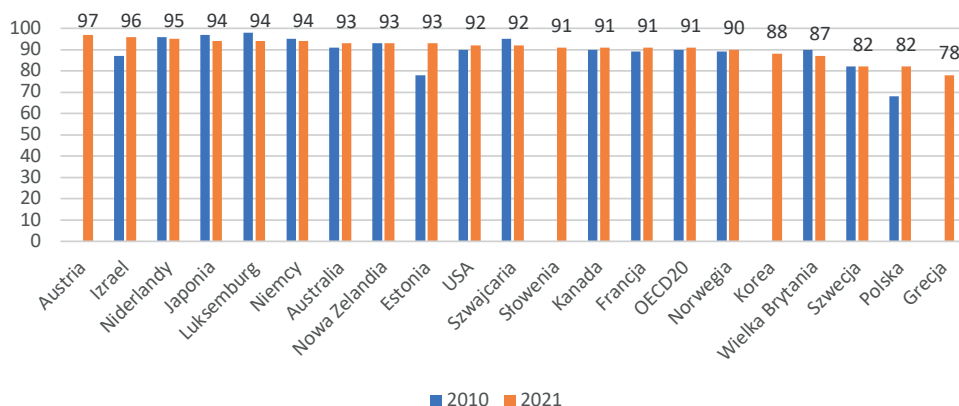
Jak pokazują publikowane dane, większość pacjentów w krajach OECD zgłasza pozytywne doświadczenia podczas opieki zdrowotnej w obszarach powiązanych z niwelowaniem asymetrii w usługach zdrowotnych (OECD, 2023). Oceniają, że lekarze poświęcają im wystarczająco dużo czasu podczas konsultacji (rys. 1.2), udzielają łatwych do

zrozumienia wyjaśnień (rys. 1.3) oraz angażują w decyzje dotyczące opieki i leczenia (rys. 1.4). Niestety, jak na standardy obowiązujące w krajach rozwiniętych, polscy pacjenci znacznie rzadziej wyrażają się pozytywnie o ilości czasu poświęcanego im przez lekarzy (65% vs. 82%), zaledwie 64% z nich jest angażowanych we współdecydowanie przy średniej na poziomie 84%, a 82% uważa udzielane wyjaśnienia za łatwe do zrozumienia, podczas gdy średnia w krajach rozwiniętych to 91% (OECD, 2023).



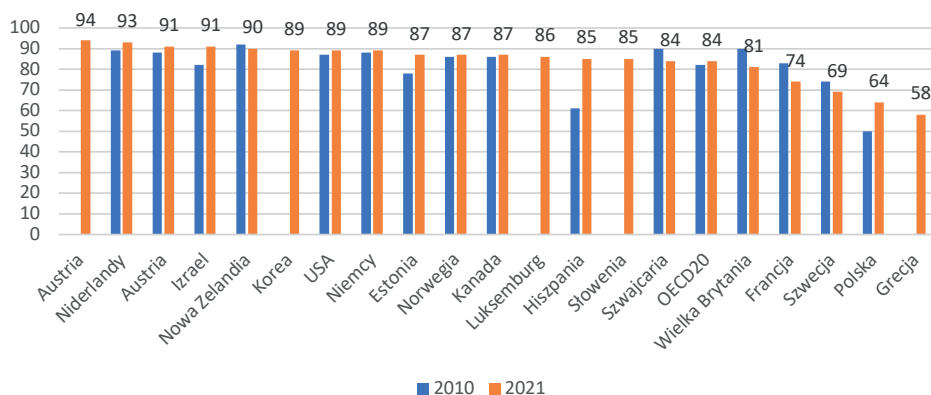
Rysunek 1.2. Lekarze spędzający wystarczająco dużo czasu z pacjentem podczas konsultacji wg opinii pacjentów

Źródło: OECD, 2023.



Rysunek 1.3. Lekarz udzielający łatwych do zrozumienia wyjaśnień wg opinii pacjentów

Źródło: OECD, 2023.



Rysunek 1.4. Lekarze włączający pacjenta w decyzje dotyczące opieki i leczenia wg opinii pacjentów

Źródło: OECD, 2023.

W niektórych modelach, w których występuje asymetria informacji między lekarzami a pacjentami, podejmowana jest próba formalnego uwzględnienia wpływu etyki zawodowej na wyjaśnianie zaleceń, jakie lekarze dają pacjentom, przez założenie, że użyteczność lekarza zależy od jego własnego dobrostanu i dobrostanu pacjenta. Chociaż etyka zawodowa odgrywa znaczącą rolę w decyzjach wielu osób w świecie rzeczywistym, to jednak wpływ takich etycznych ograniczeń może nie być niezależny od bodźców ekonomicznych (Trihastuti, Putri, Widjanarko, 2020).

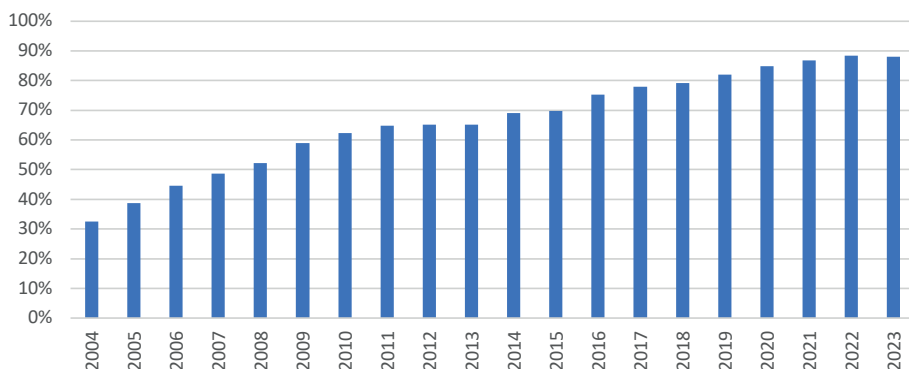
Istnienie asymetrii nie wyklucza jednoczesnego występowania swego rodzaju symetryczności relacji przejawiającej się we wzajemnej współzależności w odniesieniu do stosunków lekarz–pacjent. Jeżeli bowiem nie znajdzie się odpowiedni świadczeniodawca, pacjent nie będzie mógł zaspokoić swoich potrzeb. Jeśli zaś pacjent nie skorzysta z usługi, to nie zostanie wykorzystany potencjał usługowy danej placówki (Krot, 2002). Obie strony potrzebują siebie wzajemnie w zaspokajaniu własnych potrzeb i interesów, w czym pomocne są zaufanie i empatia.

Rozdział 2

Internet narzędziem kształtującym współczesnego pacjenta

Internet zmienia świat. Nie umiemy i nie chcemy wyobrazić sobie życia bez sieci WWW, a oddzielanie przestrzeni online od offline jest dziś wręcz niemożliwe (Siuda, Gomoliszek, 2017; Tomita, 2016). Internet odmienia nie tylko komunikację i relacje międzyludzkie, ale przede wszystkim umożliwia dostęp do informacji oraz jej wymianę na globalną skalę (Laranjo i in., 2015). Stanowi arenę autoprezentacji, rozwijania więzi między jednostkami i formowania zbiorowości (Stachura, 2011). Znajduje szerokie zastosowanie w życiu społecznym i gospodarczym. Powszechnie rozpoznawalne pojęcia: e-gospodarka, e-administracja, e-bankowość, e-handel, e-usługi czy e-edukacja to tylko część z licznych obszarów świadczących o tym, jak istotną pełni funkcję.

Z roku na rok przybywa internautów. W Polsce wg danych Eurostatu w 2004 r. niespełna jedna trzecia Polaków (32,53%) korzystała z Internetu, w 2008 – ponad połowa (53,13%), ok. dwie trzecie w roku 2013, a w 2023 r. – 88,11% (rys. 2.1). To nieco mniej użytkowników niż odnotowane 92,35% w UE i znacznie mniej niż w liderującej w Europie Norwegii (99,81%) przy średniej światowej na poziomie 66,2% (Digital, 2024).



Rysunek 2.1. Korzystanie przez Polaków z Internetu w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Źródło: Eurostat. Internet use by individuals.

Polacy chcą jednak korzystać z Internetu jeszcze więcej i częściej (Kantar, 2019), dostrzegając potencjał i korzyści płynące z różnorodnych zastosowań sieci. Internet stanowi łatwy dostęp do wiedzy i możliwość doksztalcenia się, oszczędność czasu i wyższa jakość życia (Ministerstwo Cyfryzacji, 2019). Internet przede wszystkim dostarcza informacji, pozwala na bycie w kontakcie z przyjaciółmi i rodziną, oglądanie filmów i innych materiałów video, bycie na bieżąco z wydarzeniami i wiadomościami, poszukiwanie inspiracji oraz odpowiedzi na pytania, jak zrobić różne rzeczy (Digital, 2024). Dostęp do sieci ułatwia życie, szczególnie gdy zamieszkuje się tereny wiejskie oraz małe i średnie miasta (Kantar, 2019). Tacy internauci nie tylko nie wyobrażają sobie dnia bez Internetu, ale większość z nich załatwia wszelkie sprawy online, gdy jest to możliwe.

2.1. Internet w obszarze zdrowia

Globalne wyzwania dla sektora zdrowia na kolejne lata, tj. transformacja cyfrowa z wykorzystaniem AI w kierunku efektywności świadczeń, niedostępność usług medycznych z powodów ekonomicznych, geograficznych, technologicznych i braku wiedzy, opieka społeczna wychodząca naprzeciw starzającemu się społeczeństwu, zielona ochrona zdrowia ze zmniejszonym negatywnym wpływem sektora zdrowia na środowisko oraz ewolucja w kierunku koncepcji *human health* z uwzględnieniem środowiskowych determinantów zdrowia w profilaktyce i leczeniu (Deloitte, 2023), wymagają nowych metod myślenia i działania. Popularyzacja i wykorzystanie Internetu w zdrowiu wydają się właściwą drogą, gdyż jest to ważne narzędzie szybkiego pozyskiwania informacji na temat leczenia, profilaktyki, dostępności świadczeń zdrowotnych (CSOIZ, 2009) oraz zwiększania efektywności systemu opieki zdrowotnej dzięki szeroko dostępnym i racjonalnie wykorzystywanym technologiom cyfrowym (CSOIZ, 2017). Zdrowie cyfrowe to właściwy sposób na oczekiwane angażowanie pacjentów w proces leczenia, włączanie w podejmowanie decyzji, zwiększanie wiedzy pacjentów i o pacjentach, personalizację i indywidualizację opieki medycznej. To nowe możliwości dla personelu, menedżerów służby zdrowia, pacjentów, zwane e-zdrowiem.

E-zdrowie, stosunkowo młody, ukształtowany w 1999 r. termin początkowo funkcjonował pod pojęciem medycyny internetowej rozumianej jako „wszystko, co dotyczy komputerów i medycyny” (Della Mea, 2001). Wraz z upływem czasu uległ jednak zawężeniu do stosowania technologii informacyjnych i komunikacyjnych do wspomagania procesów w systemach ochrony zdrowia (Oh i in., 2005) – w zapobieganiu chorobom, diagnostyce, leczeniu, kontroli oraz prowadzeniu zdrowego trybu życia (Silber, 2003) we wzajemnych relacjach lekarzy, instytucji dbających o zdrowie (szpitali, przychodni, laboratoriów, aptek) i ich pacjentów (Bukowska-Piestrzyńska, 2021).

E-zdrowie obejmuje dziś wszystkie możliwe do digitalizacji obszary: sieci informacji o zdrowiu łączące podmioty opieki zdrowotnej, elektroniczne kartoteki, usługi

telemedycyny, przenośne urządzenia wspomagające pacjenta i umożliwiające monitorowanie stanu zdrowia, komunikację i przekazywanie danych między pacjentami a szeroko rozumianymi dostawcami usług medycznych i innymi pacjentami (Kuciapski, 2022). Składają się na nie: zdrowie mobilne, informatyka zdrowotna, urządzenia do noszenia, telemedycyna, medycyna spersonalizowana (United States Food and Drug Administration)¹ oraz terapia cyfrowa (Digital Therapeutics Alliance)² (tab. 2.1).

Tabela 2.1. Kategorie zdrowia cyfrowego wraz z przykładami zastosowań

Kategoria	Przykłady	Opis
Technologie informacyjne zdrowia (<i>health information technology, HIT</i>)	– elektroniczne systemy dokumentacji medycznej – elektroniczne recepty – aplikacje informatyczne dotyczące zdrowia	przetwarzanie, przechowywanie i wymiana informacji zdrowotnych w środowisku elektronicznym
Spersonalizowane zdrowie (<i>personalized health</i>)	– przekazywanie wyników przez pacjentów – analizy predykcyjne – wsparcie decyzji klinicznych	innowacyjne podejście do realizacji usług medycznych, zakładające dostosowanie profilaktyki do różnic w genach oraz środowisku i stylu życia pacjentów; obejmuje nie tylko genetykę i genomikę, ale także wszelkie inne informacje biologiczne, które pomagają przewidzieć ryzyko choroby lub reakcję pacjenta na leczenie
Urządzenia, czujniki, akcesoria do noszenia (<i>devices, sensors, wearables</i>)	– urządzenia do noszenia i bezprzewodowe – czujniki biometryczne – produkty diagnostyczne	urządzenia medyczne, z często wbudowaną znaczną liczbą czujników, stosowane przede wszystkim do monitorowania stanu zdrowia, kondycji i procesów metabolicznych pacjentów, w wielu przypadkach pozwalające za pomocą Internetu rzeczy na współdzielenie informacji medycznych
Telemedycyna (<i>telehealth</i>)	– wirtualne wizyty medyczne – zdalne badanie pacjentów – programy opieki zdalnej	zdalne świadczenie usług medycznych poprzez technologie informacyjne i komunikacyjne, kiedy pacjenci oraz świadczeniodawcy są od siebie oddaleni, dla wymiany informacji o diagnostyce i leczeniu chorób, jak i dla ustawicznego kształcenia pracowników służby zdrowia

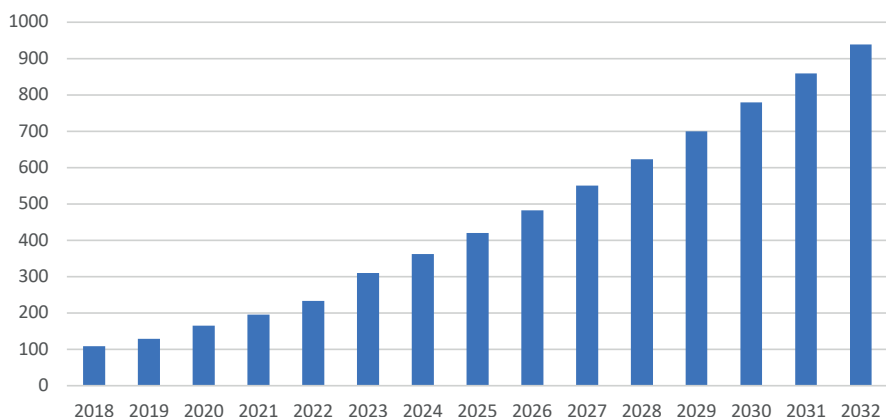
¹ Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków FDA. <https://www.fda.gov/>.

² Stowarzyszenie Cyfrowych Terapeutyków DTA. <https://dtxalliance.org/>.

Kategoria	Przykłady	Opis
Zdrowie mobilne (<i>mobile health, mHealth</i>)	– <i>wellness, trackery fitness</i> i aplikacje żywieniowe – informacja o zdrowiu konsumentów – aplikacje wspierające przyjmowanie leków	praktyka medyczna i zdrowia publicznego wspierana przez urządzenia mobilne, w których technologie mobilne odnoszą się do gotowych platform komputerowych, z łącznością bezprzewodową lub bez
Terapia cyfrowa (<i>digital therapeutics</i>)	– narzędzia do rozróżniania poziomów ryzyka stosowania produktów leczniczych – poradniki dla pacjentów wspierające wybór usług dostosowanych do potrzeb – narzędzia wspierające producentów w realizacji odpowiednich strategii wprowadzania produktów na rynek	działania z naciskiem na dowody kliniczne, rzeczywiste wyniki i ryzyka oraz nadzór regulacyjny, które mogą nie być brane pod uwagę w innych kategoriach cyfrowego zdrowia

Źródło: Na podstawie: Kuciapski, M. (2022). E-zdrowie jako narzędzie do podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych [w:] J. Waśniewski, J. Strumiłło (red.). *Uwarunkowania digitalizacji usług zdrowotnych*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 203.

Wszystkie z wymienionych obszarów dynamicznie się rozwijają. Z roku na rok rośnie wartość rynku e-zdrowia. Global Market Insights Inc. przewiduje, że do 2032 r. nastąpi potrojenie wartości osiągniętej w roku 2023 do poziomu prawie 940 miliardów USD (rys. 2.2).



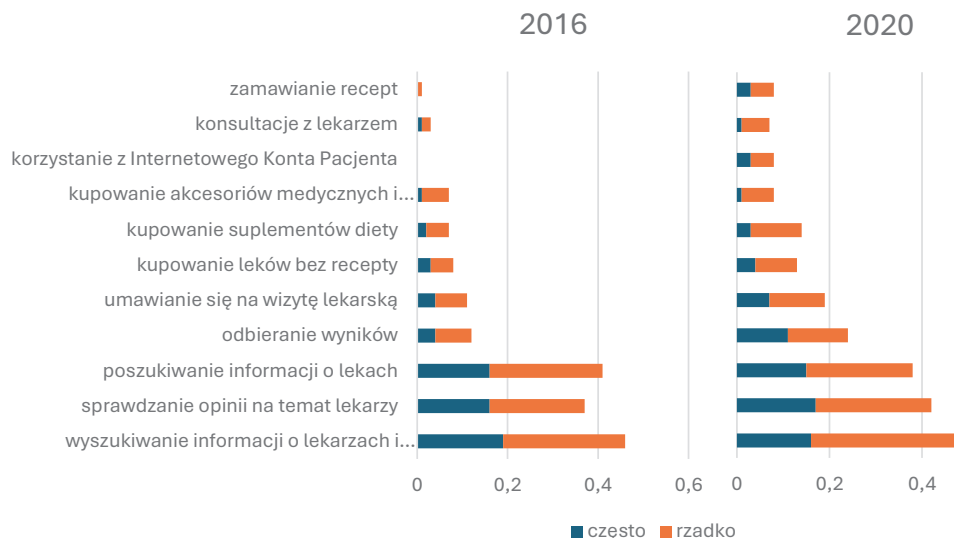
Rysunek 2.2. Wielkość rynku cyfrowego zdrowia na świecie (w mld USD)

Źródło: Global Market Insights (2023). *Digital Health Market 2032*, s. 21–22.

Czynnikami stymulującymi wzrost są tu rosnące wykorzystanie smartfonów, tabletów i innych urządzeń mobilnych, szybko zmieniająca się infrastruktura IT w służbie zdrowia w krajach uprzemysłowionych, korzystne inicjatywy rządowe w wielu krajach, rosnące zapotrzebowanie na usługi zdalnego monitorowania pacjentów oraz rosnące inwestycje. Rozwój hamują obawy dotyczące bezpieczeństwa danych pacjentów oraz wysokie nakłady inwestycyjne i koszty utrzymania wdrożonych rozwiązań (Global Market Insights, 2023).

W Polsce e-zdrowie obejmuje narzędzia dla wszystkich uczestników systemu. Podmiotom leczniczym zaoferowano do końca 2023 r. ponad 50 systemów IT: dziedzicznych (np. SMOK, IWOISZ), wspomagających profilaktykę i leczenie (e-transplant, EWP, e-krew), rejestrów medycznych (np. RPWDL, RDL). Dla pacjentów przygotowano: e-receptę, e-zwolnienie, e-skierowanie, elektroniczną dokumentację medyczną (EDM), e-karta szczepień, urządzenia mobilne do ochrony i monitorowania zdrowia, Internetowe Konto Pacjenta (IKP), zdalną opiekę medyczną i e-konsultacje (m.in. telemedycyna, telechirurgia, telerehabilitacja, teleradiologia), zdrowotne aplikacje mobilne (Centrum e-Zdrowia, 2024; OSOZ Polska, 2023). Planowane są rozbudowa dotychczasowych i wdrożenie nowych rozwiązań, m.in. Narodowy Portal Onkologiczny, e-EKG, e-KTG, e-rejestracja.

Wśród rozwiązań z zakresu e-zdrowia oprócz popularnych czynności powiązanych z usługami medycznymi, jak dostęp do dokumentacji, zamawianie recept, konsultacje czy rejestracja oraz aktywności dotyczących przekazywania, gromadzenia, analizy, przetwarzania i udostępniania wszelkich informacji w celu wspierania procesów decyzyjnych oraz edukacji zdrowotnej (Korczak, 2011; Rudawska, 2010) w statystykach pojawia się także nabywanie produktów związanych ze zdrowiem (m.in. leki, suplementy, sprzęt, akcesoria). Choć zastosowania o charakterze informacyjnym wciąż cieszą się największym zainteresowaniem, to znacząco rosną zakupy produktów powiązanych ze zdrowiem oraz zastosowania powiązane ze świadczeniem usług opieki zdrowotnej. W 2020 r. 7% pacjentów odbyło online konsultacje z lekarzem, 8% zamówiło recepty, 19% umówiło się na wizytę, a 24% odebrało wyniki (Feliksiak, 2016; Feliksiak, 2020) (rys. 2.3). Popularność zdobywa multifunkcyjne Internetowe Konto Pacjenta, które wg Centrum e-Zdrowia (2024) jest wykorzystywane już przez ok. 18 mln mieszkańców Polski, z czego przez ponad 5 mln osób w formie aplikacji.



Rysunek 2.3. Zastosowania Internetu związane ze zdrowiem

Źródło: Feliksiak, M. (2016). Zdrowie online. *Komunikat z badań CBOS*, 148, s. 2; Feliksiak, M. (2020). Zdrowie online 2020. *Komunikat z badań CBOS*, 100, s. 2.

Tak duża i stale rosnąca popularność Internetu w zdrowiu jest konsekwencją profitów dostrzeganych przez użytkowników. Ułatwienia w dostępie do usług opieki zdrowotnej poprzez skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje, likwidacja lub znaczące ograniczanie barier geograficznych oraz lepsza jakość i skuteczność działań sektora (Bukowska-Piastryńska, 2021), a także istotne ograniczanie kosztów funkcjonowania sektora opieki medycznej w wyniku usprawnienia pracy szpitali, przychodni, laboratoriów czy aptek to tylko część z odczuwanych korzyści (tab. 2.2).

Tabela 2.2. Korzyści z wdrażania rozwiązań zdrowia cyfrowego

Korzyść	Uzasadnienie
Zwiększanie efektywności opieki zdrowotnej oraz ograniczanie kosztów (<i>efficiency</i>)	Unikanie powielania lub niepotrzebnych interwencji diagnostycznych i terapeutycznych przez zwiększone możliwości komunikacyjne pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej oraz angażowanie pacjentów
Poprawa jakości opieki (<i>enhancing quality of care</i>)	Możliwość kompleksowego porównania w specjalnych serwisach dostawców usług medycznych, angażowanie pacjentów jako konsumentów wystawiających opinie stymulujące do podnoszenia jakości czy przekierowywanie strumienia pacjentów do usługodawców o najwyższym poziomie oferty medycznej

Korzyść	Uzasadnienie
Wzmacnianie pozycji pacjentów (<i>empowerment</i>) – medycyna zorientowana na pacjenta	Udostępnienie konsumentom baz wiedzy medycznej i osobistych kart elektronicznych przez Internet
Stymulowanie relacji pacjent–pracownik służby zdrowia, w której decyzje są podejmowane wspólnie (<i>encouragement</i>)	Adresowane serwisy komunikacji synchronicznej i asynchronicznej, w tym mobilne, integrujące aspekty społecznościowe
Podnoszenie specjalistycznej wiedzy medyków oraz promowanie zachowań prozdrowotnych (<i>education</i>)	Za pośrednictwem źródeł internetowych i kursów e-learningowych ustawiczna edukacja medyczna lekarzy oraz zdrowotna i profilaktyczna pacjentów
Włączanie (<i>enabling</i>) – standaryzacja procesów i mechanizmów komunikacji	Wspieranie wymiany informacji i komunikacji w zestandaryzowany sposób pomiędzy placówkami służby zdrowia przez zunifikowane mechanizmy oraz szeroko rozpowszechnione platformy
Poszerzenie zakresu opieki zdrowotnej poza jej konwencjonalne granice geograficzne i koncepcyjne (<i>extending</i>)	Szybsze i łatwiejsze uzyskanie dostępu przez pacjentów do usług zdrowotnych online, oferowanych przez globalnych dostawców, które mogą obejmować nie tylko proste porady, ale i wysokospecjalistyczne konsultacje
Zapewnienie bardziej sprawiedliwego dostępu do usług zdrowotnych (<i>equity</i>)	Ograniczenie barier, takich jak geograficzne czy finansowe, często determinujące dostęp do podstawowych, a w szczególności specjalistycznych usług medycznych

Źródło: Kuciapski, M. (2022). E-zdrowie jako narzędzie do podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych [w:] J. Waśniewski, J. Strumiłło (red.). *Uwarunkowania digitalizacji usług zdrowotnych*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 213–214.

Z punktu widzenia pacjenta podstawowe zalety wykorzystania Internetu w zdrowiu mieszczą się w kategorii aspektów organizacyjno-technicznych: szybki i łatwy dostęp, wygoda w posługiwaniu się (Garapich, 2012), całodobowa dostępność bez wychodzenia z domu (Doroszewska, 2010) i anonimowość (Newnham i in., 2006). Na odległość można nie tylko zarejestrować się na wizytę u lekarza, ale odbyć zdalne konsultacje, odebrać wyniki badań. Dostrzegane korzyści mają również charakter społeczny: szansa na poznanie opinii innych osób (Garapich, 2012) i kontakt z pacjentami w podobnej sytuacji (Doroszewska, 2010; Knol-Michałowska, 2014). Wymiana doświadczeń i uczestnictwo w grupach wsparcia jest cenioną przez użytkowników wartością.

Użytkownicy Internetu do celów związanych ze zdrowiem różnią się między sobą. Analizy profilu społeczno-demograficznego ujawniają większą aktywność kobiet niż mężczyzn w tym obszarze. Ważnym czynnikiem różnicującym jest także status społeczno-ekonomiczny: wyróżniają się osoby z wyższym wykształceniem, z gospodarstw domowych o wysokich dochodach przypadających na jedną osobę, a także mieszkańcy dużych miast. Poszukiwanie informacji o lekarzach i lekach, kontakt z placówkami medycznymi online, jak również kupowanie tą drogą leków częściej deklarują internauci,

którzy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy korzystali zarówno z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i poza nim lub korzystali wyłącznie z usług nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, niż ci, którzy korzystali ze świadczeń medycznych tylko w ramach NFZ (tab. 2.3).

Tabela 2.3. Profil społeczno-ekonomiczny użytkowników Internetu do celów związanych ze zdrowiem

Cechy społeczno-demograficzne użytkowników Internetu			Wykorzystanie Internetu do celów związanych ze zdrowiem wśród użytkowników Internetu			
			Szukanie informacji o lekarskich i lekach	Kontakt z lekarzami/ placówkami medycznymi	Kupowanie leków i akcesoriów medycznych	Ogółem
Ogółem			79	56	32	83
Płeć	mężczyźni		70	50	29	76
	kobiety		87	62	35	89
Wiek	18–24		79	51	34	87
	25–34		83	60	37	84
	35–44		83	59	36	86
	45–54		78	54	32	82
	55–64		72	49	24	77
	65 i więcej		68	60	21	76
Miejsce zamieszkania	wieś		76	47	23	79
	miasto ludność	do 19 999	70	45	27	72
		20 000–99 999	81	62	37	87
		100 000–499 999	86	64	41	90
		500 000 i więcej	82	70	41	88
Wykształcenie	podstawowe lub gimnazjalne		60	25	18	61
	zasadnicze zawodowe		63	36	13	69
	średnie		77	49	27	82
	wyższe		90	77	48	93

Cechy społeczno-demograficzne użytkowników Internetu		Wykorzystanie Internetu do celów związanych ze zdrowiem wśród użytkowników Internetu			
		Szukanie informacji o lekarzach i lekach	Kontakt z lekarzami/placówkami medycznymi	Kupowanie leków i akcesoriów medycznych	Ogółem
Dochody na jedną osobę	do 999 zł	77	48	15	78
	1000–1499 zł	79	44	23	82
	1500–1999 zł	78	53	31	81
	2000–2999 zł	81	61	39	86
	3000 zł i więcej	87	72	49	92
Korzystanie z opieki zdrowotnej w ostatnich 6 miesiącach	wyłącznie w ramach NFZ	76	50	23	82
	wyłącznie poza NFZ	84	60	43	87
	w ramach NFZ i poza NFZ	93	79	40	96
	nie korzystał(a)	60	31	24	64

Źródło: Feliksiak, M. (2020). Zdrowie online 2020. *Komunikat z badań CBOS*, 100, s. 5.

Aby jednak zainteresowanie wykorzystaniem Internetu w obszarze zdrowia przełożyło się na efekty, kluczowe są umiejętności cyfrowe. Co do umiejętności cyfrowych, OECD sugeruje bardzo duże nierówności mierzone jako umiejętności korzystania z nowych technologii. O ile są kraje, gdzie 80% osób ma co najmniej podstawowe umiejętności cyfrowe (Holandia i Finlandia), w Polsce jest to prawie o połowę mniej (43%). Nawet jeśli nowe technologie są dostępne, wiele osób nie wie, jak z nich korzystać (ILA, 2023).

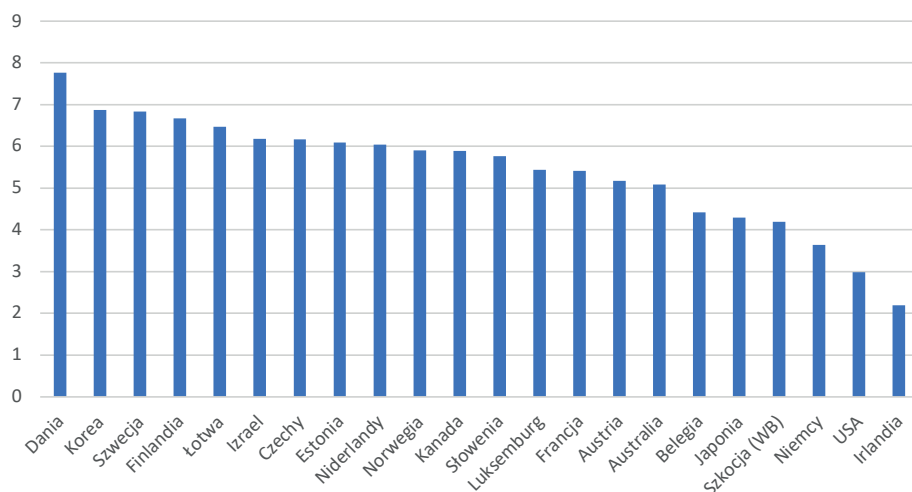
Ponieważ wyższy stopień gotowości cyfrowej jest skorelowany z wyższymi wynikami systemu zdrowia, digitalizacja nie jest jedynie dodatkiem. Powinna być traktowana priorytetowo, by poprawić płynność działania i jakość opieki. Dojrzałość cyfrowa to znacznie wyższy poziom bezpieczeństwa, lepsze doświadczenia pacjentów i mniejsza liczba zdarzeń niepożądanych. Jeśli transformację hamuje rozproszenie danych, nierównomierny poziom wdrażania rozwiązań IT, zaniedbania w administrowaniu, to opieka zdrowotna jest fragmentaryczna i generuje koszty: dublowanie badań, nieskoordynowana opieka, niepotrzebne procedury, powikłania (OECD, 2023).

2.2. Dostępność i wykorzystanie informacji dotyczącej zdrowia

Internet w obszarze zdrowia spełnia obecnie głównie trzy funkcje – edukacyjną, motywacyjną (Wojtecka, Wojnarowska, Zarzeczna-Baran, 2016) i ułatwiającą kontakt z lekarzem (m.in. teleporady czy e-rejestracja). Jest z jednej strony źródłem informacji, z których mogą korzystać wszyscy, z drugiej natomiast pozwala pozyskiwać wiedzę o nawykach sprzyjających umacnianiu zdrowia (Pęgiel-Kamrat in., 2006; Szymczyk i in., 2015; Czerwińska, 2017). Korzystanie z Internetu przez pacjentów w dużej mierze oznacza zatem poszukiwanie informacji dotyczących zdrowia (Czerwińska, 2014).

Konsumenci usług zdrowotnych powszechnie wykorzystują sieć w celu zwiększenia wiedzy na temat zdrowia w ramach wysiłków związanych z pomiarem, zachowaniem zdrowia i zarządzaniem nim (Kim, Park, 2012). Sięgają po te informacje w różnych okolicznościach. Robią to z powodu nagłych problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych, dla własnych korzyści lub w imieniu innych osób, a także gdy czują się dobrze, szukają ogólnych treści (Cain, Sarahson-Kahn, Wayne, 2000; Car i in., 2011). Wymiana informacji następuje tu w dwóch płaszczyznach. Po pierwsze – między pacjentami a systemem opieki zdrowotnej całościowo lub jego poszczególnymi przedstawicielami. Po drugie – w gronie pacjentów i między pacjentami a niebędącymi profesjonalistami innymi użytkownikami Internetu. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z bezpiecznym, kontrolowanym przepływem zweryfikowanych treści, w drugim zaś z zupełnie swobodną wymianą różnej jakości informacji.

Aby funkcja informacyjna systemu opieki zdrowotnej była właściwie realizowana drogą elektroniczną, niezbędny jest dostęp do danych. Jeśli ten podstawowy element transformacji cyfrowej jest spełniony, to osoby fizyczne zyskują większą wiedzę na temat stanu swojego zdrowia, a pracownicy systemu otrzymują pełny obraz sytuacji. Niestety, obliczany przez OECD wskaźnik płynności wymiany danych w systemie pokazał w 2022 r., że informacje w systemach zdrowotnych są łatwo dostępne i wymienne tylko w niektórych krajach, m.in. Danii, Korei czy Szwecji (OECD, 2022) (rys. 2.4). W Polsce pacjenci nadal nie uzyskują dostępu do swoich danych, choć sytuacja sukcesywnie ulega poprawie, czego przykładem jest Internetowe Konto Pacjenta. Aplikacja udostępniona przez Ministerstwo Zdrowia w 2018 r. jest dziś jednym z najbardziej rozpoznawalnych narzędzi e-zdrowia (Fundacja My Pacjenci, 2022). Dając wgląd do listy zdarzeń medycznych, recept, skierowań i programów profilaktycznych, nadal nie pozwala na dostęp do wyników badań czy notatek lekarzy, co ma się zmienić w najbliższym czasie (OSOZ, 2023). Sytuacja ulegnie znaczącej poprawie w momencie pełnego wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM).

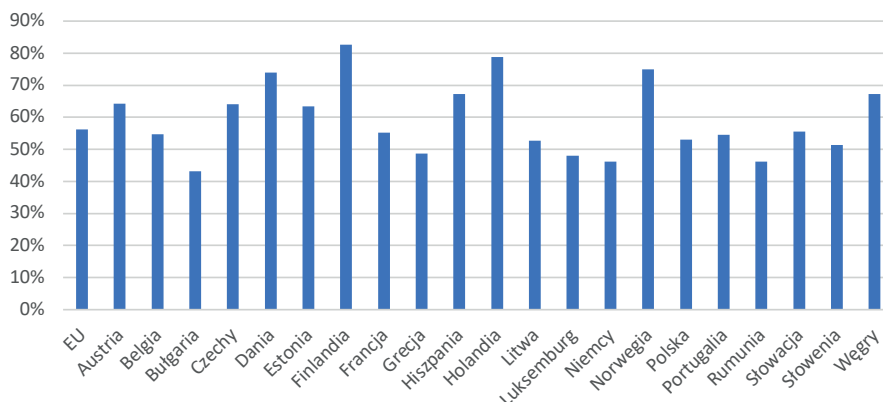


Rysunek 2.4. Wskaźnik dostępu i wymiany danych zdrowotnych w krajach OECD w 2022 r.

Źródło: OECD (2022). Health Data Governance for the Digital Age: Implementing the OECD Recommendation on Health Data Governance, s. 47. <https://doi.org/10.1787/68b60796-en>

Wygodne, łatwe w obsłudze i intuicyjne narzędzia e-zdrowia sprawiają, że pacjenci są bardziej zaangażowani w zarządzanie swoim zdrowiem. Według unijnego Raportu o stanie Cyfrowej Dekady 2023, Polska – pod względem dostępu do dokumentacji e-zdrowia – osiągnęła już 86 pkt (72 pkt w 2022 r.), co stanowi wynik znacznie lepszy od średniej UE (UE, 2023).

Treści o tematyce zdrowotnej są powszechne nie tylko w narzędziach udostępnianych w ramach systemów zdrowia, ale również w głównych serwisach informacyjnych na całym świecie (Bach, Wenz, 2020; Hennessy i in., 2019), a media społecznościowe i internetowe fora dyskusyjne stanowią ich ważne źródło (Chen, Wang, 2021; Hargreaves i in., 2018). Co więcej, poszukiwanie ich stało się prostsze niż kiedykolwiek. Od momentu pojawienia się wyszukiwarek oraz popularyzacji technologii mobilnych (laptop, smartfon, tablet), informacje dotyczące zdrowia są dostępne o każdej porze i na wyciągnięcie ręki. GUS podał, że w 2022 r. 52% Polaków w wieku 16–74 lat wyszukiwało online informacji związanych ze zdrowiem (GUS, 2023a), podczas gdy pięć lat wcześniej robiło tak 45% z nich (GUS, 2019), a w 2009 r. zaledwie 22% (GUS, 2011). Według Eurostatu jest to wynik zbliżony do średniej dla krajów UE na poziomie 56,23%, lecz znacznie niższy niż w przodujących w statystykach europejskich krajach takich, jak Finlandia (82,86%), Holandia (78,82%) czy Norwegia (75,02%) (rys. 2.5). Co istotne, dla wielu użytkowników Internet jest pierwszym i podstawowym źródłem informacji (Hesse, Moser, Rutten, 2010), m.in. w temacie urazów, chorób, odżywiania czy poprawy zdrowia.



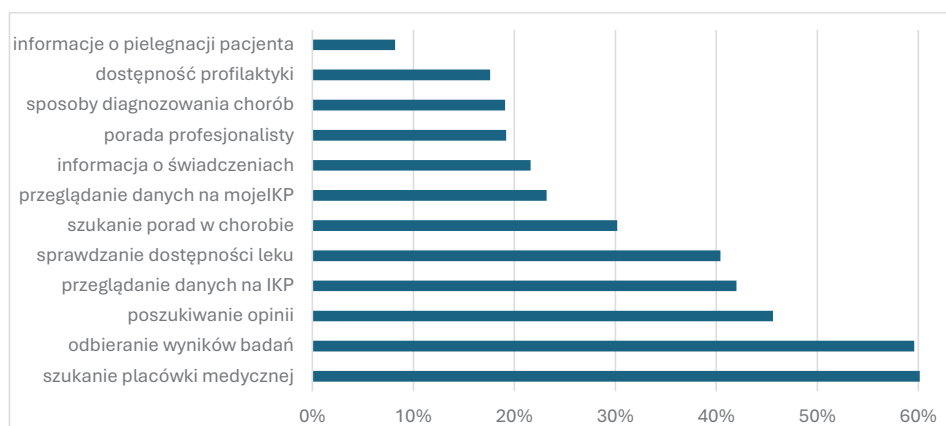
Rysunek 2.5. Poszukiwanie w Internecie informacji o zdrowiu w wybranych krajach Europy w 2023 r.

Źródło: Eurostat. Individuals using the Internet for seeking health-related information. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tin00101/default/table?lang=en>

Pożądane przez pacjentów treści dotyczą chorób (szczegółowe charakterystyki, symptomy, czynniki ryzyka, metody leczenia, powikłania) leków, profilaktyki, badań, zdrowego stylu życia, placówek medycznych (personelu i świadczonych usług), zdrowia publicznego, przepisów prawa polskiego (Furmankiewicz i in., 2015; Kisilowska, Jasiewicz, 2013; Szymczyk i in., 2015), opinii innych pacjentów (Garapich, 2012), konkretnych zasad i porad dotyczących postępowania, np. w czasie ciąży lub w kwestii pielęgnacji dziecka (Doroszewska, Dmoch-Gajzlerska, 2011). Jak informuje Fundacja My Pacjenci, w 2022 r. online poszukiwano przede wszystkim informacji o placówkach świadczących usługi medyczne i wyników badań (ok. 60%), nieco mniejsze było zainteresowanie opiniami o placówkach i personelu medycznym, danymi z IKP oraz dostępnością leków. Co trzecia osoba szukała porad o chorobie, a co czwarta – porady profesjonalisty, informacji o świadczeniach medycznych, sposobach diagnozowania chorób i dostępności profilaktyki (rys. 2.6).

W efekcie tak dużego zainteresowania informacją prężnie rozwija się sektor internetowych serwisów o zdrowiu. Do pacjentów adresowane są strony internetowe podmiotów rynku zdrowia, które oprócz podstawowych informacji umożliwiają interakcje z personelem medycznym, internetowe centra informacji medycznej, stanowiące źródło podstawowych informacji o podmiotach w regionie, krajowe internetowe rejestry usług zdrowotnych i świadczeniodawców, ogólnodostępne internetowe bazy wiedzy z wzorcowymi przypadkami medycznymi, publikacjami i opracowaniami naukowymi, ogólnodostępne internetowe serwisy medyczne o zdrowiu i chorobach z możliwością konsultacji online, internetowa prasa z artykułami dotyczącymi zdrowia i chorób, internetowe

serwisy społecznościowe zraszające użytkowników zainteresowanych takimi określonymi tematami zdrowotnymi oraz internetowe konta pacjenta z informacjami na temat stanu zdrowia e-pacjenta, historii leczenia, leków, wizyt, programów i działań profilaktycznych (Korczak, 2017), fora internetowe będące przestrzenią do wymiany poglądów czy wypełnione poradami blogi. Publikowane tu treści mają różny charakter determinowany przez przyjęte założenia oraz specyfikę danej platformy, której użytkownicy charakteryzują się określonymi cechami społeczno-demograficznymi oraz specyficznymi potrzebami informacyjnymi (Jarynowski, Wójta-Kempa, 2023). W zależności od typu platformy, angażują mniejszą lub większą część populacji, dając dostęp do określonej zawartości. Charakterystykę poszczególnych rodzajów informacji medycznych zawiera tabela 2.4.



Rysunek 2.6. Wykorzystywanie Internetu w obszarze informacji o zdrowiu w 2022 r.

Źródło: Fundacja My Pacjenci (2022). e-Usługi w ochronie zdrowia, s. 20. https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2023/02/Raport_e-uslugi.pdf

Tabela 2.4. Charakterystyka informacji medycznych na różnych platformach internetowych

Medium	Populacja korzystająca	Charakterystyka
Wyszukiwarka Google	więcej niż 95% potrafiących czytać po polsku mieszkańców Polski	potocznie zwana „Doktor Google”; główny punkt styku pacjenta z informacją o zdrowiu online; po wpisaniu zapytania wskazuje strony, do których pacjent może zostać przeniesiony (fora tematyczne, encyklopedie, serwis medyczny, blogi, media społecznościowe) posortowane według algorytmu typu PageRank; AI wybiera odpowiedzi i przedstawia je użytkownikowi

Medium	Populacja korzystająca	Charakterystyka
Internetowe encyklopedie medyczne i artykuły naukowe	mniej niż połowa populacji z nadreprezentacją osób uczących się i z wyższym wykształceniem	m.in. Interna Szczeklika, Wikipedia, czy Mayo Clinic D&C; cechują się trudnym językiem skierowanym do profesjonalistów medycznych, przez co treść rzadko odpowiada na pytania pacjentów; brak interakcji
Medyczne portale specjalistyczne	połowa populacji	m.in. Medonet, MP, WP Zdrowie; zawartość tworzona pod konsumenta (<i>clickbaity</i>); praktycznie brak interakcji poza komentowaniem
Niemedyczne portale	ponad połowa populacji	głównie najczęściej występujące choroby; przystępne teksty i multimedia medyczne wplatane w inną tematykę, np. społeczną – zdarzają się błędy merytoryczne (misinformacja); praktycznie brak interakcji poza komentowaniem
Blogi specjalistyczne	mniej niż połowa populacji	m.in. PanTabletka, MamaPediatria; przystępne teksty i multimedia medyczne w narracji pierwszoosobowej z osobistymi doświadczeniami; zdarzają się błędy merytoryczne (misinformacja); niewielka możliwość interakcji
Fora specjalistyczne	mniej niż 10% populacji z nadreprezentacją osób z wyższym wykształceniem	dużo opisów przypadków (można znaleźć podobny przypadek do własnego); duża łatwość interakcji typu <i>peer-to-peer</i> (edukacja medyczna horyzontalna); duża liczba błędów merytorycznych, w tym celowe wprowadzanie w błąd (mis-/dezinformacja)
Platformy streamingowe	ponad połowa populacji	głównie YouTube z tendencją wzrostową innych oferujących tematykę medyczną, jak Netflix; atrakcyjna forma wideo; niewielka możliwość interakcji poprzez komentowanie; duża liczba błędów merytorycznych, w tym celowe wprowadzanie w błąd (mis-/dezinformacja)
Facebook	ponad połowa populacji	dyskusje nacechowane emocjonalnie; duża łatwość interakcji typu <i>peer-to-peer</i> (edukacja medyczna horyzontalna); duża liczba błędów merytorycznych wszystkich typów (mis-/dez-/malware-informacja)
Twitter, Tiktok, Instagram itp.	mniej niż 5% populacji zróżnicowanej demograficznie	głównie krótkie teksty, grafiki, filmiki; duża łatwość interakcji typu <i>peer-to-peer</i> (edukacja medyczna horyzontalna); duża liczba błędów merytorycznych wszystkich typów (mis-/dez-/malware-informacja)

Źródło: Jarynowski, A., Wójta-Kempa, M. (2023). Wpływ informacji online na decyzje dotyczące zdrowia – przegląd doniesień, s. 6–7. http://interdisciplinary-research.eu/wp-content/uploads/2023/09/D-Wp%C5%82yw-informacji-online-na-decyzje-dotycz%C4%85ce-zdrowia_raprot.pdf

Według badań CBOS (Feliksiak, 2020) w Polsce największą popularnością cieszą się strony internetowe dotyczące zdrowia, problemów z nim związanych, chorób, a także leczenia i leków oraz fora i grupy związane ze zdrowiem i medycyną, przy czym nieliczni użytkownicy, poza czytaniem wpisów innych, sami się wypowiadają. W zestawieniu najchętniej odwiedzanych serwisów na pierwszym miejscu, zarówno pod względem liczby użytkowników, jak i spędzanego czasu, przoduje medonet.pl. W czołówce znajdują się również abcZdrowie.pl, poradnikzdrowie.pl i mp.pl (tab. 2.5).

Tabela 2.5. Czołowe serwisy o zdrowiu w styczniu 2024 r.

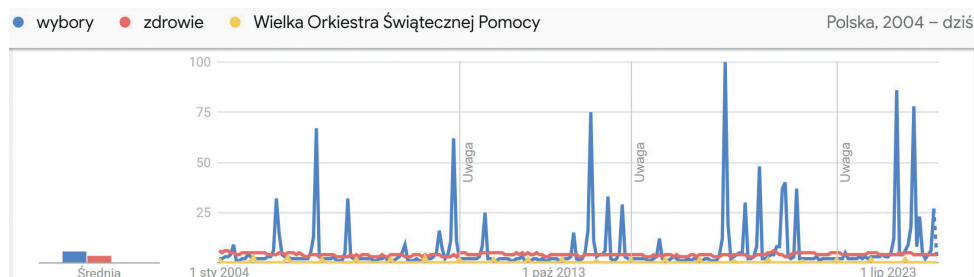
Lp.	Domena	Użytkownicy	Zasięg (w %)	Średni czas
1	medonet.pl	8 488 152	28,57	8 min 2s
2	abcZdrowie.pl	7 325 964	24,88	7 min 28s
3	poradnikzdrowie.pl (www+app)	6 091 524	20,51	4 min 37s
4	mp.pl	5 047 596	16,99	2 min 43s
5	znanylekaz.pl (www+app)	4 301 748	14,48	4 min 28s
6	gdziepolek.pl	2 213 322	7,46	2 min 36s
7	Aplikacja Mój kalendarz miesięczkowy	1 570 752	5,29	3 min 19s
8	Interia.pl/ Zdrowie i medycyna	1 568 808	5,28	3 min 55s
9	onet.medonet	1 518 750	5,11	49 s
10	radiozet.pl/ Zdrowie i medycyna	1 275 750	4,29	59 s

Źródło: Mediapanel (2024). Zdrowie i medycyna. <https://media-panel.pl/pl/aktualnosci/zestawienia-tematyczne-i-funkcjonalne-styczen-2024/>

Poziom zainteresowania zdrowiem w Internecie obrazują wskazania Google Trends (rys. 2.7). Dość wysoką, niesłabnącą, a nawet lekko rosnącą popularność tego tematu widać w zestawieniu z innymi zajmującymi internautów obszarami z zakresu życia społeczno-gospodarczego, tj. coraz bardziej na przestrzeni czasu angażującym Polaków tematem wyborów (parlamentarnych, samorządowych, prezydenckich) i będącej fenomenem społecznym Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy.

Na zainteresowanie informacją o zdrowiu online wpływają utrudnienia w dostępie do opieki medycznej i zbyt krótki czas wizyty u lekarza (Ulatowska-Szostak i in., 2009). Wydłużone oczekiwanie na pomoc oraz zbyt mało uwagi poświęcanej pacjentom przekierowuje potrzebujących w stronę łatwo dostępnego zasobu informacyjnego, jakim jest sieć. Zjawisko to nasilają towarzyszące usługom zdrowotnym pośpiech personelu medycznego i niewystarczające kompetencje w zakresie komunikacji (Soboń, 2018). Wzrost

zaangażowania pacjentów w proces diagnostyczno-terapeutyczny i współuczestnictwo w decyzjach dotyczących zdrowia (Szymczyk i in., 2015) również wzmagają wykorzystanie Internetu. Dla większej pewności siebie w relacjach z personelem medycznym i lepszego zrozumienia lekarzy pacjenci potrzebują wiedzy, zatem jej pogłębianie i uzupełnianie stało się elementem procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych.



Rysunek 2.7. Popularność wyszukiwania w Internecie tematu „zdrowie” vs. „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy” i „wybory” w Polsce w latach 2004–2024

Źródło: Google Trends.

Internet, będąc zdecydowanie atrakcyjniejszą platformą wymiany doświadczeń i wiedzy w porównaniu z tradycyjnymi źródłami informacji o zdrowiu (Knol-Michałowska, 2014), jest miejscem, gdzie poszukiwanie treści mocno osadza się w codziennych doświadczeniach pacjentów (Flanders i in., 2017; Jacobs, Amuta, Jeon, 2017; Bujnowska-Fedak, Waligóra, Mastalerz-Migas, 2019; Kaur, Kaur, Sharma, 2019). Jako wysoko spersonalizowane narzędzie informacyjne (Kivits, 2009) pozwala na szukanie informacji odnoszących się bezpośrednio do poszukujących ich osób. Pacjenci dystansują się tu od profesjonalnej wiedzy medycznej (Siuda, Pluta, 2020), która miesza się z relacjami innych osób. Pozyskiwana wiedza często nie jest profesjonalna – jest wynikiem mediatyzacji zdrowia i choroby (Miah, Rich, 2008).

Korzystanie z Internetu jako źródła informacji na temat zdrowia determinowane jest określonymi cechami użytkowników. Wśród społeczno-demograficznych charakterystyk najczęściej wymieniane są wykształcenie, płeć, wiek, dochody i pochodzenie etniczne. Według badań osoby z niższym wykształceniem (Fox, Duggan, 2013; Tennant i in., 2015; Jacobs i in., 2017; Bujnowska-Fedak i in., 2019; Feliksiak, 2020), mężczyźni (Fox, Duggan, 2013; Manierre, 2015; Massey, 2016; Bujnowska-Fedak i in., 2019; Feliksiak, 2020) i przedstawiciele innej rasy niż biała (Fox, Duggan, 2013; Massey, 2016) rzadziej szukają informacji na temat zdrowia w Internecie. Częściej są to młodszy użytkownicy (Fox, Duggan, 2013; Jacobs i in., 2017; Tennant i in., 2015; Bujnowska-Fedak i in., 2019;

Feliksiak, 2020) i ludzie o wyższych dochodach (Fox, Duggan, 2013; Bujnowska-Fedak i in., 2019; Feliksiak, 2020).

Biorąc pod uwagę, jak łatwo jest wyszukać online hasła związane ze zdrowiem, popularność Internetu wśród pacjentów nie powinna zaskakiwać. Ponieważ jednak Internet zasadniczo zmienia przepływ informacji, odbierając lekarzom kontrolę nad informacjami zdrowotnymi przekazywanymi pacjentom, zjawisko to wywołuje w konsekwencji różnorodne, czasem sprzeczne poglądy na temat wartości Internetu jako narzędzia poprawy opieki zdrowotnej (Tonsaker, Bartlett, Trpkov, 2014). Warto zatem pamiętać, że jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach, Internet ma oprócz licznych mocnych stron, dostrzeganych z perspektywy wszystkich uczestników systemu, również słabości. Mimo przewagi pozytywnych aspektów, to czy i na ile korzystanie z jego zasobów przysłuży się użytkownikom, będzie pochodną ich współwystępowania i okoliczności. Podobnie z szansami i zagrożeniami. Świadomość niebezpieczeństw powinna wzmoczyć ostrożność, lecz nie spowalniać rozwoju, który jest nieodłącznym elementem nowoczesnej opieki zdrowotnej i dobrze funkcjonującego rynku usług zdrowotnych (tab. 2.6).

Tabela 2.6. Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach – analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
Dla e-pacjentów	
– wspomaganie autodiagnozy (wstępnej) – zwiększenie zaangażowania pacjenta w proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz współpodejmowanie decyzji dotyczących zdrowia, a co za tym idzie, skuteczniejsze leczenie – weryfikacja kompetencji diagnoz stawianych przez lekarza oraz opinii na jego temat – pogłębienie i uzupełnienie wiedzy przed i po wizycie, wyjaśnienie użytych przez lekarza pojęć, informacji na temat skutków ubocznych czy też poszukiwanie alternatywnych, niekonwencjonalnych, nowatorskich metod leczenia lub porad innych lekarzy – zachowanie anonimowości – dotarcie do użytkowników znajdujących się w podobnej sytuacji zdrowotnej – mniejsze obawy i mniejszy stres wynikające z poprawnej autodiagnozy – większa pewność siebie w relacjach z personelem medycznym – lepsze zrozumienie informacji przekazywanych przez lekarza – możliwość uzyskania konsultacji bez wychodzenia z domu – oszczędność czasu i pieniędzy (w wyniku ograniczenia wizyt osobistych)	– błędne autodiagnozy, które mogą prowadzić do: • obaw, lęku, stresu, a co za tym idzie, często także do samodzielnych, niekorzystnych dla zdrowia decyzji • niesłusznego uspokajania e-pacjentów, których stan zdrowia wymaga interwencji medycznej (zbyt duże zaufanie do źródeł internetowych może prowadzić do rezygnacji lub ograniczenia kontaktów z personelem medycznym) • zbędnych wizyt lekarskich w przypadku niewłaściwej oceny swojego stanu zdrowia – zbyt intensywne korzystanie z informacji przez tych samych pacjentów (np. lekomani), które może prowadzić do uzależnień, negatywnie wpływać na psychikę oraz związane z tym zachowania

Mocne strony	Słabe strony
Dla personelu medycznego	
– wspomaganie diagnozy i leczenia – usprawnienie wizyty dzięki lepszemu przygotowaniu pacjenta do niej – większa motywacja (wynikająca z coraz większej wiedzy pacjentów) do aktualizowania swojej wiedzy	– negatywne, bezpodstawne opinie na temat personelu medycznego, które pozostawiają na długo ślad w Internecie, – pomyłki przy wprowadzaniu, edytowaniu danych, – wydłużanie wizyty i związany z tym potencjalny dyskomfort lekarza, który musi poświęcić więcej czasu na rozwianie wątpliwości wynikających z informacji znalezionych przez e-pacjenta w Internecie
Dla ogółu	
– szybki, łatwy, wygodny, całodobowy dostęp do informacji (o zdrowiu, chorobach, pacjentach, personelu medycznym, podmiotach wykonujących działalność leczniczą itp.) – aktualne informacje, których jakość została zweryfikowana – dostęp do wielu źródeł informacji (wielkość zasobów internetowych) – edukacja zdrowotna – wymiana opinii, wiedzy i doświadczeń	– nierzetelne, zbyt powierzchowne, nieaktualne, różnorodne i sprzeczne, niezrozumiałe informacje, których jakość nie została zweryfikowana, których autorami są osoby niekompetentne, nieposiadające odpowiednich uprawnień medycznych (często zachowujące anonimowość) lub osoby nieuczciwe, – trudności z obsługą narzędzi internetowych udostępniających informacje, – duża liczba użytkowników, która utrudnia kontrolę nad ich działaniami
Szanse	Zagrożenia
– coraz większa liczba użytkowników Internetu – coraz więcej użytkowników poszukuje w Internecie informacji na temat zdrowia i chorób – rozwój spersonalizowanej opieki zdrowotnej (model współpodejmowania decyzji) – nowe formy oraz większy zasięg promocji zdrowia i działań profilaktycznych – coraz bardziej skuteczne metody identyfikacji oraz uwierzytelniania użytkowników zapewniające bezpieczniejszy dostęp do informacji – nowoczesne rozwiązania internetowe, których obsługa oraz rozwój stają się coraz łatwiejsze – rozwój aplikacji internetowych instalowanych na urządzeniach mobilnych	– naruszenia poufności informacji oraz prywatności użytkowników przez osoby nieuprawnione do informacji tego typu (np. poprzez podszywanie się pod innych użytkowników) – wycieki, utrata danych osobowych oraz danych wrażliwych (np. w wyniku ataków hackerskich) – manipulacje wpływające na kształtowanie postaw i praktyk pacjentów i personelu medycznego (np. medyczny <i>ghostwriting</i>) – ukryte działania marketingowe (informacje, których celem jest reklama produktów lub usług) – coraz większa liczba portali zdrowotnych, która może prowadzić do chaosu informacyjnego, – problem wykluczenia cyfrowego (ponad 20% Polaków nie ma dostępu do Internetu)

Źródło: Korczak, K. (2017). Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 18, s. 305–316.

Korzystanie z Internetu do zdobywania informacji zdrowotnych jest zatem samo w sobie zjawiskiem pozytywnym. Niepokoić może dominacja korzystania z wiedzy online oraz z porad innych pacjentów nad tymi udzielanymi przez ekspertów (Ulatowska-Szostak i in., 2009; van de Belt i in., 2013) oraz różna wartość użytkowa udostępnianych

treści. Należy więc dążyć do weryfikacji internetowych źródeł informacji o zdrowiu pod kątem ich prawdziwości i rzetelności, uzmysławiając równocześnie ich użytkownikom, jak ważna jest ich jakość oraz edukować w obszarze świadomego korzystania z internetowej informacji o zdrowiu.

2.3. Wpływ e-informacji na postawy i zachowania pacjentów

Internet, umożliwiając łatwe zdobywanie informacji dotyczących zdrowia (Ministerstwo Cyfryzacji, 2019), jest uznawany za podstawę edukacji i wzmocnienia pozycji pacjentów w relacjach z lekarzami (Eysenbach, Köhler, 2002). Jest zarazem źródłem wiedzy, jak i motywatorem określonych postaw i zachowań (Rudawska, 2005; Soboń, 2013). Ci pacjenci, którzy mają wystarczającą wiedzę, umiejętności i odpowiednie postawy w zakresie korzystania z Internetu (van Deursen, Helsper, 2015; Dutton, Reisdorf, 2019), zaspokajają dzięki sieci potrzebę informacyjną wynikającą z luki między tym, co wiedzą, a co chcieliby wiedzieć (Case, Given, 2016). Korzystanie z Internetu i jego potencjału jako źródła informacji o zdrowiu wiąże się również z określonymi emocjami, uczuciami i zachowaniami. Niektórzy chętnie szukają tu treści w związku z sytuacją, w jakiej się znaleźli, a inni nie chcą tego robić, mimo że mają tę możliwość (Chang, Huang, 2020). W działania online częściej angażują się jednak osoby o przychylnym nastawieniu do Internetu, czerpiąc z niego większe korzyści (Mota, Cilento, 2020) i będąc w stanie skutecznie wyszukiwać bardziej złożone treści.

Określając postawy, szacuje się przekonania o konsekwencjach określonych działań i ocenia stopień, w jakim są one pożądane przez jednostkę (Szmigielska, Wolski, Jaszczak, 2012). Ta indywidualna ocena może w konsekwencji przybierać wymiar: pozytywny lub negatywny, przyjemny lub nieprzyjemny, szkodliwy lub korzystny (Holden, Karsh, 2010).

Aby skutecznie posługiwać się informacją dla potrzeb zdrowia, konieczne są odpowiednie umiejętności zwane *health literacy*, obejmujące kwalifikacje niezbędne do czytania tekstów dotyczących zdrowia i komunikacji z personelem medycznym, wiedzę o zdrowiu, umiejętność szukania odpowiednich informacji oraz zdolność krytycznego oceniania i rozumienia treści (Iwanowicz, 2009). Na potrzeby korzystania z cyfrowych mediów umiejętności te, określane mianem *digital health literacy* (Del Giudice, 2017), *e-health literacy* (Norman, Skinner, 2006), *media health literacy* (Levin-Zamir, Lemish, Gofin, 2011), *electronic health literacy* (Sećkin i in., 2016), zostały uznane przez Światową Organizację Zdrowia WHO za jeden z najważniejszych czynników wpływających na zdrowie, za globalne wyzwanie XXI wieku (Khoshravesh i in., 2018).

Zdolność korzystania z technologii informacyjnych i komunikacyjnych ICT, zwłaszcza internetowych, w celu poprawy zdrowia i dostępu do systemu opieki (Eng, 2001) w praktyce oznacza umiejętności m.in. w zakresie przeszukiwania sieci, stosowania kryteriów oceny jakości zasobów, identyfikowania informacji z zaufanych źródeł, oceny

zawodowych referencji autora, identyfikacji konfliktu interesów między celami publikacji a ich treścią, weryfikacji ochrony prywatności użytkownika i poufności (Cullen, 2005). Co istotne, *health literacy* pozwala nie tylko na pozyskanie odpowiednich treści, ale na dokonywanie właściwych wyborów zdrowotnych na podstawie zdobytej wiedzy (Soboń, 2021), choć to ostatecznie jest zależne od kombinacji tychże kompetencji oraz własnej siły i ochoty działania (Schulz, Nakamoto, 2013). Pacjenci zmotywowani do działania będą skutecznie zarządzać swoim zdrowiem tylko wówczas, gdy nie będą pozbawieni umiejętności poszukiwania i oceniania informacji, których brak prowadzi do dokonywania niebezpiecznych wyborów. Z kolei wyedukowani pacjenci nieposiadający siły sprawczej będą dalece uzależniać się od pracowników medycznych w zakresie podejmowania wszelkich decyzji w tym obszarze.

W tym kontekście kwestia jakości informacji staje się niezwykle istotna. Ten szczególnie i cenny zasób, mogący być „łagodną siłą”, czynnikiem integrującym, czynnikiem demokratyzującym, towarem bądź kapitałem (Stefanowicz, 2004) w erze cyfrowej nabiera znaczenia, a lekceważenie go może narazić na straty i koszty materialne i moralne (Stefanowicz, 2017). Dostęp online do określonych treści może mieć przecież bezpośredni wpływ na jakość i długość życia, odpowiadając na ogromne zapotrzebowanie uczestników rynku na informację (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 2023), stąd konieczność ponoszenia odpowiedzialności za ich wiarygodność (Soboń, 2013).

Umiejętność wyszukiwania i rozróżniania wartościowych treści staje się zatem warunkiem bezpieczeństwa informacyjnego (Motylińska, Pieczka, 2020), o które szczególnie trudno ze względu na brak wiedzy medycznej pacjentów (Krzesaj, 2015). W praktyce ocena jakości powinna sprowadzać się więc do kryteriów: wiarygodności, wiedzy, obiektywizmu, przejrzystości, popularności, zrozumiałości, znaczącego charakteru, znajomości, dostępności, identyfikacji, zaufania, dokładności, czytelności, aktualności, łatwości nawigowania, estetyki, interaktywności, wszechstronności, praktyczności, kompletności, przydatności, obiektywizmu, anonimowości, bezpieczeństwa oraz funkcji edukacyjnej (Sun i in., 2019) rozstrzygających o poziomie jakościowym udostępnianych użytkownikom treści. Ze względu na to, że brakuje uniwersalnych narzędzi chroniących przed informacją złej jakości, niezbędne jest kształcenie użytkowników w obszarze poszukiwania, oceny i wykorzystywania informacji (Skibińska, 2021), by potrafili pozyskać wartościowe treści i wykorzystać je z pożytkiem dla siebie i systemu.

Mimo że pacjenci oceniają swoją sprawność i skuteczność w poszukiwaniu informacji o zdrowiu online wysoko (Soboń, 2021), wierząc w umiejętne surfowanie po sieci w poszukiwaniu informacji (Basu, Dutta, 2008; Sun i in., 2019), różnorodność i niejednorodność informacji pod względem jakościowym (Keinki i in., 2018) zwiększa złożoność procesów. Ponieważ liczba informacji zdrowotnych szybko rośnie, a cyfryzacja przyspiesza, wysokie wymagania stawiane użytkownikom cyfrowego zdrowia również nadal rosną. Choć zdecydowana większość pacjentów przyznaje, że łatwo jest poszukiwać informacji o zdrowiu online, a użyteczność Internetu i wiarygodność znajdowanych

tam informacji o zdrowiu jest odpowiednia dla większości z nich (Sbaffi, Rowley, 2017; Sun i in., 2019; Soboń, 2021), ważna jest strategia, która będzie kierować ludźmi i zapewniać im umiejętności potrzebne do sprostania wyzwaniom związanym z korzystaniem z cyfrowej informacji na temat zdrowia (Cramer i in., 2023). Co ważne, to właśnie postrzegana użyteczność i łatwość użycia są głównymi predyktorami akceptacji technologii (Or, Karsh, 2009) i postaw (Soboń, 2020).

Znalezione w sieci informacje zdrowotne mogą potencjalnie wpływać na postawy, zachowania i decyzje w obszarze zdrowia i choroby, sposobu, kierunku i długości leczenia, wyboru lekarza lub placówki świadczącej usługi medyczne (Jarynowski, Wójta-Kempa, 2023). Wykorzystanie ich w procesie podejmowania decyzji zdrowotnych może oddziaływać na zachowania prozdrowotne i przestrzeganie zasad leczenia, powodować zmiany w zarządzaniu zdrowiem i zachowaniach, kształtować nastawienie względem personelu medycznego, wiązać się ze wsparciem społecznym (Pluye i in., 2019; Aoun, Lakkis, Antoun, 2020), kształtować zaangażowanie w decyzje dotyczące opieki zdrowotnej (Barello i in., 2016). Może co więcej skutkować lękiem zmniejszającym chęć do poszukiwania wiedzy i przytłoczeniem pacjentów, którzy nie są w stanie posortować i zrozumieć informacji (West i in., 2020). Prawdziwość dostępnych informacji zdrowotnych bywa również problemem, szczególnie gdy źródła podają sprzeczne porady.

W tym kontekście szczególnie ważną kwestią jest odpowiedź na pytanie, czy pacjenci preferują samodzielne stawianie diagnozy, czy też ufają lekarzom, postrzegając w związku z tym Internet jako jedynie dodatkowe narzędzie informacji w obszarze zdrowia. To zaufanie jest kluczem do relacji lekarz–pacjent (Krot, 2019; Petrocchi i in., 2019). Jego odpowiednio wysoki poziom stanowi podstawę realizacji procesu leczenia, determinuje współpracę (Krot, 2018) i realizację zaleceń (Krot, 2016) – zmienne powiązane z zaangażowaniem pacjenta (Eldh, Ekman, Ehnfors, 2006), jego preferencjami, potencjałem i wiedzą (Castro i in., 2016). Badania potwierdzają (Soboń, 2021), że postawa względem lekarza jest mimo wszystko wciąż oparta na zaufaniu, współpracy w celu uzyskania najlepszych efektów leczenia oraz realizacji zaleceń lekarskich. Pacjenci są pozytywnie nastawieni do lekarza w dobie korzystania z Internetu dla celów zdrowia, raczej konsultują wyszukane treści. Co ciekawe, autodiagnoza oparta na informacjach dostępnych w Internecie okazuje się często zgodna z tą, którą stawia lekarz, leki sugerowane w Internecie odpowiadają przepisany, a informacja medyczna z Internetu motywuje do konsultacji lekarskiej w przypadku wystąpienia określonych objawów (Kardas, Daszyńska, Koziarska-Rościszewska, 2017).

Pacjenci wyposażeni w znajdowane zazwyczaj bez większego problemu adekwatne do potrzeb treści (Bright i in., 2005; Soboń, 2021) pozyskane m.in. od „Doktora Google” (Kłak i in., 2017; Lee, K. i in., 2014; van Riel i in., 2017) „zderzają się” z lekarzem i systemem opieki zdrowotnej. Ten wyraz emancypacji usługobiorców (Siuda, Pluta, 2020) wynika z posiadania wiedzy wcześniej dostępnej jedynie ekspertom (Pitts, 2004). Internet sprawia bowiem, że zacierają się granice między rolami zwyczajowo przypisywanymi

pacjentowi i lekarzowi, którego opinie i decyzje w zakresie diagnostyki oraz procesu leczenia były w przeszłości z zasady ostateczne i niepodważalne. Informacja pozyskana z Internetu kształtuje zatem relację świadczeniodawca–pacjent (Sjöström i in., 2019; Wang i in. 2018), wywołując w obszarach poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym (tab. 2.7) zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje przed wizytą u lekarza, w jej trakcie oraz po (Knol-Michałowska, 2014).

Tabela 2.7. Wpływ wyszukiwanych informacji o zdrowiu na decyzje medyczne

Obszar poznawczy	Obszar emocjonalny	Obszar behawioralny
– zwiększa zainteresowanie zdrowiem – pozwala lepiej zrozumieć i „przyswoić” diagnozę postawioną przez lekarza i współuczestniczyć w decyzjach terapeutycznych (rola informacyjna) – potwierdza diagnozę/plan leczenia proponowanego przez lekarza (rola walidacyjna) – dostarcza zakresu wiedzy do pytań skierowanych do lekarza (rola edukacyjna: <i>health literacy</i>, samoedukacja) – dostarcza kontrwiedzy – dyskurs z wiedzą konwencjonalną, wyszukiwania internetowe ukazują np. poziom ryzyka interwencji w inny sposób, niż robi to lekarz	– motywuje i zachęca do rozpoczęcia działań prozdrowotnych, np. przez prezentowanie modeli zdrowego ciała, norm medycznych, – motywuje do podtrzymania działania, np. kontynuowania terapii – podnosi poziom pewności siebie i własnej skuteczności pacjentów – dostarcza źródła wsparcia społecznego i emocjonalnego (np. poparcia dla decyzji) – wywołuje poczucie lęku – wywołuje poczucie przeciążenia informacjami, frustracji z powodu zbyt wielkiej liczby i różnorodności opinii – erozja zaufania do profesjonalistów	– zwiększa/zmniejsza liczbę wizyt u lekarza (aspekt ekonomiczny i kadrowy) – wpływa na wybór lekarza, placówki medycznej – wpływa na przestrzeganie/ nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich – poprawia zakres autodiagnozy, samoopieki pacjenta i samoordynacji terapii (podejmowanie dodatkowych terapii) – powoduje wycofanie się ze sprawdzania wiarygodności informacji – rodzi niebezpieczeństwo cyberchondrii i uzależnienia od źródła informacji

Źródło: Jarynowski, A., Wójta-Kempa, M. (2023). Wpływ informacji online na decyzje dotyczące zdrowia – przegląd doniesień. http://interdisciplinary-research.eu/wp-content/uploads/2023/09/D-Wp%C5%82yw-informacji-online-na-decyzje-dotycz%C4%85ce-zdrowia_raprot.pdf.

Na etapie poprzedzającym konsultację lekarską Internet może posłużyć do autodiagnozy i próby samodzielnego rozwiązywania problemów zdrowotnych (Ziebland i in., 2004), poprzedzając lub będąc alternatywą konsultacji w często zatłoczonych przychodniach lub na oddziałach ratunkowych. Mimo świadomości, że tego typu porady nie są profesjonalne, pacjenci korzystają z nich, doświadczając empatii i zrozumienia, których często brakuje w tradycyjnej medycynie (Czerwińska, 2014). Znalezienie tą drogą informacje potrafią z jednej strony wywołać niepotrzebne obawy i lęk związane ze stanem zdrowia (Donelle, Arocha, Hoffman-Goetz, 2008), z drugiej – zmniejszyć stres powodowany podejrzeniem poważnej choroby, zwłaszcza przy długim oczekiwaniu na konsultację

(Lopez-Gomez i in., 2012) oraz zdobyć wiedzę w kwestii postępowania z pojawiającymi się objawami do czasu wizyty (Donelle i in., 2008). Samodzielne szukanie informacji online pomaga uniknąć marnowania czasu i środków finansowych na zbędne konsultacje obciążające pacjenta i system zdrowia (Bowes i in., 2012), gdy dolegliwości nie są poważne i tego nie wymagają. Błędna autodiagnoza może jednak niesłusznie uspokajać pacjentów, którzy rezygnując lub odraczając wizytę (Broom, 2005), powodują komplikacje i zwiększoną liczbę wizyt (Peña-Purcell, 2008), odbierając szansę profesjonalnej pomocy innym osobom w potrzebie i generując koszty dla systemu. Internet pozwala również odpowiednio przygotować się do wizyty (Doroszewska, 2010) i przemyśleć pytania, jakie powinno się zadać (Castleton i in., 2011), a gdy nie można uzyskać pomocy lekarza (Ulatowska-Szostak i in., 2009) – dotrzeć do informacji. Internet umożliwia także weryfikację kompetencji poszczególnych lekarzy (Chiu, 2011) i znalezienie placówki spełniającej stawiane wymagania (van de Poll-Franse, van Eenbergen, 2008), aby podjąć decyzję, do kogo się udać po pomoc (Glynn i in., 2013; Valero-Aguilera i in., 2014; George i in., 2019). Najczęściej dzieje się tak przy próbach znalezienia lekarza specjalisty (ginekologa, dermatologa, ortopedy, okulisty) i lekarza stomatologa, choć poszukiwane są także informacje i opinie na temat lekarzy rodzinnych (Cholewa-Wiktor, 2017).

Informacja o zdrowiu pochodząca z Internetu oddziałuje także na zachowanie pacjenta podczas wizyty lekarskiej. Z reguły ma ona pozytywny wpływ (Nwosu, Cox, 2000), choć pojawiają się reakcje utrudniające relację (Sommerhalder i in., 2009). Internet pomaga przede wszystkim w lepszym rozumieniu diagnozy i podejmowaniu decyzji wspólnie z lekarzami (Cocco i in., 2018; Chang i in., 2019), przesuwać relację w kierunku partnerstwa (Broom, 2005). Wspiera w zadawaniu pytań (Murray i in., 2003a; Iverson, Howard, Penney, 2008; Perazzo i in., 2017) oraz rozumieniu przekazywanych treści i fachowych pojęć (Kivits, 2006), pozytywnie wpływa na decyzje dotyczące operacji (Paolino i in., 2015; Abdul-Muhsin i in., 2017). Według badań Soboń (2021) kwestia wpływu wyszukanej przez pacjentów w Internecie informacji o zdrowiu na ich zachowania dotyczące zdrowia zasadniczo różni się w opiniach pacjentów i lekarzy. Według pacjentów informacja pochodząca z Internetu wywołuje większą skłonność do konsultowania zdobytej wiedzy z lekarzem, zwiększa pewność siebie podczas konsultacji, wzmacnia aktywność oraz skutkuje wzrostem oczekiwań/roszczeń wobec lekarza. Na podstawie informacji zgromadzonych od lekarzy posiadanie informacji o zdrowiu z Internetu znacząco zwiększa jedynie aktywność pacjentów podczas wizyty. Wiedza zdobyta w drodze przeszukiwania internetowych źródeł z pewnością zatem usprawnia komunikację na linii lekarz–pacjent (Jarynowski, Wójta-Kempa, 2023), silnie oddziałuje na relacje z profesjonalistą medycznym (Dong, Lei, Liu, 2022; Luo i in., 2022; Tan, Goonawardene, 2017). Ponieważ chorzy zyskują pewność siebie (Chiu, 2011), stając się bardziej aktywnymi uczestnikami interakcji (Kivits, 2006), czasem podważają zdanie lekarza. Wskazują zaniedbania w procesie leczenia (Siuda, Pluta, 2020), a nawet miewają przeświadczenie bycia lepszym specjalistą od lekarza, naciskając w celu potwierdzenia

autodiagnozy i akceptacji wybranych przez siebie form leczenia (Sobierajski, 2012). Negatywnym skutkiem zaangażowania może być zbędne wydłużanie czasu trwania wizyty (Murray i in., 2003a) powodowane chęcią prowadzenia dyskusji z lekarzem, a w konsekwencji dłuższe kolejki oraz wyższe koszty systemu. Rodzi to potrzebę przeformułowania roli lekarza, który musi mieć świadomość traktowania Internetu jako przestrzeni będącej źródłem informacji o zdrowiu. Rzeczywistość wymusza, aby „(...) przyjąć obok roli lekarza funkcję specyficznego konsultanta” (Siuda, Pluta, 2020) wypełniającego w Internecie rolę medycznego influencera, czyli aktywnego użytkownika mediów społecznościowych tak popularnych wśród pacjentów.

Zachowanie pacjenta po wizycie u lekarza także poddaje się wpływowi pochodzącej z Internetu informacji o zdrowiu. Treści pozyskane tą drogą przyczyniają się przede wszystkim do pogłębienia i uzupełnienia wiedzy pacjenta (Knol-Michałowska, 2014), rozwiania rodzących się wątpliwości (Ulatowska-Szostak i in., 2009; Stevenson i in., 2007). Potrzeba taka pojawia się w konsekwencji niewystarczającego czasu przeznaczonego na wizytę i zadawanie dodatkowych pytań, jak też konieczności poszukiwania odpowiedzi na pytania, które pacjenci zapomnieli zadać podczas konsultacji (Castleton i in., 2011). Zrozumienie znaczenia medycznych terminów użytych przez lekarza w czasie wizyty przyczynia się bowiem do zwiększenia jakości postrzeganej usług zdrowotnych oraz satysfakcji pacjenta z odbytych konsultacji i skutkuje mniejszą skłonnością do zmiany lekarza specjalisty (Chiu, 2011). Informacja zdobyta tą drogą pomaga zatem zrozumieć lekarza (Ziebland i in., 2004) i wiąże z nim pacjenta na dłużej. W sieci można znaleźć informacje, których nie ma w innych źródłach (Doroszewska, 2010), m.in. na temat efektów leczenia (Ziebland i in., 2004), metod terapeutycznych i skutków ubocznych leków (Castleton i in., 2011). Informacje służą często sprawdzeniu, czy podjęte przez lekarza decyzje są właściwe, a zlecone badania odpowiednio dobrane (Knol-Michałowska, 2014). Nie chodzi tu tylko o samodzielne weryfikowanie diagnozy i zaleceń (Castleton i in., 2011), ale również o poznanie opinii innych lekarzy dzięki poradom medycznym online (Stevenson i in., 2007) i dostępności wiedzy o nietypowych sposobach leczenia z obszaru medycyny niekonwencjonalnej (van de Poll-Franse i van Eenbergen, 2008). Popularne jest wyszukiwanie informacji o nowatorskich (Bowes i in., 2012) lub alternatywnych sposobach leczenia dolegliwości (Castleton i in., 2011). Takie działania mogą przełożyć się na większą efektywność leczenia, gdyż pacjenci są wówczas bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń (Ziebland i in., 2004; Iverson i in., 2008; Pena-Purcell, 2008; Perazzo i in., 2017), a pozytywne efekty terapeutyczne są szybciej widoczne (Newnham i in., 2006). Poza tym dostrzega się późniejsze pozytywne zmiany w zachowaniu związane ze zdrowiem, takie jak samodzielne zmiany diety i regularne treningi (Ohlow i in., 2013), częstsze wizyty u lekarza (Iverson i in., 2008), regularne przyjmowanie przepisanych leków i większa dbałość o siebie (Lam-Po-Tang i McKay, 2010). Rośnie skłonność do działań związanych z dobrostanem, jak samoopieka przy długotrwałych problemach zdrowotnych (Thapa i in., 2021) czy zdrowsze odżywianie (Beck i in., 2014;

Mano, 2015). Staje się to coraz ważniejsze w miarę wzrostu wskaźników chorób przewlekłych i konieczności samodzielnego leczenia w taki sposób, aby przenieść ciężar zarządzania z systemów opieki doraźnej z powrotem na jednostkę (Donald i in., 2011). Niestety pozytywnym reakcjom towarzyszą niewłaściwe zachowania pacjentów polegające na przerywaniu przyjmowania leków lub odchodzeniu od tradycyjnej medycyny na rzecz alternatywnej (Aref-Adib i in., 2016, van Riel i in., 2017), odwoływanie wizyt i wycofywanie się z zaplanowanych terapii (Bujnowska-Fedak, Węgierek, 2020).

Pozyskane z Internetu informacje zdrowotne mogą zatem być wykorzystywane przez pacjentów w różny sposób i w różnym celu. Z jednej strony są zdolne podwyższać kompetencje i zaangażowanie pacjenta (tzw. *patient empowerment*) (Bass i in., 2006; Pourrazavi i in., 2022), z drugiej – powodować erozję zaufania do personelu medycznego i obniżać kompetencje zdrowotne (tzw. *e-health literacy*) (Suarez-Lledo, Alvarez-Galvez, 2021; Wong, Cheung, 2019). Z ekonomicznego punktu widzenia ważna jest więc sprawnie prowadzona edukacja pacjentów online (Jarynowski, Wójta-Kempa, 2023), aby wykorzystać potencjał do korzystnych przemian w ich zachowaniach prowadzących do pozytywnych efektów dla jednostek, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństw. Warto podejmować wszelkie działania, które pozwolą e-pacjentom korzystać z internetowych źródeł informacji w sposób dojrzały, świadomy, a przede wszystkim niezagrażający ich zdrowiu i życiu (Gugała i in., 2010; Ulatowska-Szostak i in., 2009). Z uwagi na powszechność zjawiska należy to wykorzystanie e-informacji opisywać i nadzorować, a prowadzone badania monitorujące zachowanie użytkowników w sieci opierać na głębszych analizach, jak chociażby dotyczących baniek informacyjnych i wyszukiwania treści zgodnych z przekonaniami (Suzuki, Yamamoto, 2021).

Choć wykazano, że Internet, określany ze względu na szybkość i wygodę w zadawaniu pytań i uzyskiwaniu odpowiedzi pierwszym źródłem informacji, w sytuacjach wystąpienia chorób u osób bez wykształcenia medycznego, zwanych „pacjentami doktora Google” (Szymczyk i in., 2015), wpływa na decyzje zdrowotne i medyczne, to jednak wiele badań wskazuje bezpośredni kontakt z profesjonalistą jako ważniejszy czynnik (Kirschning, von Kardorff, 2008; Koh i in., 2010; Szychta i in., 2011; Ferraz i in., 2016; Narasimhulu i in., 2016; George i in., 2019). Badacze są bowiem zgodni, że Internet jest jedynie dodatkowym źródłem wiedzy o zdrowiu i nie zastępuje ani nie zastąpi profesjonalnej pomocy medycznej (Yigzaw i in., 2020). Korzystanie z sieci nie ma na celu eliminacji lekarzy, lecz wsparcie pacjenta w obszarze zdrowia oraz poprawę relacji (Stevenson i in., 2007). Celem sięgania po internetową informację powinno być więc osiągnięcie maksymalnych korzyści płynących z kontaktów z lekarzem (Ayers, Kronenfeld, 2007), którzy mając odpowiednią wiedzę i umiejętności, potrafią i mogą pomóc w natłoku informacji. Co więcej, dyskusowanie tych kwestii jest obecnie uznawane za warunek konieczny dobrych relacji lekarz–pacjent (Lee, Lin, 2016; Harvey i in., 2017; Tan, Goonawardene, 2017), gdyż zaakceptowanie nieuchronności korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu i zwiększenie wiedzy na temat prawidłowego

korzystania z niego przy podejmowaniu decyzji, pozwoli pracownikom sektora zdrowia wykorzystać to nowe źródło informacji i włączyć je do współczesnych praktyk zdrowotnych (Thapa i in., 2021).

Rozdział 3

Jakość na rynku opieki zdrowotnej

Usługi zdrowotne to z jednej strony pacjent z jego potrzebami i oczekiwaniami, z drugiej – personel medyczny mający realny wpływ na kształtowanie całego procesu usługowego, a w konsekwencji jakości świadczenia i satysfakcji pacjenta (Waszkiewicz, Białecka, 2012). Przebieg usługi medycznej zależy więc w dużej mierze od charakteru relacji między personelem a pacjentem, a także aktywności każdej ze stron. W tym złożonym psychologicznie akcie odbywającym się „na oczach” nabywców usługi, którym towarzyszy stres, jakościowy efekt końcowy zależy więc nie tylko od samego świadczeniodawcy, ale również od wyjściowego stanu zdrowia świadczeniobiorcy (Hołub, 2001), a obsługa staje się kluczowym zadaniem. Jest to możliwe dzięki współpracy i więzi powstającej między usługobiorcami a personelem, którego stosunek do pacjenta powinien doprowadzić do stanu zgodnego z oczekiwaniami, a prawidłowa obsługa uwzględniać reakcję na błędy, nie tylko te natury medycznej, ale także zaniedbania organizacyjne czy niewłaściwe podejście (Rogoziński, 2006).

W celu doprowadzenia do pełnej satysfakcji klienta, jakość, obsługa i wszystkie pozostałe elementy procesu usługowego stają się ze sobą nierozzerwalnie związane, a integracja tych elementów i uruchomienie ich połączonego działania, wykorzystującego efekt synergii (Otto, Olczak, 2007), to zasadnicza kwestia. Zadowolenie pacjenta jest bowiem powszechnie przyjmowane za istotny wskaźnik pomiaru jakości opieki zdrowotnej i jednocześnie jej krytyczny element (Young, Meterko, Desai, 2000), a jakość przekłada się na bezpieczeństwo pacjenta, jego życie i zdrowie, co za tym idzie – na zaufanie do placówki medycznej. Skuteczna diagnoza i leczenie pacjenta są dziś niewystarczające z punktu widzenia jakości w opiece nad pacjentem (Waszkiewicz, Białecka, 2012).

3.1. Pojęcie i koncepcje jakości

Jakość stanowiąca wartość o określonych kryteriach to wyzwanie współczesnego rynku. Utożsamiana w sensie ogólnym z własnościami, rodzajem, gatunkiem, wartością danego przedmiotu, a w znaczeniu ściślejszym z cechą lub zespołem cech odróżniających dany przedmiot od innych, bądź też całokształtem cech danego przedmiotu, istotnych

ze względu na jego strukturę wewnętrzną oraz ze względu na jego stosunki, oddziaływania i związki z otoczeniem (*Nowa encyklopedia powszechna PWN*, 1996), towarzyszy ludzkości od zamierzchłych czasów. Platon uznawał jakość za pojęcie metafizyczne i rozumiał jako stopień osiągniętej przez przedmiot doskonałości, Arystoteles – za jedną z podstawowych kategorii myśli i rzeczywistości, stanowiącą zespół pewnych swoistych cech, które pozwalają odróżnić jeden przedmiot od drugiego bez określenia tego zróżnicowania (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003).

Współcześnie jakość jest definiowana precyzyjniej, ale jako kategoria bardzo zróżnicowana ze względu na wieloznaczność powoduje nieścisłości i często niewłaściwą interpretację jej znaczenia. Inaczej bowiem powinna być rozumiana w różnych kontekstach znaczeniowych. Będąc pojęciem powszechnie używanym, zarówno w nauce, jak i życiu codziennym, skupia na sobie uwagę filozofów, ekonomistów, przedstawicieli nauk technicznych, którzy podchodzą do niej wielowymiarowo, z perspektywy transcendentalnej bądź koncentrując się na jej poszczególnych aspektach, tj. od strony produktu, użytkownika, wytwarzania czy wartości (tab. 3.1).

Tabela 3.1. Wybrane definicje jakości

Rodzaj definicji	Definicja
Ogólne	W.A. Shewhart (1931) – dobroć produktu, przy czym dobroć ta może być zastosowana do wszystkich rodzajów produktów i usług
Związane z produkcją	P. Crosby (1979) – zgodność z wymaganiami wewnętrznymi i zewnętrznymi
Związane z produktem	R. Shmalensee, J.H. Swan (1983) – wytrzymałość, długie życie produktu; podnoszenie parametrów produktu jest równoznaczne z jakością A. Feigenbaum (1983) – zdolność do wykonywania zadań, działania, przydatność. D.A. Garvin (1984) – właściwe wykonanie oraz dodatkowe wyposażenie G. Taguchi, D. Clausing (1990) – jakość jest związana z właściwym projektowaniem
Związane z użytkownikiem	B. Hagan (1984); L. Dobyns, C. Crawford-Manson (1991) – spełnienie wymagań klienta J. Juran (1951) – przydatność do użytkowania A. Feigenbaum (1987) – kompozycja charakterystyk, marketingu, produkcji, projektowania produktu lub usługi, która w użytkowaniu zaspokoi potrzeby klienta
Związane z tworzeniem wartości	I. Broh (1982), K. Ishikawa, D. Lu (1985) – doskonałość lub przydatność do użytku po akceptowalnej cenie
Wielowymiarowe	D.A. Garvin (1984) – jakość produktu – wykonanie, dodatkowe wyposażenie, zgodność, wytrzymałość, zdolność do działania, estetyka, postrzegana jakość A. Parasuraman, L.L. Berry, A. Zeithaml (1991) – jakość w odniesieniu do usług – wykonanie części materialnej, niezawodność, reakcja na problemy, kompetencje pracowników, empatia

Rodzaj definicji	Definicja
Strategiczne	M. Porter (1980) – jedna z dróg do odróżnienia produktu od konkurencji – konieczna w obszarach istotnych dla klienta R.D. Buzzell, F.D. Wiersma (1981) – produkt, który przekracza jakością konkurentów może zwiększyć swój udział w rynku W.E. Deming (1986) – produkt wyższej jakości może poprawić postrzeganie firmy przez klientów

Źródło: Mroczo, F. (2012). *Zarządzanie jakością*. Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Seria: Zarządzanie, Wałbrzych: Wałbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości, s. 28.

W usługach pojęcie jakości pojawiło się później, wraz ze wzrostem znaczenia tego sektora gospodarki. W znaczeniu ogólnym oznacza wykraczanie poza obowiązujący standard, przejawiające się doskonałością i bezbłędnością zarówno w trakcie realizacji usługi, jak i w dążeniu do perfekcji w przyszłości (Rogoziński, 2012). Pożądane mistrzostwo zależy tu głównie od kompetencji usługodawcy (Urban, 2013).

Jakość usług definiowana z punktu widzenia procesu produkcyjnego oznacza spełnianie wymagań określanych w obiektywnym wzorcu zbieżnym z potrzebami i oczekiwaniami usługobiorców (Garvin, 1988). Kojarzona z normami jakościowymi tak trudnymi do ustalenia i pomiaru w usługach, pozwala na redukcję błędów i uniknięcie niepotrzebnych kosztów. Co więcej, konieczność budowania jakości w usługach na poszczególnych jej etapach, tj. projektowania, wytwarzania i realizacji, wymaga szczególnego nadzoru (Kolman i in., 1996). Tylko tak realizowane procesy gwarantują jakość, która spełnia oczekiwania klienta.

Produktowe podejście do jakości usług skupia się na relacji między zbiorem parametrów technicznych i funkcjonalnych a potrzebami, którym ma służyć. Jej zapewnienie łącznie jest przede wszystkim z etapem projektowania, gdzie priorytetem jest synchronizacja parametrów usługi z trudnymi do określenia wymaganiami nabywcy (Iwasiewicz, 1999).

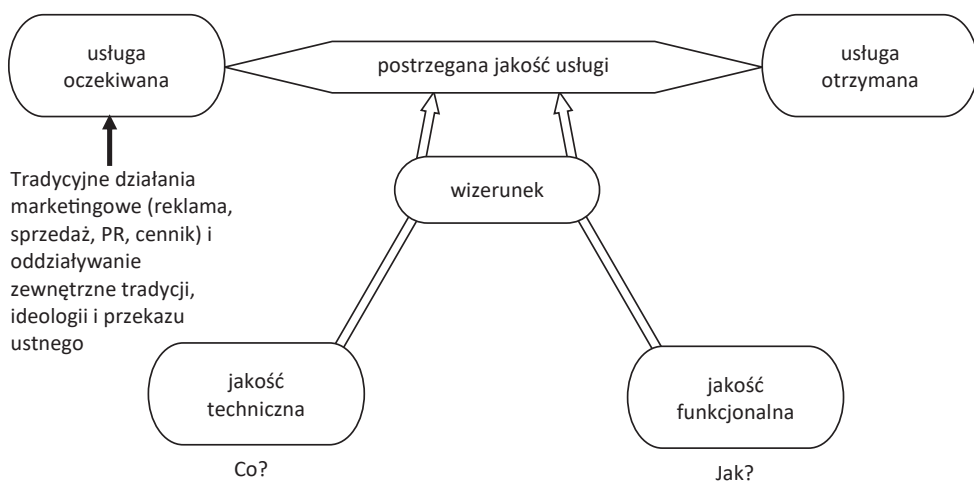
Orientowana na użytkownika jakość usług oznacza jakość doświadczaną lub postrzeganą przez usługobiorcę (Juran, 1992), ze względu na subiektywizm osądu konsumenta trudna w ocenie. Indywidualne potrzeby i oczekiwania nabywców usług sprawiają, że poszczególne atrybuty usługi są różnie odbierane i oceniane.

Pojęcie jakości jest również związane z wartością, która odzwierciedla korzyści płynące z konsumpcji usługi (Rogoziński, 2012). Jakość definiowana z tego punktu widzenia oznacza równoczesne rozważania nad potrzebami klienta, zgodnością ze specyfikacją oraz kosztem nabycia usługi. Wartość dla klienta oznacza poczucie dobrze wydanych środków finansowych w konsekwencji odczuwanego zadowolenia i jest kojarzona z wartością ekonomiczną (Chakrapani, 1998). Taki stan rzeczy przekłada się na zdobycie i utrzymanie przewagi rynkowej usługodawcy.

Ze względu na fundamentalne różnice dzielące usługi i produkty materialne ważną kwestią stało się dopasowanie koncepcji jakości do specyfiki współczesnych usług (Rogoziński, 1993; Panasiuk, Tokarz, 2005). Wychodząc z tego punktu widzenia, na pierwszy plan zaczęto stopniowo wysuwać relacje międzyludzkie, tak istotne w procesie ich świadczenia (Panasiuk, Dobska, Urban, 2016), oraz rolę klienta we współtworzeniu usługi (Prahalad, Ramaswamy, 2004). Usługa niejako towarzyszy usługobiorcom w procesie tworzenia wartości przez nich pożądanym w drodze wymiany informacji i wiedzy na każdym etapie świadczenia (Vargo, Lusch, 2004), zamiast być gotową ofertą.

Pośród różnorodnych koncepcji jakości usług dominują te oparte na postrzeganiu klienta. Ich podstawą jest relacja między jakością oczekiwaną a otrzymaną. W ten nurt wpisują się m.in. Grönroos, Parasuraman w zespole z Zeithaml i Berry.

Christian Grönroos (1984) opracował oryginalny i niezwykle popularny w literaturze przedmiotu model postrzeganej jakości usługi interpretowanej jako rezultat rzeczywistego świadczenia (Grönroos, 2001), będący wynikiem relacji pomiędzy usługą oczekiwaną a otrzymaną oraz wpływu wizerunku firmy (rys. 3.1).



Rysunek 3.1. Model jakości Christiana Grönroosa

Źródło: Grönroos, Ch. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), s. 40.

Określenie globalnej jakości usługi następuje w modelu w wyniku porównania przez usługobiorcę wyobrażeń o usłudze i rzeczywiście otrzymanej usługi w trakcie konsumpcji. Ocena nie jest zadaniem prostym, gdyż z jednej strony mamy oczekiwania, a z drugiej realia rynkowe. Te pierwsze są z założenia kształtowane przez tradycyjne działania

marketingowe jak: reklama, PR, polityka cenowa czy sprzedaż. Te drugie są efektem wysiłków usługodawcy opartych na dwóch identyfikowanych przez autora podstawowych wymiarach: technicznym oraz funkcjonalnym (Grönroos, 1984).

Jakość techniczna usługi, czasami nazywana jakością wyniku, to rezultat procesów operacyjnych, czyli wszystko to, co konsument otrzymuje w efekcie wyświadczonej usługi w materialnej lub niematerialnej postaci. Aspekt ten zależy więc od zastosowanych technologii, sprzętu, komputeryzacji, *know-how*, profesjonalizmu, umiejętności i kwalifikacji personelu. Jakość funkcjonalna natomiast, zwana jakością procesu, jest oparta na relacji między usługodawcą a nabywcą. Wynika z interakcji z personelem, sposobu realizacji usługi, a także jej postrzegania przez usługobiorcę. Realny wpływ na nią ma zatem personel zaangażowany w proces świadczenia usługi w stosunku do nabywcy. Uprzejmość, wykazywanie się chęcią niesienia pomocy, nastawienie na rozwiązywanie problemów może sprawić, że poziom jakości usługi wzrośnie.

Pierwszy z wymiarów łatwiej poddać realistycznej ocenie, prościej bowiem ustalić punkt odniesienia w postaci wzorca, by zestawić z nim usługę, choć ta trudno poddaje się standaryzacji ze względu na znaczącą rolę personelu usługowego. Z drugim wymiarem wiąże się trudniejsze zadanie z powodu rozbieżności, bowiem to, co dla jednej osoby jest czymś wyjątkowym, dla innej jest po prostu standardem. Aspekt ten zwraca jednak większą uwagę usługobiorców niż parametry techniczne. Oprócz tego Grönroos wskazuje w swoim modelu na kluczową rolę wizerunku firmy. Dobra renoma pomaga w łagodzeniu strat wynikających z błędów w procesie usługowym, a jednocześnie jest zależna od nabywców wpływających na reputację podmiotu w drodze budowania opinii na temat jakości jej oferty i działań (Jonas, 2012). Co ważne, pomiędzy oboma wymiarami jakości zachodzą pewne zależności – dążenie do doskonałości technicznej podnosi jakość funkcjonalną.

Punktem wyjścia dla modelu jakości według „Parsu” Parasuramana, Valarie Zeithaml i Leonarda Berry’ego (1985) były, poza przekonaniem, że postrzegana jakość usługi wynika z porównania oczekiwań konsumentów z rzeczywistym wykonaniem usługi, założenia o trudniejszej w ocenie jakości usług niż dóbr materialnych oraz dokonywaniu oceny jakości nie tylko na podstawie rezultatu usługi, lecz również procesu świadczenia usługi (Parasuraman, Zeithaml i Berry, 1985). Za jej determinanty uznano:

- a) niezawodność (*reliability*), czyli solidność i zdolność do rzetelnego działania, dokładnego wykonywania obiecanych usług;
- b) responsywność (*responsiveness*) przejawiającą się odpowiedzialnością i reaktywnością w znaczeniu gotowości do służenia klientom oczekującym zaspokojenia potrzeb, terminowością w działaniu i realizacji usług;
- c) kompetencje (*competence*) przypisywane personelowi wynikające z posiadanej wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykonania usługi: kwalifikacje zawodowe, grzeczność, szacunek i życzliwość, zaufanie i uczciwość, pewność otrzymania odpowiedniej usługi;

- d) dostęp (*access*) do usługi w określonym czasie i miejscu niezależnie od takich czynników, jak: bariery kulturowe, finansowe, organizacyjne i emocjonalne oraz przystępność i łatwość kontaktu, tzn. łatwo dostępna obsługa telefoniczna, niezbyt odległy czas oczekiwania, wygodne godziny działania i lokalizacja obiektu;
- e) uprzejmość (*courtesy*) obejmującą szacunek, uwagę i życzliwość w kontaktach osobistych wyrażającą się w traktowaniu usługobiorców w miły, przyjazny, przepełniony szacunkiem i empatią sposób;
- f) komunikację (*communication*) rozumianą jako skuteczne porozumiewanie się w sposób zwięzły, jasny, zrozumiały, dostosowany do indywidualnej percepcji klientów powiązane z koniecznością rozwijania określonych umiejętności społecznych personelu, jak nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu, umiejętność słuchania, koncentrowania się na rozmówcy oraz uwzględniania punktu widzenia innej osoby;
- g) wiarygodność (*credibility*) oznaczającą działanie w interesie klientów poprzez solidność, zaufanie i uczciwość placówki, która wzmacnia odczucia dbałością o odpowiednie cechy personelu, reputację, zaangażowanie okazywane przez troskliwość, gotowość do udzielania pomocy, rozwiązywania problemów i wyjaśniania wątpliwości;
- h) bezpieczeństwo (*security*), które oznacza brak zagrożenia, ryzyka, wątpliwości związanych z korzystaniem z usługi;
- i) zrozumienie i znajomość (*understanding/knowing*) potrzeb usługobiorców i dążenie do ich zaspokojenia przez poznanie specyficznych wymagań, zapewnienie indywidualnej uwagi oraz identyfikację stałych usługobiorców,
- j) zastosowane środki materialne (*tangibles*) jako wygląd zewnętrzny placówki, wyposażenie, rodzaj i charakter materialnych udogodnień, środki komunikacji, materiały informacyjne.

Badacze ustalili, że istnieje wiele kluczowych rozbieżności (luk) dotyczących kształtowania się i postrzegania jakości usług zarówno przez kadrę kierowniczą, jak i konsumentów usług na różnych etapach tworzenia i świadczenia usługi (rys. 3.2).

Jakość usług znacznie odbiega zatem od tego, czego oczekuje usługobiorca w sytuacji rozbieżności między:

- oczekiwaniami klienta a oceną tych oczekiwań przez kierownictwo firmy (luka 1),
- oceną kierownictwa a normatywną jakością usługi (luka 2),
- technicznymi normami jakości usługi a faktycznie wykonaną usługą (luka 3),
- świadczeniem usługi a treścią komunikacji z konsumentami (luka 4),
- oczekiwaną a otrzymaną usługą (luka 5),

co stanowi przeszkodę w realizacji usługi najwyższej jakości (Parasuraman, Berry, Zeithaml, 1991). Rozmiar luki 1 jest powiązany ze stopniem orientacji w badaniach marketingowych, zakresem i jakością komunikacji w górę oraz poziomami zarządzania. Wielkość luki 2 wynika z zaangażowania kierownictwa w jakość, wyznaczania celów związanych z jakością, standaryzacją zadań oraz postrzeganiem możliwości spełnienia

Co istotne, w modelu jakość usług postrzegana przez konsumenta jest determinowana wielkością i kierunkiem luki między oczekiwaną a otrzymaną usługą, która z kolei zależy od charakteru pozostałych luk związanych z projektowaniem, marketingiem, świadczeniem usług – a zatem jest ona funkcją wszystkich zidentyfikowanych rozbieżności.

$$GAP5 = f(GAP1, GAP2, GAP3, GAP4)$$

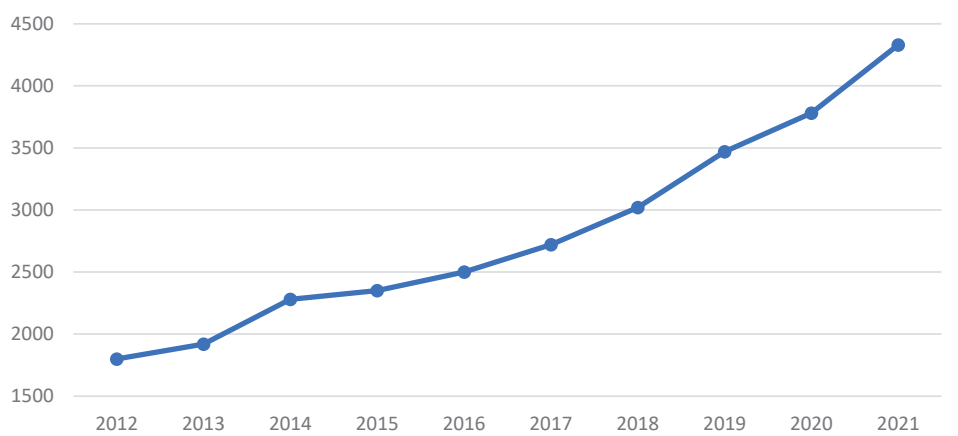
Z punktu widzenia jakości usług każda z czterech luk może oddziaływać na nią korzystnie lub nie; efekt zależy od podjętych działań. Jeśli kierownictwo dobrze odczyta potrzeby klientów, faktycznie dostarczane usługi przewyższają specyfikacje, komunikacja będzie efektywna i sprawna, to rozbieżności między oczekiwaniami a realnie otrzymaną usługą będą małe, powodując wzrost satysfakcji usługobiorców, a co za tym idzie również usługodawców.

3.2. Specyfika jakości w opiece zdrowotnej

Trudno dziś znaleźć sferę, w której jakość świadczonych usług jest tak ważna, jak w opiece zdrowotnej. To tu – w obszarze najważniejszych wartości: życia i zdrowia człowieka – konsekwencje błędów, zaniedbań czy zaniechań mogą okazać się tragiczne i nieodwracalne w skutkach (Krawczyńska, Trzmielak, 2001). Jakość to priorytet, bezpieczeństwo i zaufanie (Waszkiewicz, Białecka, 2012). W związku z tym, że jej postrzeganie, rozumienie i kreowanie jest kluczem do satysfakcji pacjentów oraz dobrze funkcjonujących systemów opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia, temat ten jest coraz częściej obecny w badaniach naukowych i literaturze. Wyraźnie widać rosnącą tendencję w liczbie publikacji dotyczących jakości usług opieki zdrowotnej (rys. 3.3).

Zachodzące zmiany technologiczne oraz przeobrażenia o charakterze społecznym i ekonomicznym wciąż wywołują dyskusję na temat jakości usług medycznych. Obok ekonomicznej efektywności i redukcji kosztów oraz lepszego dostosowania placówek do potrzeb rynku, wyższa jakość oferowanych usług jest podstawowym celem przekształceń wciąż zachodzących w instytucjach opieki zdrowotnej (Zeller, Kapała, 2004; Krot, 2008). Jest jedną z najczęściej wymienianych koncepcji w ramach polityki zdrowotnej krajowej, europejskiej i światowej. Na poziomie kraju zajmowanie się problematyką jakości wynika z powszechnego zaangażowania w zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, gdyż zdrowie jest dobrem publicznym (Busse, Panteli, Quentin, 2019). W Europie Komisja Europejska uznając jakość za ważny element funkcjonowania wspólnotowego systemu opieki zdrowotnej (Legido-Quigley i in., 2008), koncentruje się m.in. na zapewnianiu jakości i jej ocenie, certyfikacji, monitorowaniu i analizie porównawczej, standaryzacji, opracowywaniu wytycznych. Na poziomie międzynarodowym jakość cieszy się coraz większym zainteresowaniem, głównie w kontekście Celów Zrównoważonego Rozwoju,

obejmując pilną potrzebę zapewnienia globalnego dostępu do wysokiej jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej oraz do bezpiecznych, skutecznych, wysokiej jakości i przystępnych cenowo podstawowych leków i szczepionek dla wszystkich (WHO, 2018).



Rysunek 3.3. Trend wzrostu liczby opublikowanych artykułów na temat jakości usług opieki zdrowotnej w latach 2012–2021

Źródło: Yarmak, V., Rollnik-Sadowska, E. (2022). Evaluation of the healthcare service quality-implementation of SERVQUAL method. *Marketing i Rynek*, 10, s. 20.

Zdefiniowanie jakości w opiece zdrowotnej nie jest zadaniem łatwym. Początkowo rolę tę odgrywali pracownicy i badacze służby zdrowia (Legido-Quigley i in., 2008), z czasem jednak sposób definiowania znacząco ewoluował. W literaturze termin ten nadal jest niejednoznaczny, a trudności wynikają z cech usług zdrowotnych – jednej z bardziej złożonych oraz niejednorodnych form usług – oraz z różnorodności ich postrzegania i ujmowania (Trzcińska, 2020). Przyjęty sposób interpretacji jest uzależniony od podmiotu zainteresowanego oceną, gdyż każdy ocenia jakość na swój własny sposób, stosuje odrębne kryteria, nadaje im różną rangę. Percepcja jakości świadczeń medycznych jest więc odmienna dla wszystkich uczestników systemu: pacjenta, lekarza i pielęgniarki, zarządcy placówki medycznej, płatnika, przedsiębiorcy, polityka (Krot, 2008). Za każdym razem może oznaczać co innego (Pai, Chary, 2016). Pacjenci posługują się własną, samodzielnie ustaloną miarą jakości ujmującą subiektywne kryteria charakterystyczne dla każdego z nich z osobna. Personel medyczny postawi na efektywność. Akceptowalność, dostępność, efektywność, wydajność i bezpieczeństwo będą ważne dla placówki medycznej reprezentowanej przez menadżerów. Płatnik zainteresowany jest

maksymalizacją wydajności oraz dostępnością. Polityk zajmujący się tematem zdrowia publicznego oczekuje dostępności i efektywności opieki (Niżankowski, 2003).

Zanim zdefiniowano pojęcie jakości w opiece zdrowotnej, konstruowano wytyczne w zakresie jej zapewnienia. Już starożytna maksyma Hipokratesa – *primum non nocere* – mówiła o nieszkodzeniu, a więc kierowała uwagę lekarzy w stronę określonej jakości. W kodeksie Hammurabiego odniesienie do jakości polegało na powiązaniu rękojmi wpłacanej przez lekarza rodzinie pacjenta, która przepadała, gdy terapia nie przyniosła pożądaných rezultatów (Staszewski, Kautsch, 2015). Przez kolejne epoki aż do współczesności coraz więcej mówiono i pisano o zapewnieniu jakości w opiece nad pacjentem, nie definiując jej w rzeczywistości, a przecież możliwości i sens właściwej jej oceny i zapewnienia zależą od tego, jak jakość jest definiowana (Palmer, Adams, 1988; Donabedian, 1988).

Pionierem teoretycznych rozważań nad tematyką jakości w obszarze zdrowia był Avedis Donabedian. W swej definicji określił ją jako „ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach” (Donabedian, 1980). Odróżniał opcję „maksymalistycznej” jakości, w której ignoruje się koszty pieniężne i definiuje najwyższą jakość jako poziom, po którym można oczekiwać największej poprawy zdrowia, od „optymalistycznej”, w której można byłoby uniknąć bardzo kosztownych interwencji nieprzynoszących znacznej poprawy stanu zdrowia (Evans i in., 2001). Z czasem autor promowaną przez siebie definicję jakości z perspektywy maksymalistycznej zastąpił koncepcją wartości, w której jakość oznaczała maksimum możliwe do osiągnięcia przy dostępnych danych wejściowych. W rozważaniach zwracał uwagę na takie aspekty jakości jak: sposób interakcji personelu medycznego z pacjentem, zaangażowanie pacjenta w opiekę zdrowotną, dostępność i wyposażenie placówek świadczenia opieki, dostęp do opieki w różnych grupach społecznych oraz poprawę stanu zdrowia w wyniku procesu opieki zdrowotnej w różnych grupach społecznych (Boaden, 2011). Przemyślenia te stały się punktem wyjścia do prowadzenia dalszych badań, a teoria autora uwzględniająca takie czynniki, jak: struktura, proces, wynik, zaczęła być dominującym paradygmatem oceny jakości w opiece zdrowotnej. Te trzy wymiary tworzą bowiem nierozłączną całość i nie można mówić o wysokiej jakości, jeśli którakolwiek z kategorii składowych zawiera błędy czy uchybienia. I tak:

- jakość struktury ujmuje strukturę organizacji, liczbę pracowników, ich kwalifikacje, wyposażenie, sprzęt, budynki,
- jakość procesu dotyczy wszelkich czynności podjętych lub zaprzestanych w trakcie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta,
- jakość wyniku jest nastawiona na ocenę stopnia poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich zadowolenie (Donabedian, 1980).

Autorem alternatywnej definicji jakości w opiece zdrowotnej, która zasługuje na uwagę ze względu na jej postępowość w stosunku do poprzedniej koncepcji, jest Robert

J. Maxwell. Wychodząc z założenia wielowymiarowości, która była już ideą wcześniej dyskutowaną (Donabedian, 1980), zasugerował, że istnieje „sześć wymiarów jakości, które muszą być rozpoznane oddzielnie, każdy wymagający różnych mierników i różnych umiejętności” (Maxwell, 1984, s. 1471) definiujących ją. Autor, mimo wprowadzonego podziału, przestrzegał jednak przed fragmentyzacją, gdyż wyodrębnione elementy muszą być ostatecznie postrzegane jako części składowe większej całości – jakości ochrony zdrowia. Są to:

- dostępność usług jako możliwość korzystania z opieki niezależnie od pojawiających się ograniczeń (np. położenia geograficznego, odległości, środków finansowych, czasu, wieku, języka, transportu, architektury budynków),
- adekwatność do potrzeb całej społeczności niezależnie od charakteru kulturowego, społecznego czy rasowego bądź innych cech osobowościowych pacjentów,
- wydajność względem indywidualnych pacjentów, aby opieka spełniała swoją funkcję w kategoriach korzyści i efektów zdrowotnych jednostki oraz populacji, której służy,
- równość (uczciwość) w świadczeniu opieki całej populacji zgodnie z rozpoznanymi potrzebami,
- społeczna akceptacja w wyniku uwzględniania wartości kulturowych i spełniania oczekiwań,
- efektywność i ekonomia w postaci jak najlepszego i najbardziej racjonalnego wykorzystywania dostępnych zasobów (finanse, budynki, wyposażenie, pracownicy) (Maxwell, 1984).

Kilka lat później omówiona koncepcja została wzbogacona o osiem ukierunkowanych zasad wymaganych dla wdrożenia jakości, tzn.:

- zaangażowanie w jakość obsługiwanych osób,
- przekładanie dobrych pomysłów na działania, zwykle poprzez ciągłe, małe kroki i sprawdzanie ich na podstawie zewnętrznych wskaźników wydajności,
- nacisk na wydajność zespołu, a nie jednostki,
- systematyczna eliminacja marnotrawstwa, problemów i barier dobrej wydajności,
- uznanie odpowiedzialności każdego członka personelu za dobre wykonywanie pracy i poszukiwanie sposobów wykonywania zadań jeszcze lepiej,
- wykorzystywanie konceptów jakości w celach diagnostycznych, by ustalić, kiedy interweniować, aby podnieść jakość,
- kontynuacja pomiaru postępu, aby wspierać proces doskonalenia,
- postrzeganie poszczególnych inicjatyw jakościowych w szerszym kontekście jakości w systemie jako całości (Maxwell, 1992).

Kolejna bardzo istotna i prawdopodobnie najczęściej wymieniana w literaturze przedmiotu definicja jakości została opracowana przez amerykański Institute of Medicine (IOM) w 1990 r. (Kourkouta i in., 2021). Stwierdzenie, że jakość opieki zdrowotnej to „stopień, w jakim usługi zdrowotne świadczone jednostkom i społeczeństwu zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądanych efektów zdrowotnych i są zgodne

z aktualną profesjonalną wiedzą” (IOM, 1990, s. 4) spotkało się z na tyle dużym zainteresowaniem, że zostało przyjęte przez wiele organizacji związanych z jakością na rynku zdrowia (Edinger, 2000). Pożądane wyniki zdrowotne odzwierciedlają tu satysfakcję i dobre samopoczucie pacjenta, które można osiągnąć jedynie wiedzą opartą na dowodach. Oznacza to, że pojęcie jakości opieki zdrowotnej jest dynamiczne i ewoluuje, a świadczeniodawcy powinni oceniać aktualny stan wiedzy, aby świadczone usługi można było uznać za jakościowo odpowiednie (IOM, 1990). Takie podejście do jakości jest rezultatem swego rodzaju konsensusu i jednocześnie źródłem popularności definicji. Swoją kształt zawdzięcza bowiem dogłębnemu zrozumieniu zarówno kluczowych terminów używanych w definicjach przez innych autorów, jak i tych mających zastosowanie w konkretnych wymiarach, z których część, tj. skala jakości, charakter ocenianego podmiotu, zorientowanie na cel, wyspecyfikowane aspekty wyników, akceptowalność, zidentyfikowany rodzaj odbiorcy, ustalona rola i odpowiedzialność odbiorcy oraz ciągłość, zarządzanie, koordynacja zostały w niej zawarte.

Omawiając definicję jakości w opiece zdrowotnej, nie sposób pominąć stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która w dokumencie opublikowanym w 1989 r. przyjęła, że jest to „rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (jakość ekonomiczna), organizacji usług i satysfakcja pacjenta” (WHO, 1989). Oznaczało to włączenie do oceny poza kompetencjami personelu i rozwojem technologicznym, skuteczności, bezpieczeństwa, wydajności i trafności procedur, a przede wszystkim akceptacji przez pacjentów działań lekarza, a w konsekwencji ich zadowolenia. W kolejnych latach, wraz ze wzrostem poziomu wiedzy, podejście WHO ewoluowało. Postawiono na jasno i precyzyjnie określone cele, profesjonalną samoocenę i samoregulację, jak również włączanie pacjentów w proces doskonalenia jakości opieki zdrowotnej (Lenartowicz, 1998). Coraz bardziej podkreślano kompleksowość leczenia i podmiotowość pacjenta (Warning, 1997). Jakość opieki to dziś „stopień, w jakim usługi zdrowotne świadczone jednostkom i populacjom zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądanych wyników zdrowotnych” (WHO, 2024). To poziom osiągnięcia wewnętrznych celów systemów opieki zdrowotnej w zakresie poprawy zdrowia i reagowania na uzasadnione oczekiwania społeczeństwa (Legido-Quigley i in., 2008). Mówimy zatem o skuteczności, bezpieczeństwie i skoncentrowaniu na człowieku, jego indywidualnych preferencjach, potrzebach i wartościach. Usługi zdrowotne muszą być więc świadczone:

- terminowo – skracając czas oczekiwania i szkodliwe opóźnienia,
- sprawiedliwie – zapewniając opiekę, która nie różni się jakością ze względu na płeć, pochodzenie etniczne, położenie geograficzne i status społeczno-ekonomiczny,
- kompleksowo – zapewniając opiekę z pełnym zakresem świadczeń zdrowotnych przez całe życie,
- efektywnie – przez maksymalizowanie korzyści z dostępnych zasobów i unikanie marnotrawstwa.

Zaprezentowane podejścia do tematu jakości w obszarze zdrowia to tylko kilka najpopularniejszych, wartych uwagi opcji z nieprzebranej liczby definicji, w które obfituje literatura przedmiotu. Spośród współczesnych propozycji większość cechuje wielowymiarowość, bowiem specyfiką jakości jest właśnie współlistnienie wielu kategorii i elementów składowych (tab. 3.2). Do najpopularniejszych wymiarów należą: kompetencje techniczne usługodawcy, dostępność, umiejętności interpersonalne, akceptowalność, zidentyfikowany rodzaj odbiorcy, skala jakości, charakter ocenianego przedmiotu i ograniczenia wynikające z zasobów.

Tabela 3.2. Wymiary jakości w opiece zdrowotnej w definicjach XX w.

Lp.	Wymiar jakości	Częstotliwość (w %)
1	Kompetencje techniczne usługodawcy	34
2	Dostępność	30
3	Umiejętności interpersonalne dostawcy usługi	30
4	Akceptowalność	27
5	Zidentyfikowany rodzaj odbiorcy	24
6	Wyskalowany poziom jakości świadczonych usług	22
7	Charakter ocenianego podmiotu	21
8	Ograniczenia wynikające z zasobów	21
9	Ograniczenia wynikające z technologii i stanu wiedzy naukowej	16
10	Ustalona rola i odpowiedzialność odbiorcy	16
11	Zorientowanie na cel	15
12	Ograniczenia wynikające z sytuacji konsumenta/pacjenta	13
13	Standardy zawodowe	13
14	Wyspecyfikowane aspekty wyników	12
15	Kompromisy między ryzykiem a korzyściami	10
16	Wymagana dokumentacja	8
17	Ciągłość, zarządzanie, koordynacja	6
18	Oświadczenia dotyczące użycia	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Lohr, K.N. (red.) (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Vol. 2: *Sources and Methods*. Institute of Medicine (US), Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Washington, DC: National Academies Press, s. 117.

Pośród tej wielości koncepcji obecnie dominują dwa podejścia: jakość jako spełnienie wymagań pacjenta, jego określonych lub domniemanych potrzeb oraz jakość jako zgodność z wyznaczonymi standardami (Garbacz, Guziak, 2012; Jakubek, 2012). Chociaż wielu badaczy twierdzi, że rzeczywistej jakości usług nie odzwierciedlają opinie i spostrzeżenia pacjentów, gdyż ci zawsze wyciągają własne wnioski na temat usługi, perspektywa pacjentów jest ważna z kilku powodów. Po pierwsze, wysoki poziom jakościowy świadczeń oferowanych przez podmioty rynku zdrowia wiąże się z zadowoleniem pacjentów i chęcią ponownego skorzystania z usług w przyszłości. Po drugie, popularnym działaniem jest włączanie do schematów oceny jakości opieki opinii i spostrzeżeń pacjentów. Po trzecie, postrzegany wysoki poziom jakości usług jest pozytywnie powiązany z wynikami finansowymi i efektywnością podmiotów opieki zdrowotnej (Hinson i in., 2019). Niezależnie jednak od tego, jak definiowana jest jakość, istnieje jeden wspólny aspekt – przekonanie, że jakość świadczonych usług jest niezwykle istotna dla wszystkich podmiotów systemu: pacjentów, personelu medycznego każdego szczebla, płatników (Rybarczyk-Szwajkowska, 2016).

Na tym tle ciekawy i niezwykle oryginalny w swej prostocie jest pogląd na jakość usług zdrowotnych Katarzyny Krot (2008), będący adaptacją na grunt usług zdrowotnych koncepcji Rogozińskiego. Po uwzględnieniu dorobku w zakresie badania jakości usług oraz przyjmując jako nadrzędną perspektywę pacjenta, jakość usług zdrowotnych została uznana za „realizację spełniającą lub przekraczającą oczekiwania nabywcy” (Rogoziński, 2000). Usługa musi być więc wykonana co najmniej zgodnie z oczekiwaniami usługobiorcy (Owusu-Frimpong, Nwankwo, Dason, 2010), co oznacza w przestrzeni rynku zdrowia konfrontację oczekiwań pacjenta i poziomu wykonania świadczenia medycznego. O jakości rozstrzyga zatem indywidualny, subiektywny osąd pacjenta, którego potrzeby i oczekiwania stają się punktem wyjścia i determinantą decyzji rynkowych placówek opieki zdrowotnej (Krot, 2008). Zdaniem autorki w praktyce oznacza to przydzielenie nabywcom usług zdrowotnych nie tylko roli podmiotu oceniającego jakość, ale również dokonującego wyboru kryteriów tejże oceny. Jakość jest więc coraz bardziej elastycznym, zmieniającym się pod wpływem oczekiwań pacjenta atrybutem, który ma coraz mniej wspólnego z techniczną doskonałością, a coraz więcej z orientacją na klienta. To koncentracja uwagi na chorym i dążenie do spełnienia jego oczekiwań – uzyskania opieki stanowiącej wypadkową działań jakościowych podejmowanych na każdym etapie procesu usługowego oraz efektu synergii prac realizowanych przez wszystkich pracowników w organizacji. To raczej proces ciągłych poszukiwań niż stan rzeczy.

Postrzegana w ten sposób filozofia jakości przenika wszystkie poziomy organizacyjne i integruje instytucję w każdej dziedzinie jej funkcjonowania m.in. przez poprawność realizacji wszystkich etapów usługi zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i istniejącymi standardami oraz wartości ważne z punktu widzenia pacjenta (Lohr, 1990a). Jakość oparta na procesie świadczenia usługi oraz interakcjach nabywców i dostawców opieki zdrowotnej (Joss, Kogan, 1995; Naveh, Stern, 2005; McLaughlin, Kaluzny, 2006) wymaga

zatem wielowymiarowego podejścia, które uwzględniałoby różne poglądy interesariuszy. Zrozumienie podstawowych koncepcji, wymiarów, narzędzi pomiaru i podmiotów zaangażowanych w procesy decyzyjne jest kluczem do oceny systemów zapewniania jakości (Legido-Quigley i in., 2008).

3.3. Jakość otrzymana, oczekiwana i postrzegana w POZ

Jeśli przyjąć, że zapewnienie wysokiej jakości usług na rynku opieki zdrowotnej ma miejsce wówczas, gdy co najmniej spełniają się lub zostaną przekroczone oczekiwania pacjenta (Owusu-Frimpong, Nwankwo, Dason, 2010), należy nie tylko dostarczyć usługę najwyższej jakości, ale zadbać o odczucia usługobiorcy, stąd pojęcie jakości otrzymanej, oczekiwanej i postrzeganej. W przypadku opieki zdrowotnej nawet niewielkie zaniedbania mogą sprawić, że pacjenci poczują się niesprawiedliwie potraktowani, a w konsekwencji niezadowoleni (Gonzalez i in., 2021). Co więcej, percepcja jakości usług zdrowotnych przez chorych może kształtować ich pewność siebie i późniejsze zachowania w odniesieniu do wyboru i korzystania z dostępnych placówek opieki zdrowotnej (Andaleeb, 2001).

Pod pojęciem jakości otrzymanej należy rozumieć w opiece zdrowotnej te własności usługi, które są kreowane przez stronę podażową rynku usług zdrowotnych, tj. zakład opieki zdrowotnej. Świadczona usługa zdrowotna, będąc jakościowo-ilościowym standardem złożonym z czynności, materiałów i urządzeń (środków trwałych) niezbędnych do osiągnięcia założonego celu (Krzykus, 2019; OSOZ), nierozzerwalnie łączy się z parametrami technicznymi. Jakość usługi medycznej to przecież jednak nie tylko kwestie techniczne. Oprócz wymienionych składają się nań czynniki organizacyjne (obsługa pacjenta), psychologiczne (charakter interakcji pomiędzy chorym a lekarzem), społeczne i ekonomiczne (możliwość zapewnienia dodatkowych usług) (Otto, 2000), współtworzące spójny techniczno-funkcjonalny i kompleksowy jej obraz.

Parametry usługi są łączone ze standardami sprawowania opieki, a standardy jakości jako wymagania stawiane zakładom opieki zdrowotnej tworzone są celem usystematyzowania określonych obszarów, głównie świadczeń zdrowotnych i warunków ich udzielania z powodów klinicznych, finansowych, prawnych lub organizacyjnych. Ich rola wzrasta wraz z rozwojem możliwości diagnostycznych i leczniczych, lepszym dostępem do informacji oraz zachodzącymi zmianami w organizacji świadczeń medycznych (Jakubek, 2012). Standardy jakości pełnią zazwyczaj funkcję norm, które zwykle istnieją w ramach działań akredytacyjnych i są ustanawiane poprzez ustawodawstwo, wytyczne i zalecenia krajowych i międzynarodowych organizacji zajmujących się zdrowiem (Kourkouta i in., 2021). Standardy i certyfikacja to również ocena zgodności z wytycznymi publikowanymi przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (ISO), która od momentu powstania w 1946 r. opracowuje m.in. normy dotyczące jakości w opiece zdrowotnej.

Pierwszą poświęconą systemom zdrowotnym jest EN ISO 15224: 2012 z 2012 r., zaktualizowana pięć lat później. Koncentruje się na procedurach klinicznych i zarządzaniu ryzykiem w celu promowania poprawy jakości. Celem jest adaptacja i zdefiniowanie wymagań, a także perspektywy klienta w specyficznych warunkach opieki zdrowotnej, gdzie produkty są głównie usługami, a klienci pacjentami (Kohl, 2020).

Popularność i rola certyfikacji w dziedzinie opieki zdrowotnej znacząco rośnie (WHO, 2018), przybywa placówek służby zdrowia z akredytacją. Wyznaczanie standardów jakościowych sprzyja traktowaniu jakości w kategoriach normatywnych, priorytyzacji aspektów technicznych kosztem funkcjonalnych, koncentracji na potwierdzeniu dostarczanej jakości certyfikatami i akredytacją (Zeller, Kapała, 2004); a przecież jakość usług zdrowotnych nie jest tożsama z zaawansowaniem technologicznym aparatury medycznej czy sytuacją finansową zakładu opieki zdrowotnej (Kautsch, Frączek, 2000). W szerokim wachlarzu aspektów jakości usług zdrowotnych nie chodzi o dominację któregośkolwiek z nich, lecz o ustalenie, co w danym momencie i warunkach rynkowych, organizacyjnych i finansowych jest najskuteczniejsze (Krot, 2008). Ostatecznie przecież sukces zależy od tego, czy uda się trafnie wykryć oczekiwania pacjentów i czy uda się je lepiej zaspokoić, niż to robią inni (Hryniewicz, 2000). Paradoksalnie więc punktem wyjścia do wysokiego poziomu jakości otrzymanej przez pacjenta w usługach zdrowotnych jest m.in. uwzględnienie jakości oczekiwanej przez tego pacjenta.

Jakość oczekiwana w podstawowej opiece zdrowotnej jest wynikiem wymagań stawianych przez stronę popytową rynku personelowi medycznemu i świadczonym przez nich usługom. Wynikają one wprost z oczekiwań rozumianych jako przypuszczenia lub przewidywania dotyczące tego, co ma wydarzyć się zdaniem pacjentów w trakcie kontaktów ze świadczeniodawcą lub w ich wyniku (Bowling i in., 2012). Należy jednak pamiętać, że przewidywania te nie zawsze mają wymiar jedynie pozytywny, czasem pacjenci spodziewają się czegoś, co nie spotyka się z ich zadowoleniem czy akceptacją, jak stres towarzyszący wizycie lub długi czas oczekiwania na badania.

Oczekiwania to złożone przekonania lub wartości wynikające z procesów poznawczych, które są modyfikowane przez wcześniejsze doświadczenia (Linder-Pelz, 1982). Pacjenci z niesformalizowanymi oczekiwaniami nie mają pojęcia, czego się spodziewać, podczas gdy mający wcześniejsze doświadczenia, formułują oczekiwania na podstawie poprzednich spotkań. Oczekiwania są ponadto efektem komunikacji zakładu opieki zdrowotnej z rynkiem, jego reputacji (O'Connor, Shewchuk, Carney, 1994). Trudność w ich ustaleniu polega na braku jednego uniwersalnego wzorca, ponieważ pacjenci dokonują oceny pracy lekarza i działalności placówki medycznej na własnych zasadach, według indywidualnego zestawu kryteriów. Dokonywana ocena jest zatem wypadkową czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które kształtują oczekiwania, czego z kolei wynikiem jest zadowolenie lub jego brak (Waszkiewicz, Białecka, 2012).

W literaturze przedmiotu funkcjonują różne propozycje zestawów czynników determinujących jakość usług, które jednocześnie pełnią funkcję kryteriów oceny. Próba

usystematyzowania zmiennych kształtujących oczekiwania jest uniwersalny zbiór pięciu konsumenckich determinant jakości usług według Parasuramana, Zeithaml i Berry'ego (1988). Można przyjąć, że charakteryzują one również oczekiwania pacjentów względem usług POZ. Należą do nich:

- niezawodność (*reliability*), czyli spójność działania i rzetelność, które oznaczają prawidłowe wykonywanie usług i prowadzenie dokumentacji, precyzję i dotrzymywanie obietnic, realizację usług w wyznaczonym terminie,
- responsywność (*responsiveness*) oznaczającą chęci lub gotowość pracowników do świadczenia usług, uwzględniania potrzeb, oczekiwań i żądań wyrażających się w szybkości i fachowości podejmowanych działań, co wiąże się m.in. z wysyłaniem potwierdzeń, oddzwanianiem do pacjenta, sprawną obsługą i umawianiem wizyt,
- kompetencje (*competence*) oznaczające posiadanie wymaganych umiejętności i wiedzy do wykonania usługi przez poszczególne grupy personelu, obejmujące zarówno wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę fachową, wykształcenie kierunkowe, jak i umiejętności społeczne, kluczowe dla budowania kontaktu z człowiekiem chorym,
- zastosowane środki materialne (*tangibles*) jako namacalne elementy usługi kształtujące profesjonalny wizerunek placówki, które wzbudzają zaufanie pacjenta (stan placówki, wystrój wnętrza, wyposażenie, sprzęt, wygląd osobisty pracowników, identyfikatory, uniformy),
- empatia (*empathy*) w znaczeniu przystępności i łatwości kontaktu z zakładem POZ, co przekłada się na przekazywanie informacji w języku zrozumiałym dla pacjentów, umiejętności utożsamiania się z nimi i wysłuchiwanie ich, realizacji wszelkich przedsięwzięć zmierzających do rozpoznania i zaspokojenia potrzeb.

Analizując zakres i skalę oczekiwań pacjentów, trzeba podkreślić, że mogą one obejmować równocześnie wszystkie determinanty jakości nabywanej usługi, jak i zaledwie część z nich. Stawiane przez pacjentów wymagania względem usługodawcy mogą być niewielkie, a nawet żadne (Bostan, Acuner, Yilmaz, 2007). Jeśli chorzy oczekują realizacji usługi na minimalnym akceptowalnym przez nich poziomie, zwykle koncentrują się na poprawnym świadczeniu usługi pod względem technicznym. Jeżeli ich oczekiwania są wysokie, zwykle są zainteresowani odpowiednim komfortem, przekazywaniem informacji o chorobie i edukacją, umiejętnościami interpersonalnymi personelu. Z tego względu kluczowe jest ustalenie hierarchii oczekiwań pacjentów, która rozstrzygnie o koncentracji uwagi świadczeniodawcy na konkretnych parametrach usługi. Czasem ważniejszy będzie gest współczucia i zrozumienia niż próba przekazania informacji o szczegółach wdrażanej procedury medycznej. Bowling i in. (2012) ustalili w swoich badaniach, że pacjenci POZ najczęściej oczekują, iż:

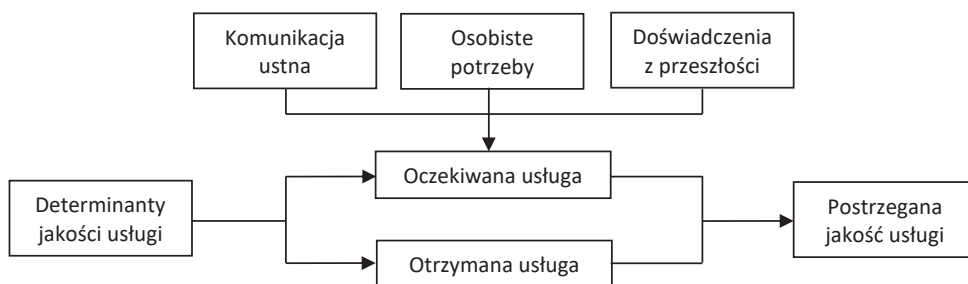
- konsultacje będą trwały określony czas,
- będą mogli wyjaśnić symptomy/powody wizyty,
- lekarz będzie profesjonalny,
- odbędzie wizytę lekarską w poradni,

- będą zdenerwowani,
- uzyskają receptę/leki/leczenie,
- otrzymają diagnozę,
- będą przebadani przez lekarza,
- uzyskają dobry efekt wizyty,
- będą oczekiwać w przyjemnych poczekalniach,
- zostaną pozdrowieni/powitani/uspokojeni przez lekarza,
- będą przyjęci na wizytę na czas/po krótkim oczekiwaniu,
- będą długo oczekiwać na wizytę lub z opóźnieniem,
- będą zrelaksowani,
- odbędą wizytę u konkretnego lekarza,
- otrzymają wyniki,
- otrzymają wskazówkę/informację,
- lekarz zapyta, jak się czuje pacjent,
- zostaną omówione kwestie stylu życia,
- odbędą prywatną konsultację,
- uzyskają skierowanie lub wizytę kontrolną,
- lekarz będzie znał przebieg dotychczasowego leczenia,
- będą uprzejmi wobec lekarza,
- zostaną wykonane badania,
- lekarz zainteresuje się powodem wizyty,
- będą zoperowani lub pozostaną w szpitalu przez określony czas,
- omówią leczenie, leki itp.,
- personel (z wyłączeniem lekarzy) będzie profesjonalny,
- będą czekać w poczekalni przed wizytą u lekarza,
- będą traktowani z szacunkiem,
- nie będą pewni, co powie lekarz.

Charakteryzując oczekiwania pacjentów względem opieki zdrowotnej i jej jakości, nie można pomijać kwestii rosnącej świadomości społeczeństwa. Edukacja populacji sprawia, że coraz trudniej jest świadczyć usługi. Zjawisko potęguje popularyzacja wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. W konsekwencji niska jakość nie jest pożądana (Parasuraman i in., 1991; Cronin, Taylor, 1992), a wymagania pacjentów w tym zakresie rosną (Attafar, Esteki, Iravani, 2010) dlatego, że sektor jest integralną częścią społeczeństwa (Jackson, 2000), które oczekuje, że usługi zdrowotne będą świadczone szybko i bezbłędnie (Mohammadi, Shoghli, 2008). W tym kontekście jakość usług zdrowotnych można zdefiniować jako zdolność systemu do świadczenia obywatelom wymaganych usług opieki zdrowotnej, choć istnieje wiele sytuacji i zdarzeń w trakcie leczenia, które definiują stan pacjenta po leczeniu i wpływają na jego wynik (Yarmak, Rollnik-Sadowska, 2022). Chodzi zatem w opiece zdrowotnej o zdolność świadczenia usług opartych na wiedzy naukowej wszystkim, którzy mogliby z nich

skorzystać, powstrzymując się od świadczenia usług tym, którzy prawdopodobnie nie odniosą z nich korzyści (Rocha i in., 2021).

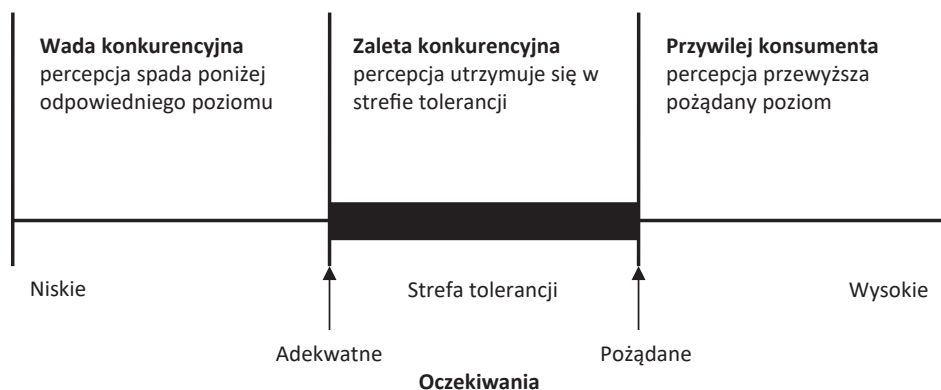
Opierając się na koncepcji Grönroosa (1984) oraz Parasuramana, Zeithaml i Berry'ego można przyjąć, że sformułowane oczekiwania pacjentów korzystających z POZ są konfrontowane z percepcją świadczonej usługi celem ustalenia efektu porównań zwanego postrzeganą jakością usługi zdrowotnej. W opiece zdrowotnej liczy się bowiem tak naprawdę dostrzegana przez klienta jakość, w przeciwieństwie do rzeczywistej lub bezwzględnej jakości (rys. 3.4) – stąd ciągła presja zapewnienia wysokiej jakości usług zdrowotnych ciążyąca na podmiotach świadczących opiekę zdrowotną (Hinson i in., 2019).



Rysunek 3.4. Proces kształtowania postrzeganej jakości usług

Źródło: Na podstawie: Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, s. 48.

W każdym przypadku należy zatem brać pod uwagę oczekiwania i realia, a powstałą różnicę nazywaną luką jakości usług (Cronin, Taylor, 1992) traktować z uwagą, ponieważ im jest ona większa, tym silniejsza frustracja z powodu otrzymanej jakości usług (Yarmak, Rollnik-Sadowska, 2022). Wynik zestawienia oczekiwań z rzeczywistością powinien mieścić się w pewnym przedziale, zwanym strefą tolerancji (rys. 3.5). Wyznaczają ją dwa poziomy oczekiwania pacjentów względem usługi: adekwatny i pożądaný. Adekwatność usługi stanowi odbicie minimalnego oczekiwanego przez usługobiorców poziomu świadczenia po rozważeniu wielu czynników indywidualnych i sytuacyjnych, w tym dostępności alternatywnych opcji. Jeżeli percepcja spadnie poniżej, sytuacja konkurencyjna świadczeniodawcy kształtuje się niekorzystnie, a zmienić to mogą jedynie działania wykraczające poza oczekiwany adekwatny poziom. Aby jednak osiągnąć efekt uprzywilejowania w oczach pacjentów, trzeba przekraczać nie tylko odpowiedni poziom usług, ale także pożądaný (Parasuraman, Berry, Zeithaml, 1991).



Rysunek 3.5. Wynik postrzegania przez klientów realizacji usługi i konsekwencje dla świadczeniodawcy

Źródło: Parasuraman A., Berry L.L., Zeithaml V.A. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, 32, s. 42.

Jakość nie jest zatem stanem idealnym, lecz celem, do którego należy zawsze dążyć (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003). Można go osiągnąć, planując, kontrolując i stale poprawiając jakość (Juran, 1999). Tylko taki sposób powoduje stałe udoskonalanie wykonywanych działań i wyznaczanie coraz wyższych poziomów odniesienia, ciągłe ulepszanie systemu, jego struktur i procedur. Proces planowania wymaga w przypadku usług zdrowotnych identyfikacji pacjentów, ich subiektywnych oczekiwań i wymagań związanych z oferowanymi świadczeniami, a także stworzenia procesów, których zadaniem jest dostarczanie usług zgodnych z oczekiwanymi. Celem monitorowania i oceny, czy usługa medyczna spełnia wymagania określone w standardach i procedurach, jest wykrycie odstępstw, błędów i braków, by móc je naprawić, a po przeanalizowaniu przyczyn ich powstania, zapobiegać pojawieniu się ich w przyszłości (Jakubek, 2012). Poprawy jakości usług nie gwarantuje jednak ani posiadanie najwyższej klasy sprzętu medycznego, ani drogiej infrastruktury technicznej. Należy podkreślić znaczenie takich czynników, jak zmiany w metodach pracy, właściwe podejście personelu, reorientacja na rynek. Nie infrastruktura i nie zasoby rzeczowe, ale organizacyjne warunki pracy odgrywają największą rolę w uzyskaniu jak najlepszych wyników (Kapała, 2001).

Jakość postrzegana – droga ku satysfakcji pacjenta

W gospodarce wolnorynkowej organizacje mają świadomość, jak wielkie znaczenie z punktu widzenia powodzenia działalności na rynku ma satysfakcja klienta (Mroczko, 2014). Jest ona miarą sukcesu i celem działania nie tylko podmiotów funkcjonujących dla zysku, ale różnorodnych instytucji publicznych, w tym sektora usług zdrowotnych (Frączkiewicz-Wronka, 2021). Nieustannie ewoluująca opieka zdrowotna, naznaczona postępem technologii medycznych, demografią i zwiększonym naciskiem na opiekę skoncentrowaną na pacjencie, również stawia na pozytywne doświadczenia i satysfakcję pacjenta, które są wynikiem postrzegania jakości zrealizowanych świadczeń.

Spośród wielu podmiotów oferujących usługi medyczne pacjent preferuje bowiem te, które świadczą usługi na najwyższym poziomie (Mruk, 2009), zakładając, że w ten sposób osiągnie założony cel. Zakłady opieki zdrowotnej są więc zmuszone do koncentracji na tych dziedzinach, które mają szczególny wpływ na satysfakcję tak ściśle powiązaną z jakością usług. Pacjent bowiem to nikt inny jak klient, o którego satysfakcję z otrzymanej usługi zdrowotnej należy zabiegać (Chen i in., 2024).

4.1. Satysfakcja, zadowolenie, zachwyt

Pochodzący z łaciny termin „satysfakcja”, dosłownie tłumaczony jako robienie czegoś dostatecznie dobrze (Nowicki, Sikora, 2010), jest stosowany zamiennie z zadowoleniem, przyjemnością, radością, zachwytem czy szczęściem (Kobyłański, Nieżurawski, Pawłowska, 2003). Oznacza stan emocjonalny powstały w wyniku osiągnięcia jakiegoś celu (Reber, Reber, 2015), silne uczucie zadowolenia, przyjemności wynikające z zaspokojenia potrzeb lub pragnień (Sztompka, 2020).

W kontekście ekonomicznym i rynkowym satysfakcja zaczęła odgrywać ważną rolę wraz z przybierającą na sile konkurencją w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX w. Jest jedną z najważniejszych kwestii wszelkiego rodzaju organizacji, co wynika z filozofii zorientowania na klienta i zasad ciągłego doskonalenia (Arokiasamy, 2013). Powstałe definicje skupiają się wokół trzech grup pojęć, obejmując:

- reakcję na proponowaną ofertę w postaci wszelkich pozytywnych doznań towarzyszących zakupowi,
- opinię dotyczącą spełnienia wymagań stawianych przez nabywcę,
- odczucia związane z nabyciem określonego dobra wiążące się z subiektywną reakcją konsumenta (Wyród-Wróbel, Biesok, 2011).

Satysfakcja jest traktowana jako wynik psychologicznego procesu, w czasie którego klient porównuje dostrzegany poziom jakościowy działań podmiotu z obowiązującymi już standardami, będącymi jednocześnie jego oczekiwaniami (Schneider, 2000). Jest to wypadkowa oczekiwanej i dostrzeganej jakości oraz znaczenia różnych właściwości tego procesu (Kobyłański, Nieżurawski, Pawłowska, 2003). Klient zazwyczaj zauważa różnicę między tym, czego oczekiwał, a tym, co otrzymał, i potrafi określić dostarczoną wartość. Zgodnie z modelem oczekiwanej niezgodności odzwierciedleniem reakcji klienta na wartość otrzymaną wraz z konkretną ofertą jest jego satysfakcja. W związku z tym, że poszczególni nabywcy różnie postrzegają wartość, poziom satysfakcji także będzie różny (Sudoł, Szymczak, Haffer, 2000). Satysfakcja to również odczucie, pozytywna reakcja emocjonalna towarzysząca ocenie rezultatów skorzystania z oferty spełniającej oczekiwania (Kotler i in., 2000) – klient jest bowiem zadowolony, kiedy oczekiwania zostają w pełni zaspokojone lub są przekroczone. Proces jej powstawania w ten sposób objaśnia model zwany emocjonalnym. Zachowanie klienta w przyszłości zależy od rezultatów, które ocenia on jako sukces wywołujący satysfakcję lub jako porażkę prowadzącą do niezadowolenia, oraz od intensywności tych odczuć.

Reakcją klientów na dyssatysfakcję może być po rozważeniu problemu niepodjęcie działania lub wystąpienie z określoną inicjatywą. Brak reakcji zwykle wiąże się z niechęcią do ponoszenia jakichkolwiek wysiłków i nakładów na uznawane za mało efektywne kroki (Rudnicki, 2012). Aktywna postawa może oznaczać przejście do konkurencji, powstrzymywanie się od kontaktów w przyszłości, rozgłaszanie negatywnych opinii lub wnoszenie skarg. Zaprzymanie kupowania, a w konsekwencji przechodzenie do konkurencji są wskazywane w badaniach jako najczęstsza reakcja nieusatysfakcjonowanych klientów (Berger, Mitręga, 2014). Zważywszy na koszt odzyskania niezadowolonego klienta, który z tego powodu zrezygnował z usług, jest wielokrotnie wyższy od pozyskania nowego (Łuczak, 2014), skupienie uwagi na satysfakcji odbiorców staje się bez wątpienia działaniem priorytetowym. Oprócz rezygnacji pojawia się inna, bardzo niebezpieczna reakcja klientów – rozgłaszanie opinii pogarszających wizerunek. Wynika to z tego, że negatywne wypowiedzi rozprzestrzeniają się znacznie szybciej niż pozytywne i mają dużo większy zasięg (Herrman, 2016). Klienci dużo chętniej dzielą się swoimi odczuciami, gdy są niezadowoleni, a im większe niezadowolenie, tym większa skłonność do opowiadania innym o braku satysfakcji. Sprzyja temu łatwość i szybkość komunikacji z wykorzystaniem Internetu. Wielu potencjalnych nabywców słyszy więc negatywne opinie o firmie, zanim jeszcze wejdzie z nią w relacje.

Z satysfakcją – pozytywnym, choć subiektywnym i uzależnionym od cech osobowych klienta uczuciem – wiązano w przeszłości istnienie zadowolenia i niezadowolenia jako dwóch przeciwnych, jasno określonych stanów. Obecnie mówi się raczej o kontinuum emocji (Johnson, 2004), które u jednych klientów mogą się pojawić w określonej sytuacji, a u innych nie. Satysfakcję można więc stopniować. Zakładając, że nabywca jest w stanie określić stopień swojego zadowolenia, należy przyjąć, że nie tylko wpływa na niego wiele czynników, ale postępowanie miewa nieracjonalny charakter.

Wyjaśnianie związków i zależności między satysfakcją a innymi czynnikami jest przedmiotem licznych dociekań naukowych. Jako skomplikowane zjawisko ma ona powiązania z ogromną liczbą zmiennych niezależnych i zależnych. Wiele z nich wchodzi w związku z satysfakcją równocześnie, tworząc sieć skomplikowanych powiązań i sprawiając trudności interpretacyjne. Celem wyjaśnienia jej natury, badacze tworzą modele ujmujące satysfakcję albo jako następnik, albo jako poprzednik. Często wskazywanymi czynnikami wywierającymi na nią określony wpływ są m.in. postrzegana jakość, wartość, oczekiwania klienta (tab. 4.1).

Tabela 4.1. Wybrane poprzedniki (czynniki) satysfakcji

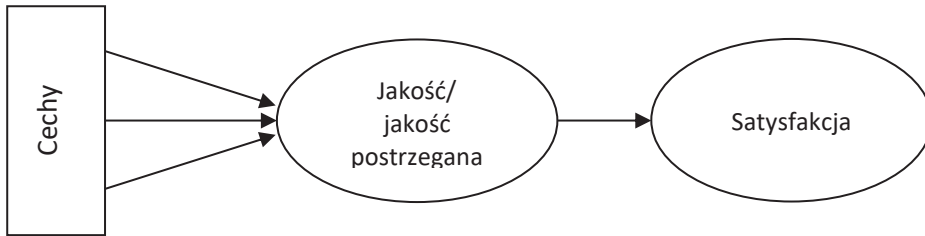
Czynniki satysfakcji	Przykładowi autorzy
Aspekty kulturowe	Money (2002)
Cena	Aga, Safakli (2007)
Dobry nastrój (klienta)	Ruyter, Bloemer (1999)
Emocje: pozytywne, negatywne, afekt	Szymanski, Henard (2001) Jung, Yoon (2011) Kuo, Wu (2012)
Jakość, postrzegana jakość	Naumann, Jackson, Rosenbaum (2001) Aga, Safakli (2007) Mutua i in. (2012) Bayraktar i in. (2012)
Korzyści relacyjne	Henning-Thurau, Gwinner, Gremler (2002)
Nowości, nowinki (w produkcie, usłudze)	Assaker, Vinzi, O'Connor (2011)
Obsługa klienta	Naumann, Jackson, Rosenbaum (2001)
Oczekiwania klienta	Bayraktar i in. (2012)
Orientacja pro(rynkowa)	Webb, Webster, Krepapa (2000)
Orientacja na klienta	Nilsson, Johnson, Gustafson (2001)
Postrzegane kompetencje (pracowników)	Wang i in. (2010)
Przyjemność	Wirtz, Bateson (1999)

Czynniki satysfakcji	Przykładowi autorzy
Satysfakcja (klienta) z życia	Lam, So (2013)
Satysfakcja pracowników, satysfakcja z pracy (zadowolenie z pracy osoby obsługującej klienta)	Bernhard, Donthu, Kennett (2000) Homburg, Stock (2005) Wangenheim, Evanschitzky, Wunderlich (2007)
Solidność, rzetelność	Balasubramanian, Konana, Menon (2003)
Typ klienta	Ramasobbu, Mithas, Krishnan (2008)
Uczciwość, sprawiedliwa wymiana	Szymanski, Henard (2001)
Wartość, postrzegana wartość, wartość dla klienta	Blocker (2011) Mutua i in. (2012) Bayraktar i in. (2012)
Więzi (z klientem)	Money (2002)
Wizerunek	Aga, Safakli (2007) Fonseca (2009) Mutua i in. (2012)
Zaangażowanie klienta	Lin (2007)
Zaangażowanie pracowników	Huang (2008)
Zachowania pracowników	Stock, Hoyer (2005)
Zaufanie	Lin, Wang (2006)
Zgodność z oczekiwaniami lub jej brak Spełnienie, zaspokojenie Luka zadowolenia, rozczarowanie, luka dyskonfirmacyjna	Ruyter, Bloemer, Peeters (1997)

Źródło: Biesok, G., Wyród-Wróbel, J. (2016). *Modele satysfakcji klienta*. Warszawa: Difin SA, s. 71–72.

Na szczególną uwagę zasługują związki satysfakcji z jakością. Ich powiązania wynikają z natury obu pojęć. W literaturze są one zwykle postrzegane jako odrębne, choć tak ściśle powiązane terminy, że w zasadzie nierozłączne, a czasem nawet utożsamiane ze sobą. Do zwolenników rozróżniania pojęć zaliczany jest Oliver (1997), który widzi satysfakcję jako zjawisko wynikające z doświadczenia po zakupie usługi, a więc skutek kontaktu klienta z firmą. O jakości usługi klienci mogą mieć natomiast pewne wyobrażenie, nie mając z nią żadnych doświadczeń. Poza tym jakość wynika z oceny długookresowej, gdyż zakłada odniesienie do obiektywnego standardu oraz powtarzalność poziomu wykonania. Satysfakcja zaś to przejściowa ocena danej usługi bazująca na określonym wydarzeniu bądź transakcji. Ponadto w ocenie jakości rozpatruje się poszczególne atrybuty, a w ocenie satysfakcji pod uwagę bierze się wszystkie właściwości charakteryzujące spostrzegany obiekt łącznie z czynnikami sytuacyjnymi i osobistymi. Van Ossel (1998) pisze zaś, że satysfakcja tym różni się od jakości, że jest pojęciem subiektywnym. Będąc wynikiem

postrzegania, jest ściśle powiązana i uzależniona od oczekiwań klientów, które są bardzo zróżnicowane w wyniku oddziaływania wielu różnorodnych czynników. Jakość zaś jest ze swej natury obiektywna. Opisany związek można zobrazować. Satysfakcję od jakości rozdzielają też Bitner i Hubbert (1994). Według nich podstawowa różnica pomiędzy dwoma kategoriami wynika z tego, że jakość jest zjawiskiem, które poprzedza satysfakcję klienta, a więc występowanie satysfakcji jest uwarunkowane odpowiednim poziomem jakości (rys. 4.1).



Rysunek 4.1. Model satysfakcji oparty na jakości

Źródło: opracowanie własne.

Tak jak satysfakcja jest warunkowana określonymi czynnikami, sama również staje się czynnikiem wywołującym określone konsekwencje. Często wskazywanymi w literaturze jej następnikami są m.in.: lojalność, intencje ponownego zakupu, skłonność do reklamacji (tab. 4.2).

Tabela 4.2. Wybrane następniki (efekty) satysfakcji występujące w modelach

Efekt satysfakcji	Przykładowi autorzy
Atrakcyjność alternatyw	Picón, Castro, Roldán (2014)
Intencje powrotu	Orsinger, Valentini, de Angelis (2010)
Intencje zachowań	Namkung, Jang (2009) Chen, Chen (2010)
Intencje zakupu, intencje ponownego zakupu	Bai, Law, Wen (2007) Kim, Lee (2011) Kuo, Wu (2012)
Jakość relacji z klientem	Wong (2004)
Lojalność	Vásquez-Carrasco, Foxall (2006) Mutua i in. (2012) Bayraktar i in. (2012)

Efekt satysfakcji	Przykładowi autorzy
Postawa (klienta) wobec marki	Suh, Yi (2006)
Pozyskanie nowych klientów	Wangenheim, Bayón (2007)
Przekaz ustny, intencje rekomendacji, marketing szeptany	Orsinger, Valentini, de Angelis (2010) Kim, Lee (2011) Prud'homme, Raymond (2013)
Skłonność do skarg i reklamacji	Kim, Lee (2011) Mutua i in. (2012)
Utrzymanie klienta	Gerpott, Rams, Schindler (2001)
Wrażliwość na cenę	Kim, Lee (2011)
Zaangażowanie, oddanie klienta	Garbarino, Johnson (1999) Luarn, Lin (2003)
Zaufanie	Garbarino, Johnson (1999)
Zmiana dostawcy, zamiar zmiany	Money (2002) McDougal, Levesque (2000) Park, Jang (2014)

Źródło: Biesok, G., Wyród-Wróbel, J. (2016). *Modele satysfakcji klienta*. Warszawa: Difin SA, s. 73.

Klient jest zatem końcowym elementem łańcucha gospodarczego weryfikującym jakość produktu. Jego potrzeby i oczekiwania, stwierdzone lub modelowane, dotyczące produktu, dostawy i konsumpcji powinny być w pełni zrozumiane, a satysfakcja winna być mierzona i analizowana pod kątem wpływu na jego lojalność (Skrzypek, 2000). To chęć wyróżniania się i zatrzymania klientów spowodowała sięgnięcie po satysfakcję jako miernik sukcesu (Nowicki, Sikora, 2010).

4.2. Doświadczenia, satysfakcja, jakość i zaufanie w opiece zdrowotnej

Na system opieki zdrowotnej w Polsce będący gwarantem zorganizowanej opieki zdrowotnej oraz równego dostępu do świadczeń zdrowotnych każdej uprawnionej osoby składają się trzy szczeble: podstawowa opieka zdrowotna z lekarzami pierwszego kontaktu, pielęgniarkami i położnymi, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz szpitale. Podstawowa opieka zdrowotna, będąc powszechnie dostępną i najważniejszą częścią systemu opieki zdrowotnej, powinna zapewniać pacjentom kompleksowe usługi i opiekę (Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r.). Przebieg świadczenia zależy jednak od charakteru relacji między personelem i pacjentem oraz aktywności każdej ze stron i decyduje o całym procesie usługowym, wpływając na jego kształt, jakość oraz zadowolenie pacjenta (Moroz, Orzeł, 2014). Z perspektywy

funkcjonowania rynku usług zdrowotnych, którego podstawowa opieka zdrowotna jest częścią, ważne jest bowiem nie tylko samo świadczenie usług na odpowiednim poziomie jakościowym, ale satysfakcja odbiorcy. Wynika to z nadania przez organizacje zajmujące się opieką zdrowotną istotnego znaczenia poprawie odczuć i zadowolenia pacjentów (Abu-Rumman i in., 2022; De Rosi i in., 2022). Uznane, międzynarodowe stowarzyszenia, tj. The American Society for Quality Control (ASQC) oraz European Organization For Quality Control (EOQC), zgodnie definiując jakość w kontekście satysfakcji, czyli spełniania oczekiwań i wymagań pacjentów (Yanus, Aknipar, Emre, 2016), dają impuls do postrzegania satysfakcji pacjentów jako głównego produktu placówek zajmujących się opieką zdrowotną (Bostan, Acuner, Yilmaz, 2007).

Precyzując satysfakcję odczuwaną przez pacjentów, należy udzielić odpowiedzi na pytanie o spełnienie oczekiwań lub oferowanie usług przewyższających te oczekiwania (Gualandi i in., 2021; Abu-Rumman i in., 2022). W tym kontekście pierwszym elementem determinującym zadowolenie pacjenta są oczekiwania, drugim jest to, jak pacjent postrzega usługę i jak postrzegana usługa wypada w relacji do oczekiwanej usługi. W efekcie stan emocjonalny pacjenta, będący następstwem korzystania z usługi, pozytywnie lub negatywnie „zabarwia” całość opieki z punktu widzenia pacjenta, jest bezpośrednio lub pośrednio powiązany z wszystkimi elementami jakości usługi (Berkowska, 1998). Poza tym mówienie o poziomie satysfakcji pacjenta jako rezultacie stopnia zaspokojenia przez oferowaną całkowitą usługę zdrowotną zbioru wymagań (Hill, Alexander, 2003) jest spójne z podejściem prezentowanym w naukach ekonomicznych, w którym łączy się satysfakcję ze zdolnością do oceny użyteczności nabytego produktu lub usługi (Wolniak, Skotnicka-Zasadzień, 2008). W rezultacie mamy do czynienia z niezadowoleniem, zadowoleniem lub zachwytem (tab. 4.3).

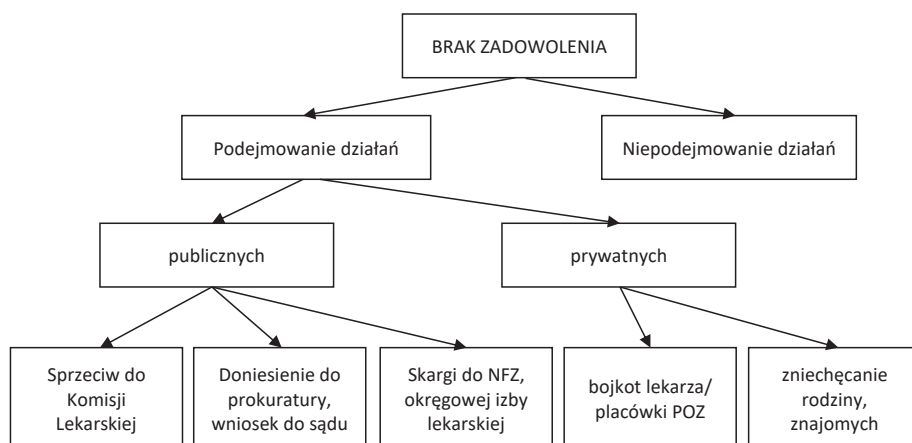
Tabela 4.3. Poziomy satysfakcji pacjenta

Poziom satysfakcji	Wymagania – potrzeby	
Niezadowolenie	Bazowe wymagania	Rzadko artykułowane przez pacjenta potrzeby, które muszą być spełnione; pacjent nie do końca zdaje sobie sprawę z ich istnienia (np. standardy techniczne jakości usług medycznych).
Zadowolenie	Na poziomie wymagań do spełnienia	Potrzeby, których istnienia pacjent jest świadomy i artykułuje je; można je rozumieć jako parametry usługi, które pacjent chciałby otrzymać (np. szybki dostęp do konsultacji specjalistycznej); w miarę wzrostu wymagań i upływu czasu stają się wymaganiami bazowymi

Poziom satysfakcji	Wymagania – potrzeby	
Zachwyt	Ponad poziom stawianych wymagań	Potrzeby, których pacjent nie odczuwa, istniejące poza jego oczekiwaniami i wymaganiami głównie z powodu braku wiedzy i doświadczeń; wykonanie świadczenia w sposób wykraczający poza oczekiwania może wywołać zachwyt

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Wyród-Wróbel, J., Biesok, G. (2011). Satysfakcja – kryterium wpływające na decyzje konsumenta [w:] P. Ucieklak-Jeż (red.). *Społeczne aspekty gospodarki rynkowej: Nowe wyzwania ekonomiczne, społeczne, demograficzne i prawne*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, s. 293.

Żadna organizacja nie jest zainteresowana, aby jej usługobiorcy nie odczuwali zadowolenia ze świadczonych usług. Niezadowolenie pacjenta POZ jest więc stanem niepożądanym (Trzcińska, 2022), związanym z całkowitym brakiem satysfakcji z usługi zdrowotnej. Jest to wynik wypełniania przez świadczeniodawcę jedynie bazowych wymagań, które są tak oczywiste dla pacjenta, że w praktyce niedoceniane. Część pacjentów w tego typu sytuacji nie podejmie żadnych działań, choć bardziej prawdopodobna jest reakcja bądź o charakterze prywatnym, bądź publicznym (rys. 4.2). Są to negatywne opinie przekazywane w prywatnych kontaktach lub w przestrzeni internetowej, zmiana lekarza pierwszego kontaktu lub zakładu opieki zdrowotnej, roszczenia kierowane zarówno do placówki medycznej, jak i bezpośrednio do lekarza, skargi i doniesienia do instytucji powołanych celem rozstrzygania sporów między pacjentem a elementami systemu opieki zdrowotnej.



Rysunek 4.2. Reakcje pacjentów POZ na brak zadowolenia

Źródło: opracowanie własne.

Według teorii asymilacji konsumenci starają się uniknąć niezadowolonych, modyfikując swoje postrzeganie usługi, aby uczynić je bardziej porównywalnym z własnymi oczekiwaniami (Olson, Dover, 1979; Rust, Oliver, 1994). Pacjenci zmniejszają w ten sposób swój niepokój wynikający z negatywnego potwierdzenia. W tym celu obniżają swoje oczekiwania na tyle, aby dorównać rzeczywiście doświadczanej usłudze lub umniejszają znaczenie początkowego niezadowolonych (Afrashtehfar, Assery, Bryant, 2020).

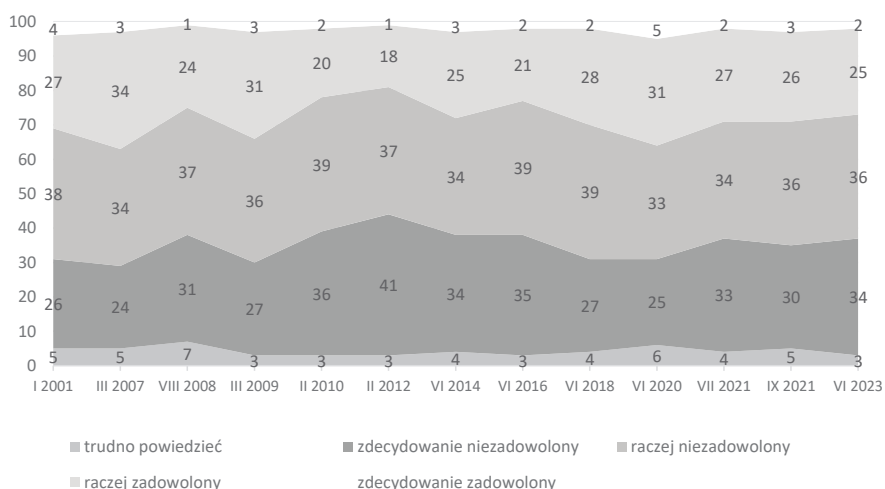
Aby osiągnąć satysfakcję należy zatem dostarczyć usługę zdrowotną POZ co najmniej na poziomie stawianych wymagań. Chodzi tu o zaspokojenie potrzeb, których istnienia pacjent jest świadomy, które artykułuje. Problem polega jednak na tym, że nie istnieje jeden obowiązujący wzorzec oczekiwanej podstawowej opieki zdrowotnej. W świetle hierarchii potrzeb Masłowa (1943) satysfakcja pacjenta zmienia się w czasie, gdy pojawiają się potrzeby. Wraz z postępem technologii medycznej i dostępnością informacji z otoczenia skutkują coraz większymi oczekiwaniami pacjentów. Satysfakcję pacjenta trzeba więc postrzegać jako koncepcję ewoluującą, a jej ocenę jako wysoce indywidualną i subiektywną (Gierszewska i in., 2021). W procesie oceny wymagania funkcjonalne są pacjentom dużo bliższe, bo związane z procesem świadczenia usługi, choć czymś oczywistym jest istnienie określonych wymagań technicznych, które niekoniecznie są znane pacjentom i rozumiane przez nich z racji wysokospecjalizowanego charakteru usług zdrowotnych. Niemniej jednak usatysfakcjonowany pacjent może podjąć określone działania prywatne lub publiczne. Z reguły obserwuje się wzrost zaufania i umocnienie relacji z lekarzem oraz dzielenie się pozytywną opinią z bliskimi i światem przy wykorzystaniu m.in. mediów społecznościowych.

W miarę wzrostu wymagań i upływu czasu wymogi niezbędne do pojawienia się zadowolenia, a tym samym satysfakcji, stają się wymaganiami bazowymi, znika zadowolenie z usług. POZ-y muszą więc zachować czujność w kwestii zmieniających się oczekiwań pacjentów, by mieć szansę na posiadanie zadowolonych, a może nawet zachwyconych, świadczeniodawców. Mając świadomość związków między satysfakcją a wymaganiami, należy nadmienić, że niestety nie zawsze w parze z zadowoleniem pacjentów idzie wysoka jakość usług. Satysfakcja świadczeniobiorców, którzy mają niskie oczekiwania, nie świadczy bowiem o wysokiej jakości dostarczanych usług (Bostan i in., 2007).

Zachwyt to stan satysfakcji na poziomie wyższym niż zadowolenie, wynikającym z realizacji świadczeń powyżej oczekiwań. Bierze się z realizacji potrzeb, których pacjent nie odczuwa, które istnieją poza jego oczekiwaniami i wymaganiami, głównie z powodu braku wiedzy i doświadczeń. Ten najwyższy stopień satysfakcji z konsumpcji przekraczającej oczekiwania i budzący zachwyt jest podstawą budowania lojalności klientów niezależnie od tego, w jakiej branży działa podmiot (Al-Noorachi, 2014). Wykraczanie poza standardy budzi nie tylko najbardziej pożądane reakcje, ale też wzmaga aktywność pacjentów w kwestii podzielenia się dobrą opinią z innymi; dlatego w usługach zdrowotnych powinno się przede wszystkim zadbać o odczucia pacjentów, doprowadzając do ich ponadprzeciętnego zadowolenia. Osiągnięcie tego celu powinno, a nawet musi, być stałym elementem polityki każdego podmiotu rynku opieki zdrowotnej.

Ponieważ satysfakcja pacjenta jest jednym z podstawowych kryteriów w ocenie jakości usług w placówkach świadczących usługi zdrowotne (Trzcińska, 2019), podlega kontroli zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej. W ciągu ostatnich lat, mimo przeprowadzenia licznych reform mających na celu m.in. poprawę opieki nad pacjentem, nadal odnotowywany jest niski poziom zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej w Polsce (Omyła-Rudzka, 2023). Zaledwie nieco ponad jedna czwarta pacjentów wyraża zadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce, a zdecydowana większość wystawia ocenę negatywną (70%). Co więcej, tendencja poziomu ocen również nie napawa optymizmem. Zadowolenie z usług zdrowotnych zamiast rosnąć, w ostatnich latach od pandemii COVID-19 znów spada. W stosunku do czerwca 2020 r. aż o jedną czwartą ubyło pacjentów wystawiających pozytywne oceny – z 36% do 27% (rys. 4.3).

Jak wynika z danych CBOS w 2023 r., zadowolenie z systemu opieki zdrowotnej częściej niż inni wyrażają seniorzy (40%), mieszkańcy wsi (34%), z wykształceniem poniżej średniego (35%–38% w zależności od kategorii), o dochodach per capita do 2999 zł (30%–31%), zadowoleni ze swoich warunków materialnych (34%), renciści (66%). Negatywne opinie częściej wystawiają respondenci w wieku 25–34 lata (81%), mieszkańcy miast od 20 tys. do 99 999 mieszkańców (78%), absolwenci wyższych uczelni (80%), osoby o dochodach *per capita* wynoszących co najmniej 3000 zł (71%–73%), niezadowoleni z własnych warunków materialnych (82%), przedstawiciele kadry kierowniczej i specjaliści z wyższym wykształceniem (82%), pracownicy administracyjno-biurowi (82%) oraz pracujący na własny rachunek (80%) (Omyła-Rudzka, 2023).



Rysunek 4.3. Ogólne zadowolenie z opieki zdrowotnej w Polsce

Źródło: Omyła-Rudzka, M. (2023). Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. *Komunikat z badań CBOS*, 124, s. 2.

Wyniki sugerują, że przynależność pacjentów do określonej grupy ze względu na cechy takie, jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania czy aktywność zawodowa pacjentów mają powiązanie z oceną. Można przypuszczać, że ma to związek z wiążącą się z tym większą lub mniejszą aktywnością, świadomością obowiązujących norm i standardów, stawianymi wymaganiami, a w konsekwencji ze sposobem postrzegania i oceniania opieki w zakresie zdrowia.

Opinie w kwestii zadowolenia pacjentów w znacznej mierze zależą od tego, w jaki sposób finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej, z których korzystają, choć cechą wspólną wszystkich jest przewaga negatywnych ocen. Relatywnie najlepsze zdanie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej mają korzystający z opieki tylko w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Stosunkowo najgorsze opinie mają ci, którzy leczyli się wyłącznie poza systemem powszechnym (tab. 4.4). To dość zaskakująca sytuacja, jeśli weźmie się pod uwagę funkcjonujące w społeczeństwie przekonanie, że to w prywatnej opiece zdrowotnej nie czeka się w długiej kolejce, personel jest miły, uśmiechnięty i kompetentny, a leczenie na najwyższym poziomie. Albo opinie te są dalece przesadzone, albo ci, którzy je wygłaszają nie formułują osądów na podstawie własnych doświadczeń, bo te, jak pokazują wyniki badań, dalece od nich odbiegają.

Pośród wszystkich analizowanych aspektów usług zdrowotnych Polacy najbardziej doceniają kompetencje lekarzy (70%), ich zaangażowanie (63%), wykorzystywanie nowoczesnych rozwiązań (69%) oraz aparatury medycznej (62%). Ponad połowa uważa, że pacjenci leczeni w ramach NFZ spotykają się z troską i życzliwością (54%), równo i w sposób zależny jedynie od stanu zdrowia (53%).

Tabela 4.4. Zadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce

Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali z usług medycznych	Poziom ogólnego zadowolenia z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w naszym kraju		
	zadowolony (zdecydowanie zadowolony i raczej zadowolony)	niezadowolony (zdecydowanie niezadowolony i raczej niezadowolony)	trudno powiedzieć
	w procentach		
wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	40	57	3
w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i jednocześnie poza systemem – w całości samodzielnie finansowanych usług lub dostępnych w ramach posiadanego dodatkowego ubezpieczenia (abonamentu, polisy)	22	77	1

Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali z usług medycznych	Poziom ogólnego zadowolenia z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w naszym kraju		
	zadowolony (zdecydowanie zadowolony i raczej zadowolony)	niezadowolony (zdecydowanie niezadowolony i raczej niezadowolony)	trudno powiedzieć
	w procentach		
wyłącznie w całości samodzielnie finansowanych usług lub dostępnych w ramach posiadanego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego	14	82	3
niekorzystający z usług medycznych	34	57	9

Źródło: Omyła-Rudzka, M. (2023). Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. *Komunikat z badań CBOS*, 124, s. 3.

Na tym tle ocena satysfakcji pacjentów POZ wypada zdecydowanie lepiej. Według CBOS raczej pozytywnie oceniane są dostępność lekarzy (59%) oraz ich umiejętności diagnostyczne (59%) (Omyła-Rudzka, 2023). Z badań przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (2016) wynika zaś, że pacjenci POZ są zadowoleni – prawie 40% badanych wystawiło ocenę 5, ok. 25% – 4, niecałe 20% – 3. Niezadowolonych pacjentów było 16,96%, z czego 10,19% oceniło jakość na 2, a 6,77% na 1. Zdecydowana większość pacjentów (83,61%) jest również zadowolona ze sposobu informowania o stanie zdrowia. Dobrze została oceniona dostępność podstawowej opieki zdrowotnej: większość respondentów (53,09%) uzyskała świadczenie w dniu zgłoszenia, co piąty (20,16%) z jednodniowym oczekiwaniem. Dostępność badań diagnostycznych zleczanych przez lekarza POZ spotkała się z zadowoleniem 60,66%, zaś łatwość połączenia telefonicznego z rejestracją potwierdziło 56,63% pacjentów. Za najważniejsze cechy uznano: profesjonalizm personelu medycznego, czas oczekiwania na wizytę u lekarza oraz uprzejmość i życzliwość pracowników opieki zdrowotnej.

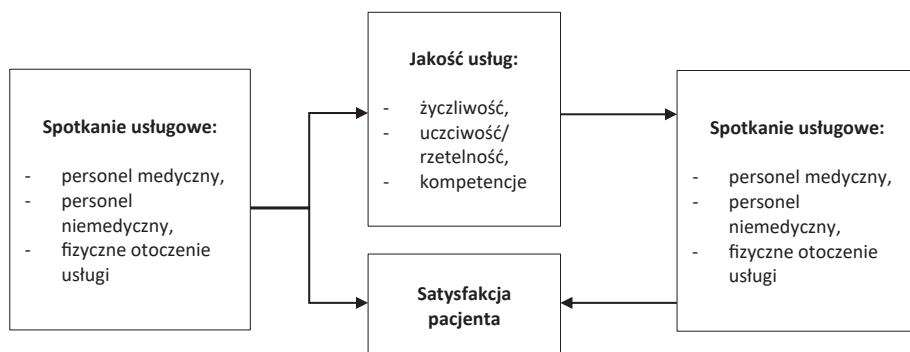
Na ile zadowolenie pacjentów odzwierciedla stopień, w jakim usługi opieki zdrowotnej spełniają lub przekraczają oczekiwania pacjentów, doświadczenia pacjenta obejmują interakcje i postrzeganie w całym procesie opieki zdrowotnej kształtowane przez (Omaghom i in., 2024):

- komunikację interpersonalną między podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną a pacjentami, która, jeśli jest skuteczna (jasna, empatyczna i dwustronna), staje się podstawą pozytywnych doświadczeń, pomaga budować zaufanie, zapewnia zrozumienie stanu zdrowia i planów leczenia, umożliwia wspólne podejmowanie decyzji; szkolenie personelu w zakresie aktywnego słuchania oraz umiejętności

- odpowiadania poprawia interakcje pacjent–opiekun, przyczyniając się do wzrostu zadowolenia (Staempfli, Lamarche, 2020; Yasin i in., 2020);
- postawy i zachowania personelu medycznego obejmujące współczucie, empatię i podejście skoncentrowane na pacjencie, które pozytywnie wpływają na postrzeganie, doświadczenia i satysfakcję pacjentów, jeśli świadczeniodawcy wykazują zaangażowanie, szanują autonomię pacjentów i włączają ich w podejmowanie decyzji, wzmacniając poczucie partnerstwa w relacji lekarz–pacjent (Drossman, Ruddy, 2020; Zaid i in., 2020);
 - dostępność usług opieki zdrowotnej w znaczeniu terminowych wizyt, rozsądnego czasu oczekiwania oraz informacji na temat usług i dogodnej lokalizacji zwiększających wygodę pacjentów; istnieje konieczność wdrażania wydajnych systemów planowania, strategii usprawniających procesy wizyt, technologii przypomnień o wizytach, by zapewnić pacjentom łatwy dostęp do potrzebnej im opieki (Bell i in., 2020);
 - zaangażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących planów leczenia i respektowanie preferencji ze względu na coraz większą ich skłonność do aktywnego uczestnictwa w procesach decyzyjnych; dostarczanie pacjentom zrozumiałych treści i pozyskiwanie informacji zwrotnych pozwala angażować się w proces decyzyjny, wzmacnia pozycję pacjentów i pozytywnie wpływa na ich ogólne doświadczenia (Huey, Palaganas, 2020);
 - postrzegane kompetencje pracowników służby zdrowia i ich fachowa wiedza, będące podstawą skutecznej diagnozy i leczenia oraz zaufania do zespołu medycznego, znacząco przyczyniając się do pozytywnych doświadczeń, wywołują konieczność ciągłego rozwoju zawodowego, szkoleń i utrzymywania wysokich standardów opieki; zapewnienie, że podmioty świadczące opiekę zdrowotną są na bieżąco z najnowszą wiedzą medyczną i technologią, jest niezbędne do budowania i utrzymywania zaufania pacjentów (Afrashtehfar i in., 2020; Asamrew, Endris, Tadesse, 2020);
 - dostarczanie jasnych informacji, bo pacjenci cenią zrozumiałe komunikaty na temat schorzeń, planów działania i procesów, co przyczynia się do podejmowania świadomych decyzji i zmniejsza niepokój; zaleca się opracowywanie strategii komunikacyjnych zapewniających skuteczne rozpowszechnianie informacji poprzez wykorzystywanie materiałów edukacyjnych, komunikację przyjazną zdrowiu celem budowania pozytywnych doświadczeń pacjenta (Liu i in., 2020);
 - wsparcie emocjonalne w postaci empatii, zrozumienia i pomocy, mające kluczowe znaczenie dla dobrego samopoczucia i satysfakcji pacjenta; niezbędne są programy szkoleniowe, które poprawiają zdolność pracowników służby zdrowia do radzenia sobie w trudnych emocjonalnie sytuacjach, nastawione na budowanie przeświadczenia o znaczeniu wsparcia emocjonalnego w zespole medycznym, zapewnianie wsparcia psychologicznego i wykazywania się empatią celem tworzenia wspierającego i współczującego środowiska opieki zdrowotnej (Chen i in., 2020);

- ciągłość opieki polegającą na spójnej i skoordynowanej opiece w różnych placówkach przez zapewnienie skutecznej komunikacji między podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną, wykorzystanie elektronicznej dokumentacji w celu uzyskania kompleksowych informacji o pacjencie oraz wdrożenie strategii koordynacji opieki; dla pozytywnych doświadczeń pacjentów należy tworzyć systemy ułatwiające płynne przejście między opieką podstawową, opieką specjalistyczną i innymi usługami opieki zdrowotnej (Baker i in., 2020; Östman i in., 2021).

Z doświadczeniami i satysfakcją pacjenta wiąże się jeszcze jedna bardzo ważna w usługach zdrowotnych kwestia – zaufanie, które oznacza oczekiwanie, że osoby i instytucje odpowiedzialne za zdrowie pacjentów będą spełniać swoje obowiązki wobec nich i społeczeństwa (Mechanic, 1998). Poziom zaufania budują doświadczenia w kontaktach z lekarzami i pozostałym personelem medycznym (Cole i in., 2017), ogólna postawa pacjenta wobec lekarzy i ich cechy (Mechanic, 1996). Taki oparty na zaufaniu, zaangażowaniu i niezawodności związek (Krot, Rudawska, 2017) oznacza w praktyce akceptację działań lekarza ze względu na przekonanie o pozytywnych intencjach, życzliwości, uczciwości i profesjonalizmie (Hall, 2006). Zaufanie jest tu nie tylko spoiwem relacji interpersonalnej, ale źródłem satysfakcji pacjentów (Reinartz, Kumar 2000; Reinartz, Kumar 2002; Lovelock, Wirtz 2004; Krot, Rudawska, 2016) (rys. 4.4).



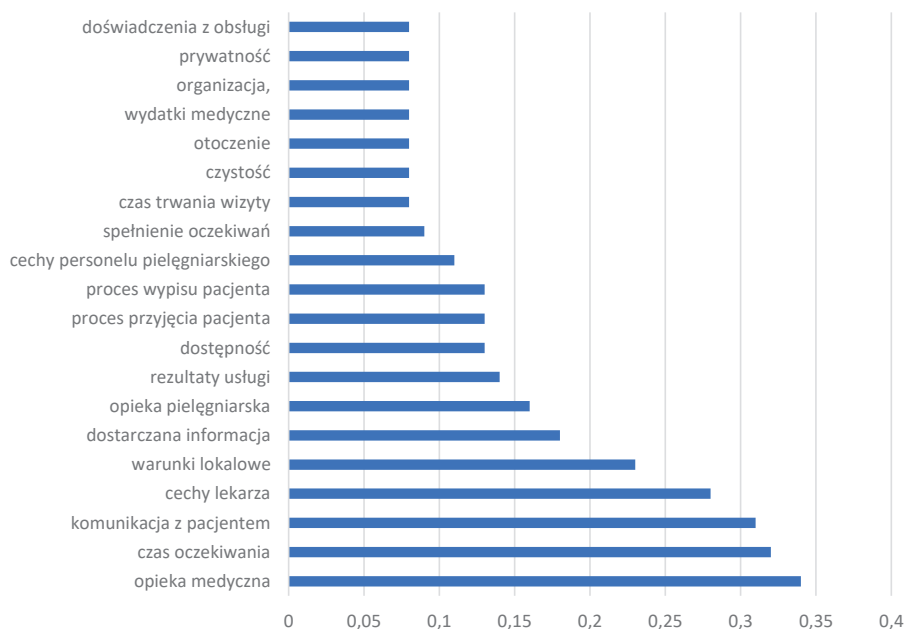
Rysunek 4.4. Zależności pomiędzy fundamentalnymi kategoriami w relacji lekarz–pacjent

Źródło: Krot, K., Rudawska, I. (2016). Budowanie satysfakcji pacjenta na podstawie zaufania – studium empiryczne rynku usług medycznych. *Handel Wewnętrzny*, 4 (363), s. 112.

Najistotniejszym wymiarem zaufania decydującym o satysfakcji pacjentów jest zaufanie do kompetencji lekarskich, mniejsze znaczenie ma przekonanie o uczciwości i życzliwości lekarza. Wynika to z dużego poziomu niepewności, a nawet strachu występującego w trakcie korzystania z usług medycznych. Zaufanie do kompetencji, przekonanie o profesjonalizmie lekarza może ten strach i niepewność obniżyć (Krot, Rudawska, 2016).

Zaufanie pacjenta oznacza również dobrą współpracę obu stron relacji, sprzyja poprawie komunikacji (Boehm, 2003) i wpływa na poprawę zdrowia pacjentów, wywołując efekt terapeutyczny. Zachowanie pacjentów jest wówczas bardziej przewidywalne, a wyniki leczenia poprawiają się. Pacjent lepiej współpracuje (Thom i in., 2002; Platonova, Kennedy, Shewchuk, 2008), jest bardziej otwarty (Gruber, Frugone, 2011) i akceptuje informacje przekazywane przez lekarza (Krot, 2013). Relacja oparta na zaufaniu ma zatem zdolność do budowania satysfakcji i jakości usług opieki zdrowotnej.

Dostawcy usług zdrowotnych i badacze wykorzystują wiedzę na temat doświadczeń i satysfakcji pacjentów do poprawy opieki skoncentrowanej na pacjencie. Informacje te nabierają więc charakteru ekonomicznego, bo pozwalają lepiej gospodarować posiadanymi środkami dzięki inwestowaniu w obszary szczególnie cenione przez pacjentów. Są nimi przede wszystkim: opieka medyczna, czas oczekiwania, komunikacja z pacjentem, cechy lekarza, warunki lokalowe, dostarczana informacja, opieka pielęgniarska, rezultaty usługi, dostępność, proces przyjęcia i wypisu pacjenta, cechy personelu pielęgniarskiego, spełnienie oczekiwań, czas trwania wizyty, czystość, otoczenie, wydatki medyczne, organizacja, prywatność, doświadczenia z obsługi (rys. 4.5).



Rysunek 4.5. Najważniejsze kryteria w ocenie satysfakcji z usług zdrowotnych

Źródło: Ferreira, D.C., Vieira, I., Pedro, M.I., Caldas, P., Varela, M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: a systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, 11 (5), s. 639.

4.3. Pomiar jakości z perspektywy pacjenta

Badanie rezultatów procesu świadczenia usług spełnia trzy powiązane ze sobą funkcje: naprawczą, uczenia i bodźcową (Grupa, 2012). Naprawianie oznacza skupianie się na wyszukiwaniu przypadków niezadowolenia wśród świadczeniobiorców celem zmiany opinii wobec podmiotu bądź usług przez ponowne wyświadczenie usługi, odszkodowanie, bonus, rabat, zwrot pieniędzy, prezent, przeprosiny. Uczenie się polega na niepowtarzaniu popełnionych błędów, czerpaniu nauki z negatywnych doświadczeń, by w przyszłości uniknąć braku satysfakcji oraz w drodze prowadzenia pełnej dokumentacji, analiz oraz dyskusji wypracować potencjał naprawczy. Motywowanie zaś wiąże się z zachęcaniem i włączaniem pracowników w proces świadczenia usługi na najwyższym poziomie celem budowania satysfakcji klienta przez pełne zrozumienie jej znaczenia, świadomość wymiernych korzyści, jakie przynosi w obszarze dobrych relacji.

Pomiar zadowolenia pacjentów pełni wszystkie wymienione funkcje, pozwalając rozpoznać stan opieki zdrowotnej poprzez zasięgnięcie opinii odbiorców usług. Profesjonalne badania w tym zakresie prowadzone są od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Pierwszą instytucją, która zaproponowała je jako narzędzie pomiaru jakości był Instytut Pickera, wkrótce zaś kolejne kraje, począwszy od USA, Francji, Wielkiej Brytanii, zaczęły wprowadzać badania satysfakcji do standardów akredytacyjnych (Gierszewska i in., 2021).

W Polsce coraz bardziej popularne badania zadowolenia prowadzone są w jednostkach opieki zdrowotnej w formie oceny satysfakcji pacjenta z udzielonej usługi medycznej (Kulczycka, 2004; Małecka, Marcinkowski, 2007; Krakowiak, Marjański, 2010; Maconko i in., 2016). Zainteresowanie nimi wynika z tego, że w systemach zdrowia coraz większą rolę odgrywają elementy gospodarki rynkowej, co w praktyce oznacza potrzebę zdobywania szczegółowych informacji na temat postrzegania przez pacjentów usług medycznych. To jedyna droga do spełniania oczekiwań świadczeniobiorców i wzrostu konkurencyjności placówek służby zdrowia. Do oceny wykorzystuje się standaryzowany pomiar ilościowy lub jakościowy, a pozyskane informacje służą poprawie jakości opieki zdrowotnej (Trzcińska, 2019). Oprócz tego w ocenie sięga się po inne metody – badania opinii publicznej, gdzie respondenci wyrażają swoje zdanie na temat funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej (Trzcińska, 2019), a nie tylko wybranego świadczeniodawcy.

Ponieważ ocena jakości może być przeprowadzana z różnych punktów widzenia i przy wykorzystaniu różnych kryteriów, wybór koncepcji jakości usług medycznych determinuje sposób jej pomiaru. W świetle współczesnych doświadczeń spojrzenie na usługi z perspektywy odbiorcy wydaje się najrozsądniejszym podejściem, zatem jakość można rozpatrywać z perspektywy jakości postrzeganej przez pacjenta, która z kolei jest źródłem satysfakcji. Co więcej, badania satysfakcji bywają również przeprowadzane na

podstawie metod oceny jakości, ale tylko te, które w zadowalającym stopniu obejmują szerokie spektrum zmiennych.

Wśród metod oceny świadczonych usług obejmujących kwestię jakości wyróżnia się podejście bezpośrednie i pośrednie. Celem metod bezpośrednich jest ocena poziomu świadczeń opieki zdrowotnej dostarczanych świadczeniobiorcy, co pozwala bezpośrednio zbadać odczucia i reakcje. Zaliczamy do nich m.in.: cieszące się popularnością systemy skarg i wniosków, sondaż diagnostyczny, metodę zdarzeń krytycznych CIT, Six Sigma, analizę Pareto, ale także analizę utraty pacjentów, lojalności pacjentów. Metody pośrednie nie odnoszą się natomiast do wrażeń ani reakcji, ale badają zachowania pacjentów na rynku. Stosuje się tu chociażby pozorne zakupy, benchmarking, analizy trendów sprzedaży świadczeń, raporty pracowników pierwszego kontaktu (Religioni i in., 2015).

Pośród bezpośrednich metod stosowanie systemu skarg i wniosków jest podstawowym sposobem analizy jakości i satysfakcji. W systemie tym klienci przekazują swoje opinie, spostrzeżenia, skargi, sugestie i uwagi (Wolniak, Skotnicka-Zasadzień, 2008) bądź to za pomocą specjalnych formularzy, bądź przez linie telefoniczne przeznaczone do tego celu. Każdy taki sygnał powinien być szczegółowo analizowany, a podejmowane działania służyć naprawie sytuacji. Chodzi zatem o proces „uczenia się” organizacji, bo system skarg i wniosków jest źródłem wiedzy nie tylko o poziomie satysfakcji pacjentów, o uchybieniach i niedociągnięciach (Krot, 2008), ale szansą na lepsze poznanie oczekiwań pacjenta względem jakości otrzymywanych świadczeń zdrowotnych oraz pracy personelu medycznego (Religioni i in., 2015). To nowe gotowe metody działań i pomysły do wykorzystania.

Brak zażaleń i uwag nie oznacza jednak doskonałej jakości i satysfakcji pacjentów – nie wszyscy niezadowoleni z usług zgłaszają bowiem swoje skargi. Zdaniem Sewella i Browna (1992) jeśli nikt się nie skarży, coś jest nie tak. Ważne, aby zachęcać nabywców do wskazywania słabych punktów usługi, bo tylko kilka procent niezadowolonych klientów to robi. Skłonność do wyrażania niezadowolenia w znacznej mierze jest uzależniona od planów co do dalszego korzystania ze świadczeń udzielanych przez daną placówkę. Pacjenci, którzy planują zmiany, nie składają reklamacji.

Choć system nie pozwala na dokładne określenie zadowolenia pacjentów, ponieważ jako zbiór danych jest niekompletny, umożliwia określenie słabych stron świadczenia i świadczeniodawcy, po wyeliminowaniu których zwiększy się satysfakcja pacjentów placówki. Poza tym warto zadbać o przekazywanie pełnej informacji pacjentom, którzy wiedząc, czego mogą oczekiwać i czego się spodziewać, o wiele lepiej oceniają wynik leczenia oraz relację z lekarzem i rzadziej odczuwają powody, by wносить skargi (Krot, 2008).

Ocena usług w drodze sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu różnych technik badawczych to powszechny sposób zbierania danych pierwotnych o jakości usług i opinii na ich temat. Dominuje ankietowanie w formie bezpośredniej, komputerowej, audytoryjnej lub pocztowej, wywiad bezpośredni lub telefoniczny, których znaczącym

ograniczeniem jest deklaratywność wypowiedzi. Stosuje się również obserwację, test skojarzeń słownych, test rysunkowy, test uzupełnień zdań (Szeszycka, 2000), które pozwalają zerwać z wygłaszaniem opinii niezgodnych z rzeczywistością.

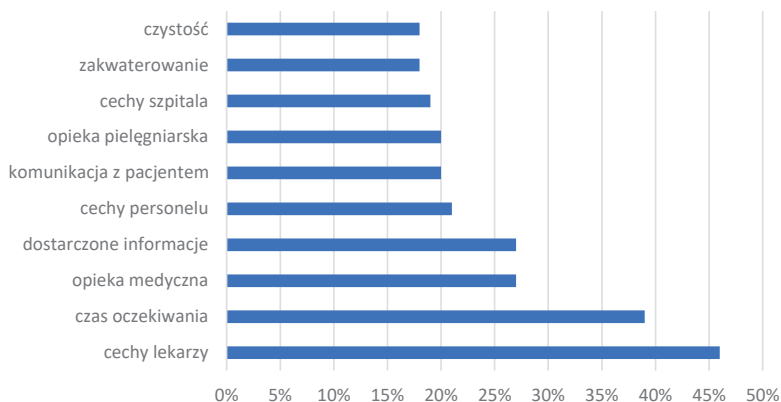
Popularne badania ankietowe z założenia służą przeciwdziałaniu utracie klientów (Kotler, 2005). Opierają się na zastosowaniu kwestionariusza i mają charakter okresowy: bywają realizowane incydentalnie z udziałem różnych respondentów, w formie panelowej, w celu obserwacji zmian w ocenie tej samej grupy klientów, pośród małych zespołów oceniających. Podejście do badań organizowanych w ten sposób może się różnić (tab. 4.5) m.in. szczegółowością pytań zależną od tego, czy bada się jedynie satysfakcję globalną (rys. 4.6), czy satysfakcje częściowe odnoszone do poszczególnych cech rozstrzygających o jakości usługi, miejscem pomiaru, sposobem kontaktu, zastosowaną skalą pomiarową. Pozyskane dane jakościowe i ilościowe można analizować w zróżnicowany sposób, dążąc do prezentacji rezultatów w najwłaściwszy sposób względem postawionego celu badania. Aby badanie opinii pacjentów było obiektywnym i wiarygodnym miernikiem, musi być metodologicznie dopracowane. Ważna jest zarówno poprawna konstrukcja ankiety, jak i liczebność próby, dobór pacjentów do badań, a także racjonalna ocena wyników oraz wyciąganie wniosków (Krok, 2012).

Tabela 4.5. Metodologiczne aspekty ankietowych badań satysfakcji klientów

Przedmiot pomiaru	Satysfakcja częściowa lub globalna Satysfakcja bieżąca lub skumulowana Satysfakcja wyizolowana lub porównywalna
Badana populacja	Klienci danego sektora Wszyscy nasi klienci Wyróżniona grupa naszych klientów
Sposób doboru próby	Losowy Celowy
Miejsce wywiadu	Miejsce sprzedaży, korzystania z usługi Dom, miejsce pracy
Moment pomiaru	„na gorąco” „na zimno”
Sposób kontaktu	Bezpośredni Telefoniczny Przez pocztę Przez Internet
Okresowość	Ankiety periodyczne Ankiety ciągłe
Pomiar satysfakcji	Skala Punktowanie
Pomiar znaczenia	Pytanie bezpośrednie Określanie pośrednie (rachunek)

Analiza danych	Wskaźnik satysfakcji prostej Wskaźnik satysfakcji względnej (w porównaniu z konkurencją) Hierarchia wymiarów i satysfakcji
Prezentacja rezultatów	Profil satysfakcji prostej Macierz znaczenia i satysfakcji Macierz znaczenia i pozycji konkurencji

Źródło: Mazurek-Łopacińska, K. (1999). *Badania marketingowe, podstawowe metody i obszary zastosowań*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, s. 215.



Rysunek 4.6. Najczęściej stosowane kryteria w ocenie satysfakcji pacjenta

Źródło: Ferreira, D.C., Vieira, I., Pedro, M.I., Caldas, P., Varela, M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: a systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, 11 (5), s. 639.

Stosowane w sondażu diagnostycznym wywiady pozwalają na zebranie jedynie danych jakościowych na temat satysfakcji pacjentów z oferowanych usług. Jest to możliwe na dwa sposoby: w drodze poznawania przyczyn niezadowolenia pacjentów po zaistnieniu sytuacji kryzysowej lub okresowego badania satysfakcji losowo wybranych pacjentów celem utrwalenia więzi i budowania lojalności (Religioni i in., 2015). Podobnie jak w przypadku ankietyzacji, wywiady różnią się szczegółowością pytań, miejscem pomiaru, sposobem kontaktu czy zastosowaną skalą pomiarową.

Metoda zdarzeń krytycznych CIT (Critical Incident Technique) to również często stosowane podejście do badania jakości (Gremler, 2004) także w podstawowej opiece zdrowotnej (Gabbott, Hogg, 1996). Ten zestaw procedur używanych do zbierania informacji o zachowaniu człowieka, które mogą być wykorzystywane do rozwiązywania praktycznych problemów i formułowania psychologicznych mechanizmów (Nieżurawski,

Pawłowska, Witkowska, 2010), po raz pierwszy został opisany przez Johna C. Flanagana (1954). Do rozpowszechnienia metody w usługach przyczyniła się praca Bitnera, Boomsa i Tetreaulta (1990), którzy badali źródła satysfakcji i niezadowolienia w relacjach usługowych.

Bazująca na „momentach prawdy” metoda ma na celu wskazanie tzw. zdarzeń krytycznych (Krot, 2008), które miały znaczący wpływ na osiągnięcie sukcesu bądź porażki, czyli zdarzeń w znaczny sposób umniejszających lub przyczyniających się do uzyskania zamierzonego efektu podejmowanego działania. Mogą być nimi interakcje między świadczeniobiorcami a personelem medycznym, zapamiętane i uznane przez pacjentów za ważne. Badaniu poddawane są tylko zdarzenia wywierające istotny wpływ na zmianę poziomu satysfakcji pacjenta, co do których ilość danych jest wystarczająca do przeprowadzenia analiz (Krzyżanowska, Wajdner, 2000) według ustalonej procedury (tab. 4.6).

Tabela 4.6. Etapy działania w metodzie zdarzeń krytycznych (CIT)

Etap	Zadanie do wykonania	Opis
1. Cele ogólne	definiowanie czynności, która ma być wykonana i jej celu	– cel jest zawarty w krótkim stwierdzeniu – opisie funkcjonalnym wskazującym cel danej czynności i to, co osoba biorąca w niej udział powinna osiągnąć – właściwy opis funkcjonalny wspomaga formułowanie pytań badawczych i wskazuje kierunek analizy danych oraz prezentacji wyników – przegląd literatury, aby odkryć i ustalić, co jest już znane na temat zachowań przeznaczonych do badania
2. Plany i specyfikacje	opracowanie szczegółowego planu zbierania danych i dokładnych instrukcji dla obserwatorów	– identyfikacja incydentów krytycznych i rejestrowanie zachowań krytycznych – szczegółowe informacje starannie udokumentowane w celu zapewnienia spójności i obiektywizmu w gromadzeniu danych, zwłaszcza w przypadku badań na dużą skalę – cztery najważniejsze zagadnienia w tym procesie to: • sytuacja do przeprowadzenia obserwacji – warunki lokalizacji, uczestnicy badań i rodzaj aktywności • związek z celem – rodzaje incydentów krytycznych i charakter zachowań krytycznych, które są istotne dla badania • stopień wpływu na cel – kryteria gromadzenia incydentów krytycznych na podstawie ich znaczenia • osoby dokonujące obserwacji – wybór i szkolenia
3. Gromadzenie danych	zbieranie krytycznych incydentów związanych z badaną działalnością	– ocena, klasyfikacja i zarejestrowanie zaobserwowanych zachowań lub wyników – szczegółowe instrukcje dotyczące sposobu zbierania danych, wymaganej wielkości próby i składu pytań: • preferowane indywidualne wywiady lub bezpośrednio obserwacje, dopuszczalne wywiady grupowe i kwestionariusze • informowanie o celu badania • koncentracja na zdarzeniach z własnych doświadczeń • fakty, a nie interpretacja

Etap	Zadanie do wykonania	Opis
4. Analiza danych	analiza danych celem klasyfikacji krytycznych incydentów i identyfikacji krytycznych zachowań	– procedura analizy dość dowolna, ale doświadczenie badacza jest atutem w subiektywnym procesie, który pociąga za sobą pracę analityczną – badacz indukcyjnie i bazując na celu, poszukuje zachowań i na tej podstawie ustala jednostki mające znaczenie – poziomy analizy, czyli kategoryzacja, obejmująca wypowiedzi dotyczące zachowań, podkategorie, kategorie i wreszcie obszary główne
5. Interpretacja i raportowanie	dyskusja nad wynikami i ich interpretacja	– wnioski – ograniczenia badania – wiarygodność, niezawodność, potwierdzalność i przenoszalność – struktura raportu: opisywanie, wyjaśnianie, porównywanie, odzwierciedlanie i ostatecznie implikowanie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Fridlund, B., Henricson, M., Mårtensson, J. (2017). Critical Incident Technique applied in nursing and healthcare sciences. *SOJ Nursing & Health Care*, 3 (1), s. 1–5 oraz Hughes, H. (2007). Critical Incident Technique [w:] S. Lipu, K. Williamson, A. Lloyd (red.). *Exploring methods in information literacy research*. Wagga Wagga, NSW: Centre for Information Studies, s. 49–66.

Popularność CIT wynika z licznych korzyści płynących z jej stosowania. Ponieważ dane zbierane są z perspektywy respondenta i jego własnymi słowami (Edvardsson, 1992), metoda zapewnia bogate źródło informacji, pozwalając pacjentom określić, które incydenty są dla nich najważniejsze w kontekście badanego zjawiska. CIT, umożliwiając swobodny zakres odpowiedzi w ramach badawczych (Gabbott, Hogg, 1996), odzwierciedla normalny sposób myślenia klientów usług (Stauss, 1993), nie zmusza do niczego – respondenci mają możliwość szczegółowego przedstawienia własnych doświadczeń (Stauss, Weinlich, 1997). Dzięki temu, że nie opiera się na małej liczbie z góry określonych komponentów i pozwala na interakcję między nimi (Koelemeijer, 1995), jest skuteczna w badaniu zjawisk, dla których trudno określić wszystkie zmienne *a priori* (de Ruyter, Kasper, Wetzels, 1995). Ta indukcyjna metoda pozwala na generowanie koncepcji i teorii, gdyż nie wymaga żadnych hipotez, a wzorce są tworzone w miarę pojawiania się odpowiedzi (Olsen, Thomasson, 1992).

Choć metoda zdarzeń krytycznych bywa krytykowana głównie pod kątem niezawodności – zgłaszane incydenty mogą być błędnie interpretowane lub źle rozumiane (Edvardsson, 1992; Gabbott, Hogg, 1996), retrospektywny charakter może rodzić wadliwość (Michel, 2001), a wymóg dokładnego i prawdziwego opisu zdarzeń z przeszłości powoduje ryzyko reinterpretacji zdarzenia (Johnston, 1995), to CIT dostarcza istotnych i bardzo konkretnych informacji. Ankiety, wywiady, raporty z obserwacji mogą sugerować praktyczne obszary udoskonaleń (Odekerken-Schröder i in., 2000), stanowiąc podstawę do opracowania odpowiednich procedur, polityki firmy bądź programu szkoleń

personelu mającego kontakt z klientem (Krzyżanowska, Wajdner, 2000). Może prowadzić do odkrycia prawdziwych, głęboko ukrytych, problemów obniżających poziom jakości świadczonych usług.

Kolejną metodą przydatną w ocenie jakości jest Six Sigma, stworzona wprawdzie w celu ulepszania procesów produkcyjnych, bardzo jednak użyteczna w ocenie jakości świadczonych usług zdrowotnych (Sohal i in., 2022). Wprowadzona w latach osiemdziesiątych XX w. przez firmę Motorola, początkowo z założeniem ograniczenia do minimum liczby wad w wytwarzanych produktach, została rozszerzona również na procesy biznesowe i operacje serwisowe. Z czasem stała się zdyscyplinowanym, ilościowym podejściem do usprawniania operacji we wszystkich typach branż i funkcji biznesowych (Blanton, 1999), postrzegana jako kompleksowy i elastyczny system wykorzystujący metody statystyczne (Antony i in., 2018). Jej nadrzędnym celem jest zapewnienie satysfakcji odbiorców przez dostarczenie oferty spełniającej ich oczekiwania (Wiśniewska, 2021).

Six Sigma jest wskaźnikiem tego, jak dobrze działają procesy. Służąc wykonywaniu pracy bez wad, pozwala je identyfikować i eliminować, a wadą jest wszystko, co powoduje niezadowolenie klienta (Crago, 2000). Każdy proces, czynność w ramach procesu lub wynik procesu charakteryzuje się bowiem pewną zmiennością. Te pojawiające się odstępstwa od specyfikacji projektowych lub oczekiwań klientów są wyzwaniem dla działań udoskonalających. Spośród źródeł zmienności tylko te o specjalnej przyczynie powodowanej przez nadzwyczajne lub zewnętrzne zdarzenia są nieprzewidywalne i należy reagować na nie w momencie wystąpienia. Pozostałe, stanowiące według Deminga 94% problemów z jakością, mają charakter systemowy i w związku z tym odpowiedzialność za nie ponosi kadra zarządzająca (Anderson-Wallace, Downham, 2023). Kierownictwo musi więc wziąć na siebie odpowiedzialność za udoskonalenie procesów w celu zmniejszenia zmienności. Tylko za 6% problemów wynikających ze szczególnych przyczyn odpowiedzialność ponosi osoba wykonująca daną czynność, która musi je monitorować i samodzielnie poprawiać wyniki. Zwykle odbywa się to za pomocą tradycyjnych technik statystycznej kontroli procesów (Naumann, 2000) w postępowaniu podzielonym na pięć etapów (tab. 4.7), począwszy od określenia kluczowych procesów aż po usprawnienia.

Tabela 4.7. Etapy wdrażania koncepcji Six Sigma w organizacji rynkowej

Etap	Cele etapu	Charakterystyka etapu
1	Stworzenie jasnego obrazu, który pomoże zrozumieć podstawowe, funkcjonalne działania w organizacji oraz ich wzajemnego oddziaływania z klientami zewnętrznymi	Tworzenie mapy działań kreujących wartości w organizacji powinno opierać się na następujących pytaniach: 1. Jakie procesy możemy uznać za główne bądź tworzące wartość dodaną? 2. Jakie produkty lub usługi dostarczane są klientom organizacji? 3. Jaki charakter mają sprzężenia wewnętrzne i zewnętrzne (z otoczeniem) procesów przebiegających w ramach organizacji?
2	Ustalenie standardów wykonania na podstawie informacji napływających od klientów w taki sposób, aby wydajność procesów mogła być dokładnie mierzona oraz aby istniała możliwość przewidywania satysfakcji klientów. Wprowadzenie lub usprawnienie metod i narzędzi ukierunkowanych na zbieranie informacji artykułowanych przez klientów	Opracowanie czytelnego i wyczerpującego opisu czynników wpływających na satysfakcję klientów w odniesieniu do produktów i procesów; opisy należy przygotować w dwóch kategoriach: 1. „Oczekiwania w stosunku do wyjść” związane z wyrobami lub usługami końcowymi, 2. „Oczekiwania w stosunku do usług”; opisujące sposób i zakres, w jakim organizacja powinna wchodzić w interakcje ze swoimi klientami
3	Właściwa ocena wyników każdego procesu w świetle zdefiniowanych oczekiwań klientów oraz opracowanie systemu pomiarów kluczowych właściwości wytwarzanych wyrobów i świadczonych usług	1. Miary bazowe – ilościowa ocena bieżących wyników procesów. 2. Miary wydajności – oszacowanie możliwości procesów w zakresie spełniania oczekiwań. 3. System miar – nowe lub udoskonalone metody i zasoby, pozwalające na dokonywanie ciągłych ocen przez pryzmat zorientowanych na klienta standardów w zakresie wyników działalności
4	Identyfikacja możliwości dokonania usprawnień o dużym potencjale oraz zorientowanych procesowo rozwiązań, wspierana kreatywnym myśleniem i aktualnymi informacjami. Ponadto efektywne wprowadzenie nowych rozwiązań i procesów	1. Priorytety usprawnień. Potencjał projektów Six Sigma oceniany jest na podstawie ich wykonalności i skutków. 2. Usprawnianie procesu. Rozwiązania ukierunkowane na specyfikację przyczyn źródłowych. 3. Nowe lub przeprojektowane procesy. Nowe działania lub przepływ pracy stworzone w celu zaspokojenia potrzeb, wprowadzania nowych technologii, wzrostu szybkości, dokładności, jakości itp.
5	Zainicjowanie działań biznesowych kierujących usprawnianiem wyników realizowanych procesów, zapewniających ciągły pomiar, przeprowadzających ponowne badania oraz odnawiających produkty, usługi, procesy i procedury. Etap piąty to poziom, na którym organizacja realizuje wytyczne sformułowane w założeniach systemu Six Sigma	1. Kontrola procesu. Pomiary i monitorowanie w celu podtrzymania działań usprawniających. 2. Przyporządkowanie i zarządzanie procesami. 3. Plan odpowiedzi. Mechanizmy działań oparte na kluczowych informacjach pozwalających na doskonalenie produktów i procesów. 4. Kultura Six Sigma. Ukierunkowanie organizacji na ciągłe odnawianie wszelkich aspektów związanych z jej funkcjonowaniem. Narzędzia i zagadnienia związane z koncepcją Six Sigma powinny stać się zasadniczą częścią środowiska biznesowego

Źródło: Doroszewicz, S., Tyszkiewicz, A. (2017). Systemowe podejście do zarządzania jakością według koncepcji Six Sigma. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów. Zeszyt Naukowy*, 158, s. 157–178.

Wdrożenie zasad Six Sigma w placówkach opieki zdrowotnej może pomóc w wyeliminowaniu odchyleń w procesach, usprawnieniu procedur, obniżeniu ich kosztów i poprawie opieki nad pacjentem. Udowodniono, że w obszarze opieki nad chorymi zauważalne jest zmniejszenie liczby błędów popełnianych przez lekarzy, pielęgniarzy i techników, skrócenie czasu realizacji badań laboratoryjnych, skrócenie czasu oczekiwania na wizytę, malejąca liczba etapów w łańcuchu dostaw, przyspieszenie zwrotu kosztów roszczeń ubezpieczeniowych oraz poprawa wyników leczenia pacjentów (Sohal i in., 2024). Dzieje się to dzięki redukcji zmienności w krytycznych dla jakości procesach CTQ (Critical-To-Quality) najistotniejszych z punktu widzenia potrzeb pacjenta. Ich nadzorowanie przebiega przy wykorzystaniu m.in. tzw. kart kontrolnych Shewharta oraz algorytmu działań korygujących, nazwanego cyklem Shewharta (Trzcińska, 2020). Metoda oparta na pełnym zrozumieniu potrzeb klientów, właściwym wykorzystaniu faktów i analizie statystycznej (Religioni i in., 2015) pozwala poznać problemy z zadowoleniem świadczeniobiorców i osiągnąć pożądane efekty w obszarze jakości i satysfakcji z usług.

Analiza Pareto, zwana diagramem 80/20, jest również metodą wykorzystywaną w ocenie jakości opieki zdrowotnej (Steć, Wołyniak, Wdowiak, 2007; Leźnicka i in., 2014). Zasadę będącą podstawą tworzenia analitycznego diagramu opracował Wilfredo Pareto w 1887 r. (Borkowski, 2013), a rezultat prowadzonych przez niego badań, wskazujący że 80% bogactwa znajduje się w rękach 20% ludności, znalazł z czasem zastosowanie w wielu innych dziedzinach praktyki gospodarczej. Do analiz z obszaru jakości zasadę tę wprowadził Joseph Juran, nazywając ją „zasadą Pareto”. Zauważył, że 80% problemów z jakością jest spowodowane przez 20% zidentyfikowanych przyczyn. Obecnie ogólna zasada 80/20 wskazująca, że ok. 20% elementów reprezentuje ok. 80% skumulowanej wartości (Delers, 2023) ma zastosowanie m.in.: w analizie kosztów, produktów, klientów, rynków, dostawców, lecz największą popularnością cieszy się w obszarze jakości (Kowalik, 2018).

Ocena jakości przy zastosowaniu analizy Pareto polega na zidentyfikowaniu krytycznych punktów wymagających szerszej uwagi i analizy. Dzięki analizie częstości i istotności występowania niezgodności, eliminacja problemów jakościowych występujących najczęściej oraz generujących największe koszty pozwala na optymalizację działań, satysfakcję klientów, redukcję zbędnych kosztów.

Analizy uzupełnione o wartości skumulowane z wykorzystaniem danych zebranych przy użyciu arkusza kontrolnego noszą nazwę diagramu Pareto-Lorenza (Knights, 2001). To wykres utworzony z wykresów słupkowego i liniowego, będący graficzną prezentacją częstotliwości występowania przyczyn danego problemu oraz ich wartości skumulowanej. Aby go zbudować, należy znaleźć i ocenić przyczyny zidentyfikowanego problemu (tab. 4.8), a dane zestawić w tabeli z kolumnami odpowiadającymi nazwom poszczególnych kategorii, bezwzględnej częstości występowania lub nasileniu oddziaływania (np. liczba wad danego typu w przedziale czasowym), procentowemu udziałowi

w rozpatrywanym zagadnieniu (np. procent wad danego typu w ogólnej liczbie wad) oraz procentom skumulowanym (Grudowski, 1996).

Tabela 4.8. Procedura analizy Pareto

Etap	Zadanie	Opis
1	Identyfikacja problemu	Ustalenie rodzaju problemu – typów wad, błędów, problemów z jakością
2	Gromadzenie danych	Zbieranie materiału do analiz w drodze ankietyzacji
3	Identyfikacja przyczyn	Ustalenie powodów wystąpienia problemu
4	Przedział czasowy	Zebranie danych o czasie powstania zdarzeń (dzień, zmiana, rok, itp.) celem późniejszego porównywania z efektami wprowadzonych zmian
5	Ustalenia częstości występowania poszczególnych kategorii	Określenie liczby obserwacji mających pewną właściwość
6	Uporządkowanie przyczyn	Uszeregowanie kategorii wg malejącej częstości
7	Ustalenie częstości procentowych i skumulowanych	Określenie stosunku liczby obserwacji mających pewną właściwość do liczebności całej próby statystycznej oraz zsumowanie częstotliwości występowania poszczególnych kategorii od najniższej do najwyższej z ich wartości
8	Określenie skal osi wykresu	Skala osi pionowej to zazwyczaj bezwzględna częstość występowania oraz procent skumulowany, a rodzaj problemu dla osi poziomej
9	Utworzenie wykresu	Sporządzenie wykresu częstości dla poszczególnych kategorii czynników (wykres Pareto) i krzywej dla procentów skumulowanych (krzywa Lorenza) w kolejności od największego do najmniejszego
10	Analiza diagramu	Wyciągnięcie wniosków celem wdrożenia działań naprawczych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Grudowski, P. (1996). Podstawowe metody i techniki wykorzystywane w doskonaleniu jakości [w:] R. Kolman (red.). *Wybrane zagadnienia zarządzania jakością*. Gdynia: Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu w Gdyni, s. 92–93; Kowalik, K. (2018). Diagram Pareto-Lorenza w teorii i praktyce zarządzania jakością. *Archiwum Wiedzy Inżynierskiej*, 3 (1), s. 23.

Metoda użyteczna w analizie procesów usługowych, które generują zmienne podające się kategoryzacji, pozwala na podjęcie działań korygujących i zapobiegawczych dla stosunkowo niewielkiej grupy zidentyfikowanych przyczyn (20%), które przełożą się na możliwie największą redukcję błędów i poprawę poziomu jakości. W praktyce oznacza to, że analiza wskazuje kierunki działań podejmowanych na niewielką skalę i przy niewielkich kosztach, a oddziałujących na najistotniejsze zagadnienia, maksymalizując efekt (Radson, Boyd, 1997). Metoda może służyć nie tylko identyfikacji najważniejszych

źródeł problemów, ale także prezentacji rezultatów działań korygujących w danej dziedzinie. W tym celu umieszcza się obok siebie wykresy przed i po wykonaniu działań naprawczych przy zastosowaniu tych samych skal i rodzajów danych (Grudowski, 1996).

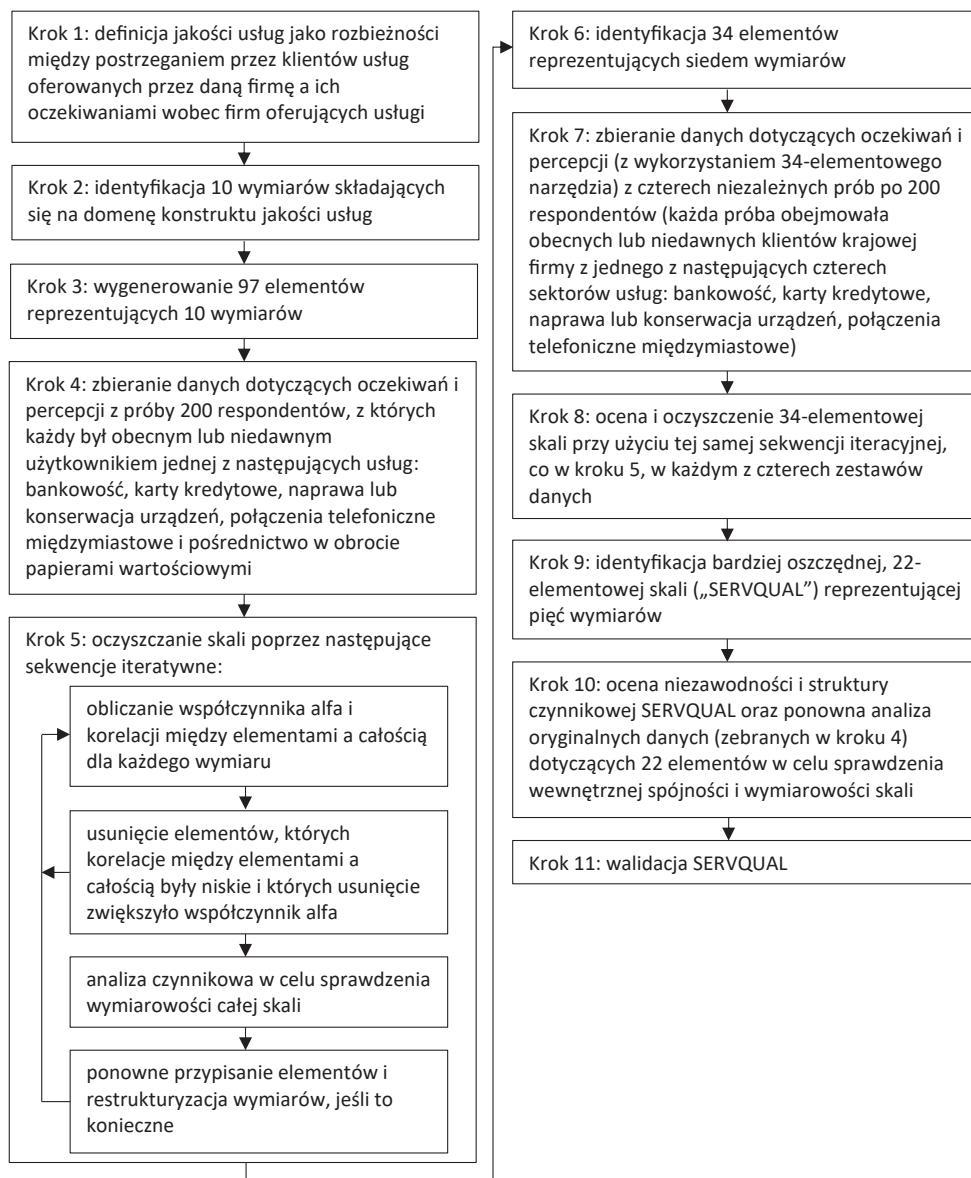
W ocenie jakości świadczeń zdrowotnych analiza Pareto pozwala na podstawie zebranych informacji o satysfakcji pacjentów na uzyskanie wiedzy na temat powodów niezadowolenia ze świadczonych usług. Bazując na rozkładzie ważności, metoda wskazuje szczególnie palące problemy w ramach poszczególnych aspektów satysfakcji (wady), które wymagają podjęcia działań naprawczych (Steć, Wołyniak, Wdowiak, 2007). W ten sposób przeciwdziała się negatywnym zjawiskom o największej częstotliwości występowania i zjawiskom przysparzającym największych kosztów.

4.4. Servqual – bazowy model oceny jakości postrzeganej

Do oceny jakości usług zdrowotnych opartej na danych pierwotnych dotyczących realizowanych świadczeń stosowane są określone modele, z których w literaturze przedmiotu dominują: model Donabediana, Servqual i Healthqual oraz dwa przeznaczone dla szpitali: PubHosQual i HospitalQual (Endeshaw, 2021). Na szczególną uwagę zasługuje Servqual. Po pierwsze, metoda wykorzystywana jest do badania i oceny jakości usług, a ze względu na jej charakter jest przydatna w ocenie usług POZ. Po drugie, ze względu na jej popularność i uniwersalność – to najbardziej znana, najczęściej omawiana, opisywana, eksploatowana, adaptowana i modyfikowana przez wielu badaczy i praktyków na całym świecie pierwsza koncepcja pomiaru stosowana do oceny jakości w usługach (Stoma, 2012). Oparta na znormalizowanych parametrach metoda opracowana przez Parasuramana, Zeithaml i Berry'ego (1988), pierwotnie na potrzeby usług sektorów niemedyceńskich, powstała jako konsekwencja wykorzystania w praktyce modelu jakości usług (model pięciu luk) stworzonego przez ten sam zespół badawczy (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985). Ich kompleksowe podejście (rys. 4.7) pozwoliło zdefiniować jakość usług i ujawniło wymiary postrzeganej i ocenianej przez konsumentów jakości, a wraz z wiedzą pochodzącą z innych prac z tego obszaru (Sasser, Olsen, Wyckoff, 1978; Grönroos, 1982) posłużyło za podstawy koncepcyjne skali Servqual.

W procedurze badawczej zastosowano badanie fokusowe celem poznania opinii na temat:

- atrybutów jakości usług postrzeganych przez menedżerów firm usługowych i konsumentów,
- typowych problemów i zadań związanych z zapewnianiem klientom wysokiej jakości usług,
- różnic w postrzeganiu jakości usług przez konsumentów i marketingowców,
- wykonalności połączenia postrzegania jakości usług przez konsumentów i marketingowców w jeden model jakości usług widziany z perspektywy konsumenta.



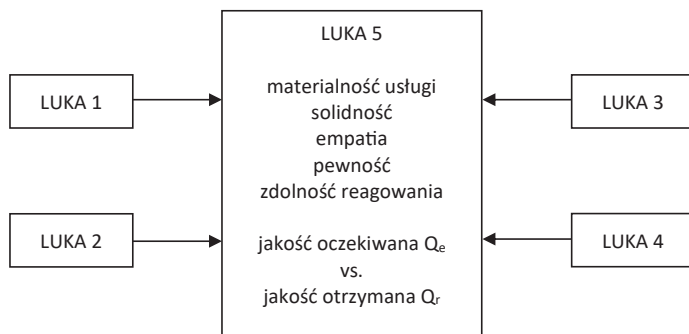
Rysunek 4.7. Podsumowanie kroków zastosowanych przy opracowywaniu skali jakości usług

Źródło: Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perception of quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 14.

Na tej podstawie autorzy spostrzegli, że każdy usługobiorca wyobraża sobie potencjalną jakość usługi przed jej zrealizowaniem, czerpiąc z własnej wiedzy, doświadczeń, potrzeb oraz wymiany informacji (Stoma, 2012), a jakość usług opiera się na różnicy między tym, czego oczekuje konsument a tym, co faktycznie otrzymuje. W celu jej ustalenia, skonstruowano 10 uniwersalnych wymiarów, tj.: materialność, rzetelność, zdolność reagowania, komunikatywność, zaufanie, bezpieczeństwo, kompetencje, uprzejmość, zrozumienie i dostępność, które nazwano podstawowymi kryteriami jakości usług. Każdemu z nich przyporządkowano pary twierdzeń – 97 zestawów przedstawiających różnorodne oczekiwania usługobiorców. Punktem wyjścia systemu pomiarowego stało się wnioskowanie statystyczne na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych. Zredukowano tą drogą liczbę twierdzeń do 22 par pogrupowanych w pięciu podstawowych wymiarach dostrzeganych przez klientów, tj.:

- materialności usług (*tangibles*) – wygląd placówki usługowej, jej wyposażenie biorące udział w świadczonej usłudze, prezencja personelu, materiały informacyjno-reklamowe,
- solidności (*reliability*) – zdolność świadczenia usługi na odpowiednim poziomie i we właściwy sposób,
- empatii (*empathy*) – indywidualne podejście do każdego odbiorcy, zrozumienie potrzeb,
- pewności (*assurance*) – fachowość i wiedza personelu, wiarygodność, wzbudzanie zaufania przez personel, uprzejmość, wiarygodność, bezpieczeństwo i zaufanie,
- zdolności reagowania (*responsiveness*) – reagowanie i szybkie działanie wobec niespełnionych oczekiwań klientów, terminowość, gotowość do udzielenia pomocy, odpowiedzialność i wrażliwość.

Servqual został zaprojektowany więc tak, by mierzyć rozbieżności między poziomem świadczonych usług a oczekiwaniami. Mimo że różnice dotyczą jedynie ostatniej z luk w teorii pięciu luk zespołu Parasuramana – rozbieżności między oczekiwaniami a postrzeganiem usługi, w praktyce pozostałe cztery luki są również objęte badaniem, choć pośrednio. Dzieje się tak, ponieważ wywierają one wpływ na finalnie występującą ostatnią z luk. Będąc funkcją wszystkich zidentyfikowanych rozbieżności, wywołuje konieczność podejmowania określonych działań (rys. 4.8).



Rysunek 4.8. Model jakości usług Servqual

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zeithaml, V.A., Berry, L.L., Parasuraman, A.A. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, 52 (2), s. 46.

Skonstruowany w ten sposób uniwersalny wzorzec stał się bazą kwestionariusza oceny jakości na potrzeby konkretnych badań (tab. 4.9), w których klienci ustosunkowują się do zawartych twierdzeń, używając siedmiopunktowej skali Likerta (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”).

Tabela 4.9. Twierdzenia kwestionariusza Servqual

Kwestionariusz Servqual	
Wymiar	Twierdzenia adresowane do klienta
Materialność usług	Wyposażenie firmy wygląda nowocześnie
	Otoczenie fizyczne firmy jest atrakcyjne wizualnie
	Pracownicy są schludni
	Materiały dotyczące świadczonej usługi są atrakcyjne wizualnie
Solidność	Obiecane wykonanie usługi jest dotrzymywane
	Gdy masz problem, firma stara się go rozwiązać
	Usługa jest świadczona poprawnie za pierwszym razem
	Usługa jest świadczona w obiecany czas
	Firma kładzie nacisk na bezbłądność dokumentacji

Kwestionariusz Servqual	
Wymiar	Twierdzenia adresowane do klienta
Empatia	Jestem traktowany indywidualnie
	Godziny otwarcia są dogodne dla klientów
	Zatrudnieni pracownicy poświęcają mi uwagę
	Firma ma na uwadze moje interesy
	Pracownicy rozumieją moje specyficzne potrzeby
Pewność	Zachowanie pracowników wzbudza we mnie zaufanie
	Czuję się bezpiecznie, przeprowadzając transakcję
	Pracownicy są wobec mnie zawsze uprzejmi
	Pracownicy mają wiedzę, by odpowiadać na moje pytania
Zdolność reagowania	Pracownicy informują mnie dokładnie o terminie wykonania usługi
	Pracownicy obsługują mnie sprawnie i szybko
	Pracownicy zawsze służą mi pomocą
	Pracownicy nie są nigdy zbyt zajęci, by odpowiedzieć mi na pytania

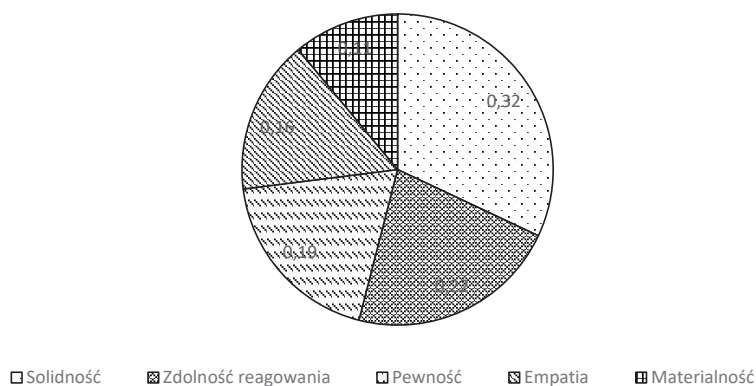
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L. (1990). Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: The Free Press, s. 176–180.

Każde ze stwierdzeń modelu Servqual będące miarą jakości konkretnej usługi jest dwukrotnie wykorzystywane w badaniu. Najpierw do pomiaru oczekiwanego przez nabywcę poziomu wykonania usługi, a potem do pomiaru poziomu wykonania tej samej usługi. Pojawia się zatem oczekiwanie oraz przeżycia towarzyszące świadczeniu usługi. Z różnic między korespondującymi stwierdzeniami wyprowadzana jest miara jakości rozumianej również jako satysfakcja klienta.

Żeby tę jakość precyzyjnie ocenić, uzasadnionym zabiegiem jest wprowadzenie systemu ważenia kryteriów, o co zadbał zespół Parasuramana (1990), opracowując uniwersalny zestaw wag (rys. 4.9). Okazało się bowiem, że bez względu na branżę usługową, nabywcy przypisują podobne znaczenie poszczególnym cechom usług. Uzyskane tą drogą wyniki pozwalają poddać analizie zarówno rezultaty nieważone, jak i ważne – skorygowane o wagę kryteriów.

Postrzegana przez nabywcę różnica między usługą oczekiwaną a otrzymaną jest sprawą indywidualną i subiektywną, dlatego w praktyce świadczeniobiorca może znaleźć się w jednej z trzech odmiennych sytuacji:

- jakość usługi nabytej przez klienta pokrywa się z jego wyobrażeniami (jakość oczekiwana Q_e = jakość otrzymana Q_r) – ponieważ klient akceptuje sposób realizacji usługi, jakość należy uznać za zadowalającą;
- różnica między usługą otrzymaną a usługą oczekiwaną jest ujemna (jakość oczekiwana $Q_e >$ jakość otrzymana Q_r) – niezgodny z oczekiwaniami klienta sposób świadczenia usługi sprawia, że klient wystawia niskie, niesatysfakcjonujące i nie do zaakceptowania oceny jakościowe, więc pojawia się rozczarowanie i niezadowolenie;
- różnica między usługą otrzymaną a usługą oczekiwaną jest dodatnia (jakość oczekiwana $Q_e <$ jakość otrzymana Q_r) – jeżeli sposób świadczenia usługi przewyższa oczekiwania klienta, realizacja usługi zyskuje uznanie i pojawiają się wysokie oceny jakości, bardzo pozytywne reakcje i zachwyty.



Rysunek 4.9. Ważność wymiarów jakości w metodzie Servqual

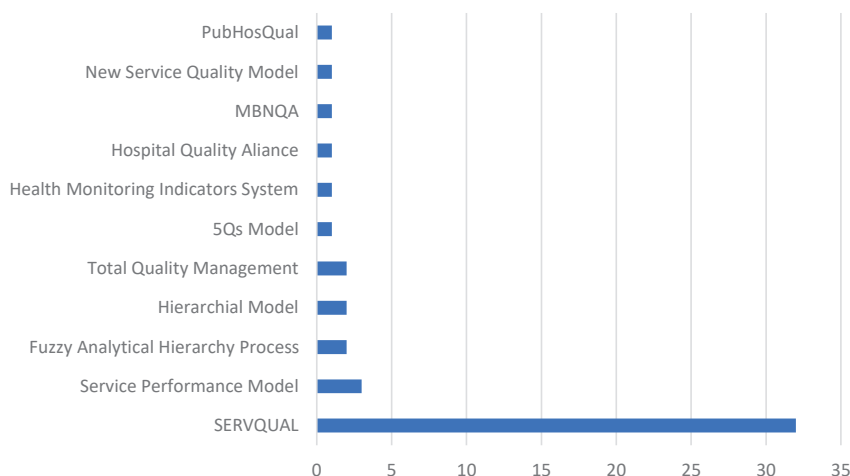
Źródło: Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L., (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press, s. 28.

Identyfikacja rozbieżności może pomóc w zniwelowaniu dysonansu pomiędzy poziomem oczekiwań a postrzeganiem przez pacjentów świadczonej usługi, co przekłada się zarówno na lepszą jakość, jak i wzrost satysfakcji (Christoglou, Vassiliadis, Sigalas, 2006).

Analizując założenia i procedurę analizy Servqual, zasadne jest uznanie metody za odpowiednią w celu monitorowania jakości w różnych obszarach usług. Potwierdzeniem tego są obecne w literaturze przedmiotu liczne, pochodzące z różnych zakątków świata przykłady wykorzystania metody na potrzeby m.in. restauracji (Vijayvargy, 2014), administracji samorządowej (Nogueira, Ribeiro, Remondes, 2023), szkolnictwa wyższego (Fuchs, Fangpong, 2021), banków (Sugiarto, Octaviana, 2021), turystyki (Thi i in., 2020). Znacząca część badań dotyczy także sektora opieki zdrowotnej – wszelkich

świadczonych usług zdrowotnych, jak i satysfakcji z nich płynącej. Wskazują na to autorzy przeglądowych artykułów na temat oceny jakości usług zdrowotnych.

Według Darzi, Islam, Khursheed i Bhat (2022) najpopularniejszą metodą oceny usług jest właśnie Servqual (rys. 4.10), a jeśli nawet nie jest stosowany, to zdecydowana większość badań prowadzonych na bazie zidentyfikowanych pozostałych teorii zazwyczaj opiera się na wymiarach Servqual jako parametrach jakości usług opieki zdrowotnej. Ustalono nie tylko, że popularne jest używanie determinant Servqual jako narzędzia do określania poziomu satysfakcji pacjentów, ale że wszystkie z nich mają istotny pozytywny związek z satysfakcją.



Rysunek 4.10. Teorie stosowane w jakości usług opieki zdrowotnej

Źródło: Darzi, M.A., Islam, S.B., Khursheed, S.O., Bhat, S.A. (2023). Service quality in the healthcare sector: a systematic review and meta-analysis. *LBS Journal of Management & Research*, 21 (1), s. 21.

Jonkisz, Karniej i Krasowska (2021) wykazali w swoich analizach, że Servqual jest z powodzeniem stosowany od wielu lat do oceny jakości usług medycznych w krajach o różnym poziomie rozwoju gospodarczego, w równym stopniu w specjalizacjach leczenia chirurgicznego i zachowawczego, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych. Jest niezbędnym narzędziem oceny jakości usług medycznych i ważnym źródłem informacji o oczekiwaniach pacjentów. Użyteczny z punktu widzenia poprawy jakości w dłuższej perspektywie służy do identyfikacji czynników jakościowych i pomiaru satysfakcji pacjentów różnych podmiotów świadczących usługi medyczne. Jest metodą opartą na założeniach ekonomicznych, która po wdrożeniu skutecznie poprawia jakość usług medycznych. Autorzy podkreślają jednak, że różnorodność potrzeb pacjenta

wraz z różnicami w sposobach organizacji opieki zdrowotnej determinują konieczność każdorazowego dostosowywania metody do konkretnych usług.

Endeshaw (2021) podczas poszukiwania odpowiedniego narzędzia do pomiaru jakości usług opieki zdrowotnej, które byłoby zawsze i wszędzie zgodne z unikalną naturą usług, również zaliczył Servqual do najpopularniejszych, uniwersalnych metod oceny. Wskazał jednak, że dyskusja nad przydatnością teorii luk i ujętych tu wymiarów w różnych branżach i środowisku opieki zdrowotnej, stały się głównymi powodami przebudowy instrumentu. Powstały różne wersje kwestionariuszy oceny służące pomiarom w określonych okolicznościach. Carman (1990) zidentyfikował nowe wymiary, a mianowicie: obsługę przyjęć, namacalne zakwaterowanie, namacalne jedzenie, namacalną prywatność, opiekę pielęgniarską, wyjaśnienie leczenia, dostęp i uprzejmość wobec gości, planowanie wypisu i rozliczanie pacjentów. Tucker i Adams (2001) oparli się na czterech kryteriach, tj.: troskliwości, empatii, niezawodności i responsywności. Jabnoun i Chaker (2003) znaleźli pięć determinant: niezawodność, responsywność, umiejętności wsparcia, empatię i namacalność. Boshoff i Gray (2004) zoperacjonalizowali jakość usług zdrowotnych w siedmiu wymiarach, tzn. komunikacji, rzeczach materialnych, empatii personelu pielęgniarskiego, zapewnieniu wiarygodności, responsywności personelu administracyjnego, bezpieczeństwie i responsywności lekarza. Herstein i Gamliel (2006) do pięciu aspektów Servqual dodali markę własną. Ramsaran-Fowdar (2008) postawił w swych analizach na niezawodność oraz uczciwe i równe traktowanie jako najważniejsze wymiary jakości usług opieki zdrowotnej w zmodyfikowanej skali. Babakus i Mangold (1992) uznali Servqual za ważną i niezawodną w opiece zdrowotnej, lecz tylko w odniesieniu do funkcjonalnej jakości usług, co implikuje konieczność uwzględnienia w ocenie jej technicznych aspektów. Babakus i Boller (1992) podkreślili w swej pracy wymóg ujęcia wymiarów specyficznych dla branży w celu pomiaru jakości usług opieki zdrowotnej. Brown, Churchill i Peter (1993) też odkryli pewne problemy z Servqual i zasugerowali potrzebę nowej metody o właściwościach psychometrycznych, która obejmowałaby zarówno funkcjonalne, jak i techniczne aspekty jakości w obszarze zdrowia.

Uniwersalność modelu Servqual nie zapewniła mu pełnego poparcia, a zarzuty stawiane metodzie uporządkowali Van Dyke, Prybutok i Kappelman (1999). Trudności związane z metodą można zatem przypisać do czterech głównych kategorii: problemy z korzystaniem z różnic bądź z punktów luki, zarzuty pod adresem wiarygodności modelu, niejednoznaczna definicja pojęcia „oczekiwania” oraz niestabilna wymiarowość instrumentu Servqual. Wśród badaczy trudno również o zgodę w kwestii adekwatności metody na potrzeby rynku usług zdrowotnych. Głosy optujące za utworzeniem ramy oceny specjalnie stworzonej dla sektora opieki zdrowotnej zwykle jednak odnoszą się do leczenia szpitalnego (Camilleri, O’Callaghan, 1998; Black, 2000; Juwaheer, Kassean, 2006). Na bazie teże dyskusji i krytyki powstał Healthqual – popularny schemat oceny pracy szpitali (Lee, 2017; Nemati i in., 2020; Suwarno i in., 2023; Alkhatib, Aloqualy, 2024). Uwzględniono w nim procesy przyjęć, postawy lekarzy i pielęgniarek, środowisko

oddziału/szpitala, udogodnienia/obiekty dla pacjentów oraz planowanie i koordynację wypisu.

Mimo krytyki (Teas, 1994; Newman, Maylor, Chansarkar, 2001) Servqual pozostaje uniwersalnym modelem pomiaru jakości usług (Yarmak, Rollnik-Sadowska, 2022), który można zastosować do oceny jakości usług i adaptować w miarę potrzeb. Ma wiele zalet w porównaniu z innymi metodami pomiaru jakości i satysfakcji usług zdrowotnych wynikających z konstrukcji modelu i przyjęcia w ocenie perspektywy klientów, ich oczekiwań, co pozwala na zrozumienie potrzeb i preferencji pacjentów. Jest stosunkowo łatwa do zastosowania i dostarcza konkretnych wyników, które można wykorzystać do doskonalenia obsługi klienta. Wśród korzyści płynących z zastosowania metody jej twórcy (Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990) wskazali m.in. na:

- określenie poziomu jakości usług w każdym z pięciu badanych wymiarów,
- średni poziom różnic pomiędzy oczekiwaniami a doświadczeniami dla poszczególnych aspektów jakości,
- identyfikację zmian w oczekiwaniach i doświadczeniach klientów oraz możliwość ich monitorowania w czasie,
- obliczenie ważonego poziomu jakości,
- przeprowadzanie wewnątrz- i międzybranżowych porównań otrzymanych wyników,
- określenie segmentów rynku, które formułują odmienne od innych oczekiwania,
- możliwość monitorowania słabych i mocnych stron oferowanych usług.

Metodyka i zakres badań

Jakość postrzegana przez pacjenta i satysfakcja z opieki zdrowotnej nie zawsze były istotnym elementem usług zdrowotnych. Tradycyjnie przywiązywano wagę jedynie do ich obiektywnych kryteriów, a nie tych cenionych i dostrzeganych przez pacjentów. W miarę upływu czasu i zmian w strukturze branży dla świadczeniodawców stało się ważne zrozumienie potrzeb i oczekiwań świadczeniobiorców. Uwaga została więc przekierowana na wskaźniki innego typu, w kierunku pacjentów i ich roli w podejmowaniu decyzji (Dagger, Sweeney, Johnson, 2007). W związku z tym na zorientowanym na konsumenta rynku opieki zdrowotnej, gdzie świadczenie jest utowarowione, to pacjent powinien oceniać jakość usług (Kotler, Keller, 2006) również, a może przede wszystkim, tych świadczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej ze względu na ich pierwszorzędą rolę w systemie opieki zdrowotnej.

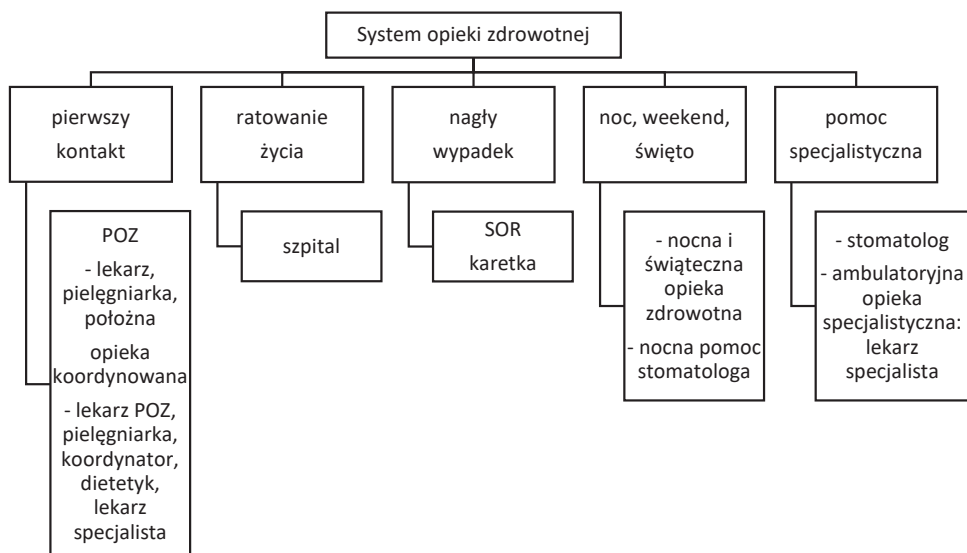
Ponieważ postrzegana przez pacjenta jakość nie jest wartością stałą, a jej ocena ulega zmianie w sytuacji występowania różnych czynników, ważnym zadaniem jest zyskanie wiedzy, które z nich i w jaki sposób ją determinują. Jedną z tych zmiennych jest Internet i wykorzystanie go jako źródła informacji o zdrowiu. Czerpanie wiedzy medycznej i okołomedycznej jako przejaw informacyjnej i edukacyjnej funkcji Internetu kształtuje bowiem zachowania pacjenta (Soboń, 2021), jego aspiracje (Singh, Prasher, 2019), wyobrażenia i oczekiwania. Satysfakcja jest zaś negatywnie skorelowana z oczekiwaniami (Wyrzykowska, 2007). U pacjentów z niskim poziomem oczekiwań korzystanie z placówki medycznej przyniesie prawdopodobnie wyższą satysfakcję z jakości opieki, a pacjent z oczekiwaniami niemożliwymi do spełnienia będzie najmniej zadowolony. Co więcej, oczekiwania nie zawsze pokrywają się z oceną kompetentnego personelu medycznego, a zadowolenie można czasami uzyskać przy słabych rezultatach medycznych (Gierszewska i in., 2021).

5.1. Środowisko prowadzenia badań

Za środowisko prowadzonych badań obrano podstawową opiekę zdrowotną stanowiącą istotny, a zarazem bazowy element systemu ochrony zdrowia. System ten jako zespół

organizacji, instytucji i zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), świadczy usługi jednostkom i populacji oraz współpracuje z innymi sektorami, aby modyfikować społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. Jego zadaniem jest zapewnienie zdrowia mieszkańcom na jak najwyższym poziomie poprzez zapobieganie chorobom, promocję zdrowia i międzysektorową współpracę, a przede wszystkim opiekę zdrowotną (Piotrowicz, Cianciara, Wysocki, 2009). W tym celu konieczne jest świadczenie usług zdrowotnych przy uwzględnieniu wielu zmiennych specyficznych dla danej społeczności oraz dostosowanie wielkości, struktury i rozmieszczenia przestrzennego zasobów do potrzeb zdrowotnych populacji (Zgliczyński, 2018). Zgodnie bowiem z art. 68 Konstytucji RP z 1997 r. wszyscy obywatele, niezależnie od sytuacji materialnej, mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483).

Dostarczanie świadczeń zdrowotnych związanych z diagnozowaniem i leczeniem chorób, promocją, utrzymaniem i przywracaniem zdrowia przebiega w ramach infrastruktury systemu opieki zdrowotnej. W systemie funkcjonują podmioty zajmujące się leczeniem pacjentów, takie jak przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej, szpitale czy zakłady opiekuńczo-lecznicze (rys. 5.1), a świadczenia przyjmują postać m.in. opieki ambulatoryjnej, czyli podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.



Rysunek 5.1. Podstawowe elementy systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Źródło: opracowanie własne.

Podstawowa opieka zdrowotna to główny szczebel systemu, od którego działania zależy w dużym stopniu efektywność całego procesu leczenia pacjenta i wydolność systemu opieki zdrowotnej (GUS, 2023b). Choć na jej kluczową rolę wskazuje się już od dawna (Ministerstwo Zdrowia, 2021), czego świadectwem jest chociażby deklaracja z Ałma Aty, przyjęta na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1978 r. i odnowiona w 2018 r. w Astanie, mówiąca o zapewnieniu opieki zdrowotnej jak najbliżej miejsca, w którym ludzie mieszkają i pracują (Declaration, 1978), dziś nabiera jeszcze większego znaczenia. Światowa Organizacja Zdrowia nie tylko bowiem podkreśla znaczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej dla zachowania zdrowia całej populacji, ale wspiera wzmacnianie funkcjonowania tego poziomu systemów zdrowia, będącego jednym z priorytetów reform państw europejskich (WHO, 2021). Ilustracją zjawiska jest rezolucja Regionalnego Biura WHO dla Europy (WHO Regional Office, 2022) sporządzona na bazie wizji osiągnięcia potencjału POZ i wdrożenia zobowiązań podjętych w Europejskim programie prac na lata 2020–2025 (WHO Regionalne Biuro, 2021), w którym Światowa Organizacja Zdrowia:

1. Uznaje znaczenie kompleksowej, wydajnej i dostępnej podstawowej opieki zdrowotnej w dążeniu do realizacji priorytetów Europejskiego planu pracy na lata 2020–2025.
2. Wyraża swoje zaangażowanie we wdrażanie wniosków wyciągniętych z pandemii COVID-19 dla podjęcia trwałych działań w celu rozwijania usług podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Wzywa państwa członkowskie do:
 - a) wzmacniania mechanizmów rządowych dla POZ, aby zapewnić większą reakcję na potrzeby regionalne i lokalne;
 - b) priorytetowego finansowania i zasilania POZ zasobami, aby bezpłatnie świadczyć podstawowe lub kompleksowe usługi POZ, wprowadzić zachęty mające na celu przyciągnięcie, przeszkolenie i zatrzymanie pracowników służby zdrowia i przyspieszyć wdrażanie rozwiązań cyfrowych;
 - c) poprawy jakości POZ poprzez włączenie praktyki ogólnej i medycyny rodzinnej do wieloprofilowych zespołów;
 - d) przyjęcia strategii mających na celu zwiększenie integracji kompleksowego zakresu usług na różnych poziomach opieki;
 - e) budowy partnerstwa w społecznościach lokalnych;
 - f) zapewnienia, że POZ jest podstawowym elementem wzmacniania mechanizmów gotowości i reagowania na przyszłe sytuacje awaryjne;
 - g) lepszego wykorzystania POZ do promowania zdrowia i dobrego samopoczucia poprzez budowanie pomostów między nią a zdrowiem publicznym i usługami socjalnymi, identyfikowanie i docieranie do osób z problemami zdrowotnymi i społecznymi w czasie rzeczywistym, zachęcanie do promocji zdrowia i profilaktyki, inwestowania w umiejętności zdrowotne, w tym cyfrowe;

- h) pozycjonowania POZ jako platformy do realizacji regionalnych flagowych inicjatyw Europejskiego planu pracy, zakotwiczyć je w cyfryzacji usług zdrowotnych oraz spostrzeżeniach behawioralnych i kulturowych;
 - i) inwestowania w monitorowanie POZ i zarządzanie jej efektywnością.
4. Prosi, by:
- a) nadal promować POZ jako podstawową strategię rozwoju gospodarczego i społecznego;
 - b) zapewnić wsparcie inwestycji regulacjami i kierować ich wdrażaniem;
 - c) inwestować w międzynarodowe platformy wymiany, aby inspirować do zmiany;
 - d) utworzyć sieci krajowych punktów kontaktowych POZ;
 - e) projektować i wdrażać środki mające na celu zwiększenie potencjału decydentów, menedżerów i dostawców POZ;
 - f) rozwijać wskaźniki pomiaru i monitorowania wpływu, wydajności i pojemności POZ.

W polskiej przestrzeni prawnej pojęcie podstawowej opieki zdrowotnej precyzują przede wszystkim przepisy Ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. (Dz.U. 2022.2527 t.j.), stanowiąc, że POZ jest miejscem pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem opieki zdrowotnej, z wyłączeniem sytuacji, w których występuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego lub udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawowa opieka zdrowotna wybiega jednak swoim zakresem poza udzielanie świadczeń zdrowotnych, w swoich założeniach powinna integrować opiekę medyczną z działaniami z zakresu pomocy społecznej i edukacji zdrowotnej, kładąc szczególny nacisk na szeroko rozumianą profilaktykę (Bem, 2011). Jej celem jest:

- zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną,
- koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie,
- ocena potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych,
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego,
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa,
- zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Ustawa wprowadza również pojęcie koordynacji opieki zdrowotnej, gdzie lekarz POZ we współpracy z pielęgniarką i położną POZ planują i realizują opiekę nad świadczeniobiorcą w ramach przydzielonych zadań. Zintegrowanie udzielania świadczeń obejmuje wszystkie etapy i elementy procesu realizacji przy wykorzystaniu środków komunikacji ze szczególnym uwzględnieniem kwestii jakości i efektywności. Świadczeniodawca

zapewnia profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku, płci, zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy oraz diagnostyczne badania i konsultacje specjalistyczne zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki.

Współpraca w ramach POZ polega na stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy oraz podejmowaniu wspólnych działań przez członków zespołu w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy. Dotyczą one w szczególności rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w tym okresu ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

W świetle przyjętych regulacji w systemie podstawowej opieki zdrowotnej kluczową rolę odgrywa zatem lekarz, ponieważ jego zadaniem jest:

- zapewnienie stałej i wszechstronnej opieki medycznej określonej grupie pacjentów,
- kierowanie pacjentów do specjalistów i na leczenie stacjonarne,
- koordynowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- „prowadzenie” pacjenta poprzez system opieki socjalnej i zdrowotnej,
- dostarczanie możliwie najlepszej jakości świadczeń (Taylor, McAvoy, O’Dowd, 2003).

Uznanie POZ za bazowy element systemu opieki zdrowotnej i w konsekwencji zorientowanie systemu na usługi podstawowej opieki zdrowotnej przynosi wymierne korzyści związane nie tylko z zapewnieniem ciągłości i koordynacji świadczeń, ale i kontroli ich kosztów (Garrido, Zentner i Busse, 2011). Podstawowym celem jest jednak osiągnięcie korzyści społecznych, czyli sprawnie funkcjonującej opieki na szczeblu podstawowym (Starfield, Shi, Macinko, 2005) z szerszym dostępem do usług zdrowotnych z lepszej jakości świadczeniami. Towarzyszy temu świadomość, że POZ oferuje wyższej jakości świadczenia dla populacji jako całości, przy niższej jakości dla indywidualnych pacjentów (Stange, Ferrer, 2009). Poza tym pojawia się większy nacisk na szeroko rozumianą prewencję i profilaktykę, wczesne diagnozowanie i wykrywanie chorób, zanim będą wymagały interwencji specjalisty, koncentracja na pacjencie, a nie na jednostce chorobowej oraz na redukcji zbędnych lub potencjalnie szkodliwych zabiegów medycznych poprzez konieczność uzyskania skierowania (Bem, 2011). Pilność i konieczność zmian potwierdzają opinie organizacji pacjenckich przebadanych przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w ramach inicjatywy „Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia – 2024” (Gierczyński, Nowak, 2024). Zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki koordynowanej za jedno z najpilniejszych zadań dla nowego gabinetu w Ministerstwie Zdrowia uznało 42% organizacji.

W związku z powyższym rekomendowane kierunki działań dla POZ to (Ministerstwo Zdrowia, 2021):

- a) wdrożenie proaktywnej opieki nad pacjentami, czyli wizyty w poradni i kontakty inicjowane również przez świadczeniodawcę, wzmocnienie opieki nad pacjentem

- zdrowym, zwiększenie działań profilaktycznych, badań przesiewowych, opieki nad grupami ryzyka, wzmocnienie komunikacji z pacjentem;
- b) opracowanie motywacyjnego systemu celem zwiększenia częstotliwości zlecania badań diagnostycznych przez lekarzy POZ, poszerzenie diagnostyki na tym poziomie i odciążenie reszty systemu;
 - c) wzmocnienie edukacji zdrowotnej, by pacjent był aktywny we wspólnym podejmowaniu decyzji w chorobie i zdrowiu, zwiększenie edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania;
 - d) ulepszanie mechanizmów koordynacyjnych w zakresie współpracy POZ z pozostałymi podmiotami leczniczymi, wymiany dokumentacji medycznej, informacji o stanie pacjenta i jego potrzebach;
 - e) zwiększenie roli POZ w opiece nad ustabilizowanymi przewlekle chorymi pacjentami, którzy nie wymagają bieżącej opieki specjalistycznej;
 - f) wzmocnienie roli i zwiększenie aktywności pielęgniarki POZ i położnej POZ, dalsze przekazywanie kompetencji lekarza POZ personelowi pomocniczemu;
 - g) promowanie rozwoju telemedycyny, wdrożenie teleporad medycznych jako stałego elementu poradnictwa w POZ;
 - h) wzmocnienie roli nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej celem poprawy zgłaszalności pacjentów i odciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych z przypadków niewymagających ratowania zdrowia i życia;
 - i) poszerzenie i zapewnienie poprawy jakości sprawozdawczości POZ, w tym usprawnianie działania systemu sprawozdawczego NFZ dzięki rozliczeniom finansowym i zgłaszaniu danych medycznych i epidemiologicznych, poprawa jakości danych.

5.2. Kontekst systemowy jakości w usługach POZ

Ochrona zdrowia i odpowiedzialność za tę sferę stanowią składnik katalogu elementarnych obowiązków państwa i władzy publicznej usankcjonowanych przepisami konstytucyjnymi. Są one szczegółowo regulowane ustawami dotyczącymi organizacji systemów zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia. System zdrowotny zaś, podlegając procesom rozwoju, zmieniał swoją formę, zasięg, a także zakres interakcji z państwem, co spleta się z ewolucją ustawodawstwa będącego kluczowym czynnikiem determinującym formuły organizacyjne systemu zdrowotnego, a także zakres, w jakim państwo uczestniczy w tym systemie (Romaniuk, Brukało, 2015). Jednym z zagadnień polityki zdrowotnej państwa jest jej jakość (Mikos, Urbaniak, 2016), pod pojęciem której rozumiana jest opieka zdrowotna realizowana tak, by zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe były zorganizowane w możliwie najbardziej efektywny sposób – stąd wynika potrzeba zapewnienia niezbędnych ku temu regulacji (Ministerstwo Zdrowia, 2017).

Choć w polskim systemie prawnym opieki zdrowotnej tematyka jakości nie jest nowa, wciąż wymaga uwagi i adaptacji do zmieniających się uwarunkowań. Przepisy regulujące te kwestie zawarte są m.in. w ustawach, rozporządzeniach i zarządzeniach, a pewne przyjęte rozwiązania obowiązują od lat (m.in. system akredytacji, zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych, ankiety satysfakcji pacjentów, wdrażanie rejestrów medycznych). Od dawna trwają też prace nad szerszym wprowadzeniem mierników do oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wskazówek co do jakości POZ należy szukać w wielu przepisach, dotyczących np. działalności leczniczej, podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Państwowego Ratownictwa Medycznego, a w ostatnim czasie przede wszystkim w długo oczekiwanej Ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Analizując chronologicznie akty prawne traktujące o jakości w podstawowej opiece zdrowotnej, warto wspomnieć Ustawę o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) oraz Ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. (Dz.U. 2022.2527 t.j.). Pierwsza z nich ma dość ogólny charakter, a jeśli chodzi o jakość, to wynika z niej jedynie konieczność ujęcia w regulaminie organizacyjnym każdej placówki opieki zdrowotnej, w tym POZ, przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego. Ponieważ jednak ustawa nie precyzuje pojęcia jakości, powołując się na nie, potrzeba innych rozwiązań prawnych w tej materii.

Odpowiedź na niektóre pytania dotyczące jakości w usługach POZ przynoszą przepisy ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, które ustanawiają zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy są zatem w myśl regulacji obowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń, czyli kontrolowania dostępności, kompleksowości, ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, zarządzania i organizacji udzielania świadczeń oraz uzyskania efektu zdrowotnego. Odpowiedzialny za określenie kryteriów monitorowania jest minister właściwy do spraw zdrowia, który może je określić w drodze rozporządzenia, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorców oraz obszary monitorowania wymienione w ustawie. Poza tym świadczeniodawca może brać udział w programach poprawy jakości z zakresu POZ, których celem jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców oraz uzyskanie efektu zdrowotnego.

Pierwszą regulacją prawną, której celem jest kompleksowe ujęcie w jednym akcie normatywnym zagadnień związanych z jakością w opiece zdrowotnej, jest Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023

poz. 1692). Po długim procesie legislacyjnym, po rozpatrzeniu i uwzględnieniu wielu uwag przyjęto w dokumencie ważne dla systemu i pacjentów rozstrzygnięcie, że jakość jest określana w trzech obszarach:

- a) klinicznym – wskaźniki odnoszące się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie skutków leczenia, powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny, śmiertelności po zabiegach w trakcie hospitalizacji i po, doświadczeń w wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, struktury procedur medycznych;
- b) konsumenckim – wyniki badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- c) zarządczym – wskaźniki dotyczące efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania, tzn. akredytacji, certyfikatów, świadectw jakości, stopnia wykorzystania posiadanych zasobów, długości hospitalizacji i struktury realizowanych świadczeń.

Wskaźniki te określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej, którego wskaźnik dotyczy, lub grupy tych świadczeń oraz konieczność zapewnienia realizacji usług zdrowotnych wysokiej jakości. Ich wartości to podstawa rozliczania świadczeń przez NFZ.

Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta wprowadza również pojęcie systemu jakości i bezpieczeństwa pacjenta, na który składają się: autoryzacja, wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, akredytacja i rejestry medyczne. Z punktu widzenia usług podstawowej opieki zdrowotnej istotne są dwa z nich: wewnętrzny system zarządzania jakością oraz akredytacja. Choć przepisy ustawy weszły w życie 8 września 2023 r., to w obu kwestiach zastosowano wyjątki. Obowiązek utworzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem przez podmiot wykonujący działalność leczniczą ustalono na dzień 30 czerwca 2024 r., zaś fakultatywną akredytację na nowych zasadach odroczone do 1 stycznia 2024 r.

Wewnętrzny system zbudowany z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych jest obowiązkowy dla każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Funduszem na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach. Jego prowadzenie polega na wdrożeniu, utrzymaniu i usprawnianiu na podstawie oceny skuteczności oraz wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów. W ten sposób POZ ma m.in. identyfikować obszary priorytetowe dla poprawy jakości udzielanych świadczeń, określać kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością, okresowo monitorować i oceniać jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzić badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety.

Badanie opinii i doświadczeń pacjenta wymaga opracowania ankiety, które to zadanie obciąża ministra właściwego do spraw zdrowia. Publikuje on wzór kwestionariusza w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego tego

ministra. POZ jako podmiot wykonujący działalność leczniczą inną niż stacjonarne i całodobowe świadczenia informuje pacjentów wybraną przez siebie metodą o możliwości wypełnienia ankiety w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.

Uregulowana tą samą ustawą akredytacja w ochronie zdrowia ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą (w tym POZ) standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania. W związku z tym, że straciła moc Ustawa z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 418), choć niektóre jej przepisy mają być stosowane w okresie przejściowym, konieczne jest wprowadzenie nowych standardów. Opracowanie ich projektów należy do zadań Rady Akredytacyjnej we współpracy z ośrodkiem akredytacyjnym, tak jak propagowanie idei jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Standardy mają być zamieszczone w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia do dnia 1 stycznia 2025 r., choć obowiązek stosowania wejdzie w życie rok po ich zamieszczeniu. Szczegółowy sposób przeprowadzania procedury oceniającej wraz z innymi koniecznymi przepisami zostanie uregulowany w drodze rozporządzeń ministra zdrowia.

Zapisy ustawy przez zapewnienie jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta mają doprowadzić do:

- a) poprawy skuteczności diagnostyki i leczenia przez systematyczną ocenę klinicznych wskaźników jakości;
- b) poprawy bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych;
- c) uzyskania porównywalności podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki.

Niestety nie można realizować polityki zdrowotnej w sposób kompleksowy i skoordynowany z wykorzystaniem tej ustawy, ponieważ ma ona charakter raczej porządkujący niż nowatorski (Twarowski, 2024). Poza tym, że gromadzi w jednym akcie normatywnym i dookreśla regulacje już obowiązujące, wprowadza wiele nowych rozwiązań, jak przepisy w zakresie wdrożenia wskaźników oceny jakości opieki zdrowotnej i ich powiązania z poziomem finansowania świadczeniodawców. Regulacje są niewystarczające. Odstąpiono od pomysłu sporządzania i publikacji raportów jakości, co uniemożliwia porównywanie placówek i kierowanie się pacjentów jakością przy wyborze podmiotu medycznego ani nie służy promocji jakości. Wdrożenie jakości sprowadza się raczej do rozwiązań instytucjonalnych nakierowanych na tworzenie standardów i sprawdzanie poziomu jakości, gdzie miernikiem powinien być wynik leczenia, a nie spełnianie wymagań organizacyjnych i prawnych czy dysponowanie nowoczesnym sprzętem medycznym.

Oprócz rozwiązań legislacyjnych konieczne jest stworzenie warunków służących wdrożeniu rozwiązań projakościowych w podmiotach ochrony zdrowia. Zarówno nie-dookreślenie szczegółowych wymagań wobec systemu, jak i brak dobrych praktyk może

okazać się niewystarczające dla oczekiwanej jakości. Do pełnego wprowadzenia w życie przepisów ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta niezbędne są akty wykonawcze, których brak, trudno zatem w pełni ocenić kompleksowość i adekwatność rozwiązań do wymogów dzisiejszego rynku. W tym kontekście warto przytoczyć wcześniejsze standardy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. MZ z dnia 7 kwietnia 2011 r. nr 4 poz. 42), ponieważ z pewnością znajdą one odzwierciedlenie w nowych wytycznych. Mowa o:

- a) wszechstronności opieki, gdy jednostka zapewnia ciągłość opieki, prowadzi lekarskie wizyty domowe, zapewnia domową opiekę pielęgniarstwa i położnej środowiskowej, umożliwia porady telefoniczne, posiada i realizuje programy opieki dyspanseryjnej, zapewnia opiekę okołoporodową i termalną, prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin, opracowała standardy zgłaszania przypadków szczególnych do instytucji zewnętrznych, wykonuje szczepienia ochronne, badania profilaktyczne oraz zapewnia wydzielony czas na promocję zdrowia;
- b) prawach pacjenta w rozumieniu przyjętego w jednostce systemu zachowań odzwierciedlających poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjentów, uzyskiwania zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia, współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji medycznych, dostępu do własnej dokumentacji medycznej oraz możliwości składania skarg, uwag i wniosków poddawanych analizie;
- c) poprawie jakości, tzn. systematycznym polepszaniu jakości oferowanych świadczeń i odpowiedzialności kierownictwa za wysoką jakość, wyznaczeniu osoby lub zespołu do realizacji poprawy jakości oraz uczestnictwa personelu jednostki w szkoleniach z zakresu jakości;
- d) bezpieczeństwie opieki, gdy jednostka posiada efektywny system postępowania w stanach zagrożenia życia, opracowała i wdrożyła procedury postępowania z produktami leczniczymi podawanymi wyłącznie przez uprawniony personel oraz zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania, nadzoruje zawartość torby wyjazdowej i wprowadziła standardy higieniczne;
- e) zespole współpracowników, w którym określono obowiązki i uprawnienia członków, zapewniając ich współdziałanie, wszystkie osoby udzielające świadczeń medycznych mają prawo wykonywania zawodu, a ma na to dowód, stale dba się o podnoszenie kwalifikacji personelu, a pracownicy odbywają regularne spotkania;
- f) dokumentacji medycznej, która jest określona przez jednostkę co do zawartości, łatwo dostępna dla personelu medycznego, zabezpieczona przed utratą, zagubieniem, zniszczeniem, sfałszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych, prowadzona na bieżąco, wypełniana czytelnie i zrozumiale, a każdy wpis jest datowany, autoryzowany i zawiera kluczowe informacje, zaś ważne informacje medyczne znajdują się w tym samym miejscu w każdej dokumentacji medycznej, każda porada jest

- dokumentowana, wpisy zawierają wszelkie dane, łącznie z analizą stanu pacjenta i planem postępowania, a zlecenie i podanie leku parenteralnego jest udokumentowane;
- g) organizacji jednostki, czyli zdefiniowanej misji znanej pracownikom, wyznaczonych celach strategicznych, stale aktualizowanej strategii działania uwzględniającej potrzeby populacji i programy naprawcze jakości opieki, określonej niezbędnej infrastruktury i aktualnym schemacie organizacyjnym, głównych partnerach zewnętrznych, przestrzegany harmonogramie pracy, elastycznym i funkcjonalnym terminarzu wizyt, efektywnej rejestracji telefonicznej, zapewnieniu pacjentom pisemnej informacji o oferowanych świadczeniach, całodobowej opiece medycznej i opłatach za usługi, możliwości identyfikowania personelu przez pacjenta, zapewnienia wiarygodności wyników laboratoryjnych, datowanych, autoryzowanych i łatwo dostępnych dokumentów, zabezpieczonych i przechowywanych w bezpiecznym miejscu akt osobowych;
 - h) infrastrukturze w postaci pomieszczeń i wyposażenia jednostki umożliwiających sprawowanie opieki prawidłowo i w sposób przyjazny dla pacjenta, opracowanego postępowania w sytuacjach zagrożenia oraz urządzeń medycznych zabezpieczonych i konserwowanych w sposób planowy.

5.3. Zakres podmiotowy, przedmiotowy, czasowy i przestrzenny badania

Podmiotem badania powiązań między korzystaniem z Internetu a jakością w kontekście satysfakcji płynącej z konsumpcji usług zdrowotnych są pacjenci korzystający z usług podstawowej opieki zdrowotnej, zarówno sięgający do Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, jak i nie korzystający z sieci celem zdobycia wiedzy na temat zdrowia.

Zakres przedmiotowy badania stanowi subiektywnie odczuwana przez pacjentów jakość oczekiwana i otrzymana usług podstawowej opieki zdrowotnej, a następnie wynikająca z nich jakość postrzegana wywołująca stan satysfakcji bądź dyssatisfakcji w wymiarach określanych jako: materialność, solidność, zdolność reagowania, pewność i empatia.

Zakres czasowy badania obejmuje listopad 2022 r.

Zakres przestrzenny to teren województwa zachodniopomorskiego z podziałem na powiaty.

5.4. Cele i hipotezy

Badanie jest realizowane w celu wykazania, czy korzystanie przez pacjentów z Internetu będącego źródłem informacji o zdrowiu ma znaczenie z punktu widzenia postrzeganej jakości usług POZ. Z założenia aktywność nastawiona na pozyskiwanie informacji

i wiedzy powinna oddziaływać na oczekiwaną i otrzymaną usługę. Z tak postawionego celu badawczego wynikają cele częściowe:

- poznanie poziomu oczekiwań względem usług POZ,
- ustalenie poziomu jakościowego otrzymanej usługi POZ,
- wyznaczenie poziomu jakości postrzeganej usług POZ,
- rozpoznanie i przeanalizowanie różnic w poziomie jakości oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej w zależności od sposobu korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu,
- ustalenie czy cechy pacjentów: płeć, wiek, wykształcenie, ocena stanu zdrowia i częstotliwość wizyt u lekarza pierwszego kontaktu mają związek z postrzeganą jakością usług POZ.

Wyznaczonym celom pracy są podporządkowane hipotezy badawcze. Zakładając, że korzystanie z Internetu jako źródła informacji zdrowotnych sprzyja edukacji pacjentów, co wpływa na ich odczucia związane ze świadczeniami zdrowotnymi oraz oczekiwania wobec systemu podstawowej opieki zdrowotnej, a tym samym kształtuje postrzeganą jakość usług POZ i poziom satysfakcji pacjentów, sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Hipoteza główna H_1 :

Postrzegana jakość usług POZ zależy ujemnie od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, bowiem:

- wyższa częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu powoduje spadek postrzeganej jakości,
- korzystanie z Internetu tuż przed umówioną wizytą w POZ powoduje spadek postrzeganej jakości.

2. Hipotezy pomocnicze:

a) H_2 :

Poziom oczekiwań pacjentów względem usług POZ dodatnio zależy od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, bowiem:

- wyższa częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu powoduje wzrost oczekiwań,
- korzystanie z Internetu tuż przed umówioną wizytą w POZ powoduje wzrost oczekiwań.

b) H_3 :

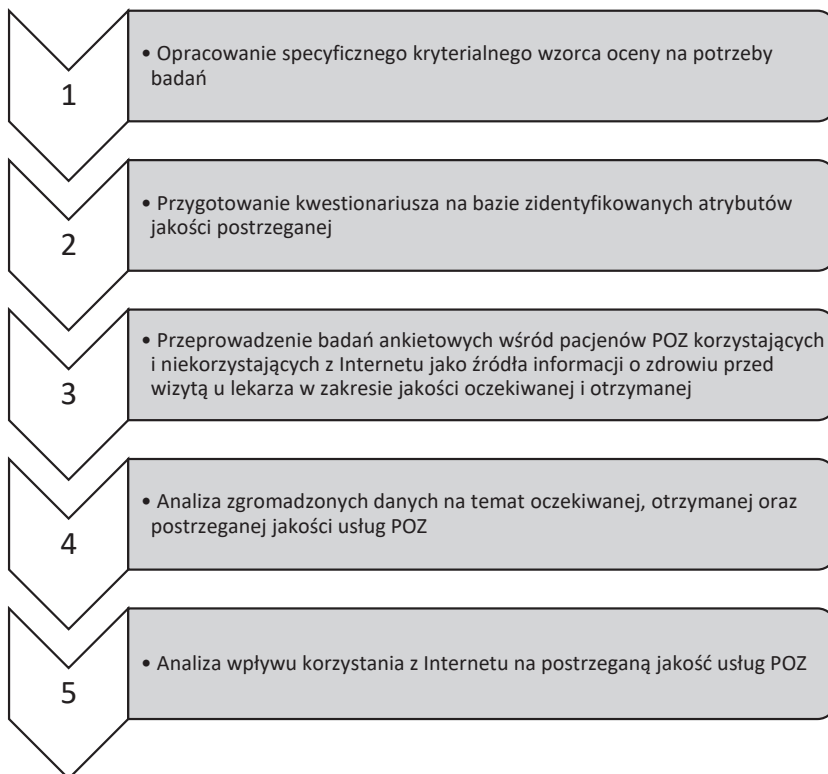
Jakość otrzymana usługi POZ ujemnie zależy od korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, bowiem:

- wyższa częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu powoduje niższą ocenę otrzymanych usług POZ,
- korzystanie z Internetu tuż przed umówioną wizytą w POZ powoduje niższą ocenę otrzymanych usług POZ.

- c) H_4 :
Stan zdrowia, płeć, wiek, wykształcenie istotnie determinują postrzeganą przez pacjentów jakość usług POZ.
- d) H_5 :
Częstotliwość wizyt u lekarza POZ istotnie determinuje postrzeganą przez pacjentów jakość usług POZ.

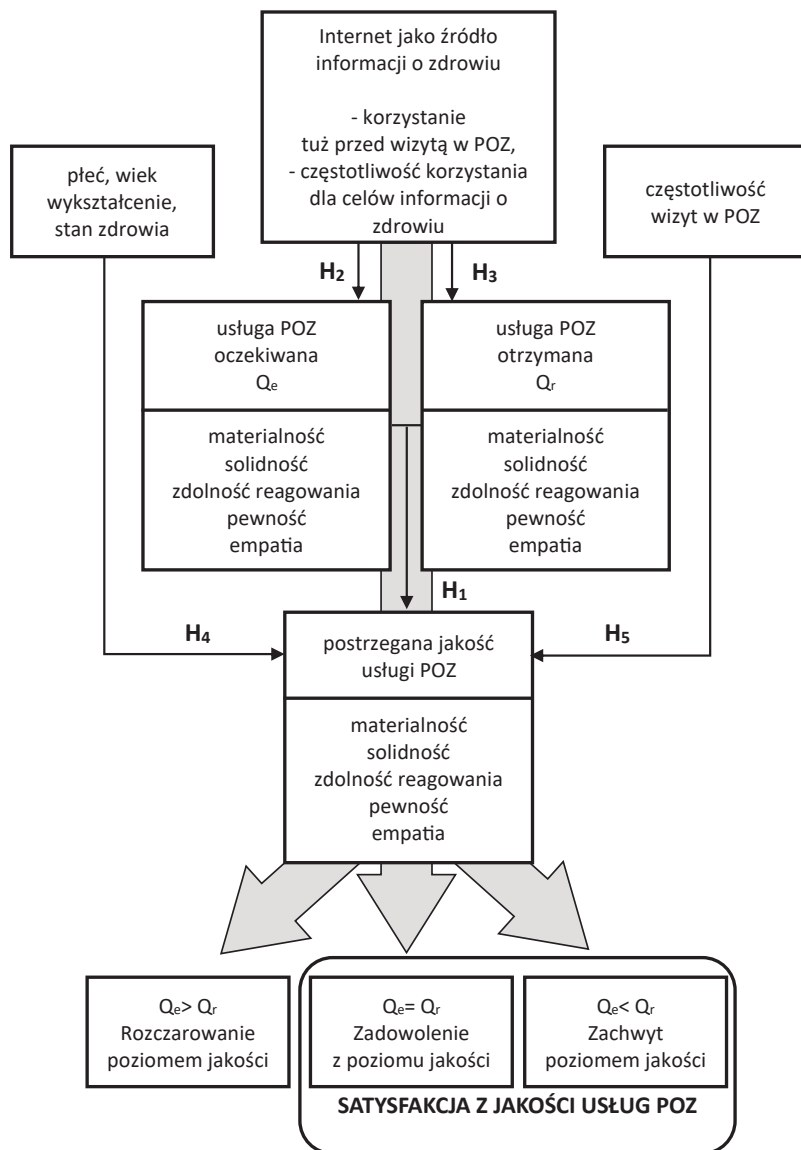
5.5. Proces badawczy

Aby osiągnąć cel badawczy zaprojektowano i zrealizowano proces (rys. 5.2) zmierzający do ustalenia związków między poziomem postrzeganej przez pacjentów POZ jakości usług a korzystaniem z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.



Rysunek 5.2. Etapy procesu badawczego

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 5.3. Model koncepcyjny badania

Źródło: opracowanie własne.

Kluczowym elementem procesu, warunkującym możliwość przebadania i opisania zależności między wykorzystaniem sieci www. dla celów związanych ze zdrowiem a jakością usług POZ, jest wybór i opracowanie koncepcji badania (rys. 5.3). Pojęcie jakości

wyraża się tu przez pryzmat spostrzeżeń pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na temat usług zdrowotnych, skutkujących satysfakcją lub jej brakiem, a posługiwanie się Internetem wyraża się w częstotliwości korzystania przez pacjentów z informacji dotyczących zdrowia online oraz sięganiu przez nich do sieci tuż przed wizytą u lekarza pierwszego kontaktu.

Za podstawę modelu badawczego przyjęto ramę modelu jakości usług Servqual autorstwa zespołu Parasuramana, Zeithaml i Berry'ego (1988) ze względu na potwierdzoną uniwersalność metody powszechnie wykorzystywanej przez badaczy na całym świecie (Vijayvargy, 2014; Nogueira, Ribeiro, Remondes, 2023; Thi i in., 2020; Fuchs, Fangpong, 2021; Sugiarto, Octaviana, 2021), sprawdzonej również w usługach zdrowotnych, co wykazali autorzy opublikowanych artykułów przeglądowych, m.in. Endeshaw (2021), Jonkisz, Karniej, Krasowska (2021), Darzi i in., (2023), czy Ferreira i in., (2023). Będąca punktem wyjścia do budowy modelu badania idea, że jakość jest w rzeczywistości postrzeganą jakością, a ta z kolei jest efektem zestawienia ze sobą oczekiwań usługobiorcy względem świadczonej usługi i tej rzeczywistości otrzymanej, stała się myślą przewodnią procesu oceny jakości usług POZ.

Kwestionariusz Servqual służący ocenie jakości złożony oryginalnie z 22 twierdzeń w obszarze pięciu wymiarów, tj. materialności, solidności, zdolności reagowania, pewności i empatii, został dla potrzeb badania poddany modyfikacji. Po pierwsze, brzmienie twierdzeń zostało dostosowane do usług zdrowotnych. Po drugie, wyrównano liczbę zmiennych w każdym z wymiarów do pięciu, dodając po jednym twierdzeniem w obszarze materialności, zdolności reagowania i pewności (tab. 5.1). Pozwoliło to nie tylko na uzyskanie balansu w ilości zmiennych w ramach każdego z wymiarów, ale przede wszystkim objęcie badaniem dodatkowych zmiennych ważnych dla odbiorców usług zdrowotnych.

Tabela 5.1. Atrybuty wymiarów Servqual w usłudze podstawowej opieki zdrowotnej

Lp.	Wymiar	Atrybuty usługi POZ
1	Materialność	– nowoczesne wyposażenie i najlepsze dostępne na rynku technologie – czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka) – odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu – dostępne materiały informacyjne (broszury, ulotki...) – udogodnienia (parking, winda...)
2	Solidność/ niezawodność	– personel zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów – pacjenci angażowani w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu – usługi wykonywane poprawnie i niezawodnie – terminowość i szybka dostępność usług – dokumentacja medyczna dostępna i czytelna dla pacjenta

Lp.	Wymiar	Atrybuty usługi POZ
3	Zdolność reagowania/ gotowość	– szczerzy i otwarty personel udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi – pacjent obsługiwany niezwłocznie – personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy – personel w czasie pracy zajęty tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta – personel wspierający pacjentów w podejmowaniu decyzji
4	Pewność/ kompletność	– personel motywowany do skupiania całej uwagi na pacjencie – pacjent czuje się zaopiekowany, bo ufa personelowi – pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc – życzliwy i uprzejmy personel – kompetentny personel (wiedza, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)
5	Empatia/ przystępność	– indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do potrzeb – dogodne godziny pracy i dobre oznakowanie – odpowiedni czas poświęcony pacjentom – dobro pacjentów nadrzędnym celem – zrozumienie specyficznych potrzeb pacjentów w zakresie usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne.

W wymiarze materialnym usługi dodano udogodnienia dla pacjentów, ponieważ wskazywali na nie, jako na ważny składnik usług, nie tylko sami twórcy kwestionariusza Servqual (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985), ale też inni badacze jakości w obszarze zdrowia (m.in. Donabedian, 1980; Elliott, Hall, Stiles, 1993; Kenagy, Berwick, Shore, 1999; Chahal, Sharma, 2004; Agarwala, Deore, 2023; Harisankar, Thonakkot, 2023; Ali i in., 2024). Poza tym udogodnienia typu winda czy parking są ważnym elementem dostępności architektonicznej placówek dla osób z niepełnosprawnością, a także elementem komfortu, jakiego oczekują dziś usługobiorcy.

W zdolności reagowania uwzględniono wsparcie w podejmowaniu decyzji. Decyzja wynika ze świadomości, że pacjenci z jednej strony chcą dziś większej autonomii (Schneider, 1998; Spriggs, 2005; Soboń, 2018; Molina-Mula, Gallo-Estrada, 2020), z drugiej jednak nie mają odpowiednich zasobów informacyjnych albo świadomości istotnych braków w wiedzy, by podejmować decyzje (Ostrowska, 2006; Wawrzyniak, Horst-Sikorska, 2008; Dobska, 2021). Wprowadzie włączenie w proces decyzyjny może pozytywnie oddziaływać na zachowania pacjenta (Pluye i in., 2019; Aoun i in., 2020), zwiększać aktywność i zaangażowanie (Tariman i in., 2010; Singh i in., 2010), poprawiać wyniki (Chen, Li, 2009; Londono, Schulz, 2015), to jednak wsparcie profesjonalisty jest tu najważniejsze (Lebowa, 2021; Liu, Ancker, Creber, 2021; Resnicow i in., 2022).

Pewność usługi została wzbogacona o bezpieczeństwo i powiązaną z nim właściwą pomoc – kluczowe kwestie w opiece zdrowotnej. Nie ulega żadnej wątpliwości, że pacjent musi być i czuć się bezpieczny, co gwarantują mu przepisy prawa, jak choćby najnowsza Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692).

Poza tym twórcy modelu Servqual (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985) również analizowali kwestię bezpieczeństwa usług, choć zrezygnowali z niej, zajmując się w badaniach sektorami niemedycznymi. Tym razem trudno wyobrazić sobie satysfakcję pacjenta bez zapewnionego poczucia bezpieczeństwa i właściwej pomocy w ochronie i przywracaniu zdrowia (Poździoch, 2013; Szpringer i in., 2015; Maconko i in., 2016; Trzcińska, 2019).

Wprowadzone adaptacje, zabieg popularny zresztą wśród badaczy jakości w usługach zdrowotnych (Carman, 1990; Tucker, Adams, 2001; Jabnoun, Chaker, 2003; Boshoff, Gray, 2004; Herstein, Gamliel, 2006; Ramsaran-Fowdar, 2008), pozwalają uchwycić w metodzie specyfikę badanych usług – w tym przypadku usług opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej.

Zastosowanie w badaniu logiki modelu Servqual pozwala na określenie oczekiwań pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, bazując na wyobrażeniach idealnej usługi możliwej do dostarczenia na podstawie przyjętych wymiarów. Te same wymiary służą równocześnie do oceny placówki POZ, z której każdy z pacjentów korzysta. Otrzymane w ten sposób oceny poszczególnych aspektów jakości oczekiwanej i otrzymanej zestawione z ważną dla celu badania częstotliwością korzystania z Internetu dają obraz oddziaływania jego funkcji informacyjnej i edukacyjnej na z jednej strony stawiane wymagania, a z drugiej ocenę rzeczywistej sytuacji w zakresie świadczonych usług podstawowej opieki zdrowotnej.

Ostatnim krokiem w badaniu zaczerpniętym z modelu Servqual jest ustalenie poziomu jakości postrzeganej dla każdego z pięciu wymiarów. Wartości te w oryginalnej koncepcji są ważone celem ustalenia znaczenia każdego z wymiarów dla jakości ogółem, gdyż zgodnie z założeniami modelu oceniane wymiary mają różne znaczenie dla usługobiorców. Zwyczajowo największe znaczenie w Servqual przypisuje się solidności, a najmniejsze materialności, lecz dla usług zdrowotnych układ jest inny – największą wagę pacjenci przywiązują do innych wymiarów, tj. empatii (Yarmak, Rollnik-Sadowska, 2022) czy zdolności reagowania (Lewandowski, 2008).

W badaniu związków między poziomem jakości usług POZ a korzystaniem z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu zrezygnowano z ważenia wymiarów oceny, gdyż ważona ocena wyrażona jedną ogólną wartością liczbową nie jest zadaniem badawczym do wykonania i nie pełni żadnej ważnej funkcji w koncepcji badawczej, bo przy ocenie zależności między korzystaniem z Internetu a jakością mierzoną jej postrzeganym poziomem nie mają znaczenia wagi poszczególnych wymiarów.

Ostatnim zadaniem badawczym do wykonania jest ustalenie związków między korzystaniem z Internetu w celach zdrowotnych przez pacjentów a jakością oczekiwaną, otrzymaną i postrzeganą usług POZ celem odpowiedzi na pytanie o rolę Internetu w ocenie jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej oraz powiązanie zjawiska z cechami pacjentów, tj.: płcią, wiekiem, wykształceniem, oceną stanu zdrowia oraz częstotliwością wizyt u lekarza pierwszego kontaktu.

5.6. Metoda i narzędzie badawcze

W celu zgromadzenia danych na temat jakości usług POZ w listopadzie 2022 r. przeprowadzono pierwotne badanie pacjentów w formie ankiety bezpośredniej. Na kwestionariusz złożyły się metryczka i pięć części tematycznych poświęconych poszczególnym wymiarom jakości świadczeń, tj.: materialności, solidności, zdolności reagowania, pewności i empatii. W każdej z nich znalazło się po pięć stwierdzeń dotyczących badanych aspektów w dwóch wersjach – pierwszej odnoszącej się do wzorca usług POZ postrzeganego w badaniu jako usługa oczekiwana i drugiej odnoszącej się do usługi rzeczywiście otrzymanej przez pacjentów (tab. 5.2).

Tabela 5.2. Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu badawczym

Wymiar materialny oczekiwany		Wymiar materialny otrzymany	
1	Dobra usługa POZ świadczona jest, opierając się na nowoczesnym wyposażeniu i najlepszych dostępnych na rynku technologiach	1	Mój POZ świadczy usługi opierając się na nowoczesnym wyposażeniu i najlepszych dostępnych na rynku technologiach
2	POZ świadczący dobrą usługę charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)	2	Mój POZ charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)
3	Przy świadczeniu najlepszych usług w POZ obowiązuje odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu	3	Przy świadczeniu mi usług POZ obowiązuje odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu
4	Najlepsze POZ oferują pacjentom materiały informacyjne (broszury, ulotki...)	4	Mój POZ oferuje pacjentom materiały informacyjne dla (broszury, ulotki...)
5	Najlepsze POZ oferują udogodnienia pacjentom (parking, winda)	5	Mój POZ oferuje udogodnienia pacjentom (parking, winda)
Solidność oczekiwana		Solidność otrzymana	
1	Podczas świadczenia najlepszych usług POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów	1	Podczas świadczenia usług w moim POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów
2	W najlepszych usługach POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu	2	W usługach mojego POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu
3	Najlepsze usługi POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie	3	Świadczone usługi w moim POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie
4	W najlepszych POZ ważna jest terminowość i szybka dostępność usług dla pacjenta	4	W moim POZ ważna jest terminowość i szybka dostępność usług dla pacjenta
5	W najlepszych POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta	5	W moim POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta

Zdolność reagowania oczekiwana		Zdolność reagowania otrzymana	
1	W najlepszych POZ personel jest szczerzy, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi	1	W moim POZ personel jest szczerzy, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi
2	W najlepszych POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi	2	W moim POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi
3	W najlepszych POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom	3	W moim POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom
4	W najlepszych POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, lecz tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta	4	W moim POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, lecz tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta
5	Personel w najlepszych POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji	5	Personel w moim POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji
Pewność oczekiwana		Pewność otrzymana	
1	W najlepszych POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie	1	W moim POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie
2	W najlepszych POZ pacjent czuje się zaopiekowany	2	W moim POZ pacjent czuje się zaopiekowany
3	W najlepszych POZ pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc	3	W moim POZ pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc
4	W najlepszych POZ personel jest życzliwy i uprzejmy	4.	W moim POZ personel jest życzliwy i uprzejmy
5	W najlepszych POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)	5	W moim POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)
Empatia oczekiwana		Empatia otrzymana	
1	Najlepsze usługi POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb	1	Usługi w moim POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb
2	Najlepsze POZ otwarte są w dogodnych godzinach i dobrze oznakowane	2	Mój POZ otwarty jest w dogodnych godzinach i dobrze oznakowany
3	W najlepszych POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom	3	W moim POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom
4	W najlepszych POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów	4	W moim POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów
5	W najlepszych POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych	5	W moim POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne.

Do oceny poszczególnych twierdzeń opisujących jakość podstawowej opieki zdrowotnej według koncepcji badawczej wykorzystano pięciostopniową skalę Likerta przy użyciu określeń: całkowicie się zgadzam (5), zgadzam się (4), ani się zgadzam ani się nie zgadzam (3), nie zgadzam się (2), całkowicie się nie zgadzam (1).

W badaniu wzięło udział 700 dorosłych pacjentów: 350 szukających online informacji dotyczących własnego zdrowia przed wizytą u lekarza pierwszego kontaktu i kolejnych 350, którzy nie sięgają do Internetu, idąc do placówki POZ. Pacjenci zostali dobrani w sposób losowy wielostopniowy z terenu województwa zachodniopomorskiego. Najpierw wykonano losowanie bezpośrednie powiatów, a następnie losowanie bezpośrednie podmiotów leczniczych, z których pochodzili pacjenci.

Tabela 5.3. Liczebności pacjentów w próbie według lokalizacji

Powiat	Liczba pacjentów
miasto Szczecin	340
miasto Koszalin	68
stargardzki	60
gryfiński	50
szczecinecki	50
kołobrzeski	44
policki	44
goleniowski	44

Źródło: badania własne.

W metryczce znalazły się zmienne z założenia determinujące badane zjawisko, tj.: wiek, płeć, wykształcenie, częstotliwość wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, ocena własnego zdrowia przez pryzmat samopoczucia respondentów subiektywnie określonego na pięciostopniowej skali postrzeganego stanu zdrowia przyjętej dla celów OECD Health Statistics 2024 (OECD, 2024) i, co szczególnie ważne z punktu widzenia celu badania, częstotliwość korzystania z Internetu celem poszukiwania informacji dotyczących zdrowia. Kwestia używania sieci www. do celów zdrowia, tj. z jednej strony poszukiwanie informacji przed wizytą w POZ, z drugiej częstotliwość korzystania z Internetu w obszarze zdrowia w ogóle, stanowiła punkt wyjścia do rozważań na temat związków między aktywnością online a postrzeganą jakością usług podstawowej opieki zdrowotnej.

Przyjęta do badań próba badawcza została zatem scharakteryzowana zarówno pod kątem cech demograficznych: płci, wieku, wykształcenia, jak i subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia, częstotliwości wizyt u lekarza pierwszego kontaktu (POZ) oraz

częstotliwości korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Pod względem zdrowotnym w próbie dominują pacjenci z raczej dobrym zdrowiem (49%), bardzo mało jest osób oceniających swój stan jako bardzo zły (niewiele ponad 2%). Większość respondentów to kobiety (69,29%). Biorąc pod uwagę strukturę wiekową, w próbie najliczniej reprezentowana jest najstarsza grupa wiekowa 56+, a najmniej licznie nieco młodsza, bo z przedziału 46–55 lat (16,14%). W badaniu wzięło udział najwięcej osób z wykształceniem wyższym (44,14%). U większości badanych wizyty u lekarza POZ odbywały się kilka razy w roku (63,43%), tylko niecałe 2% zadeklarowało częstotliwość spotkań przynajmniej raz na tydzień. Szczegółowy rozkład częstości zawiera tabela 5.4.

Tabela 5.4. Charakterystyka badanej próby – pacjenci POZ

Cecha		Liczność	Liczność
Ocena własnego stanu zdrowia	bardzo dobry	86	12,29%
	raczej dobry	343	49,00%
	ani dobry ani zły	184	26,29%
	raczej zły	71	10,14%
	bardzo zły	16	2,29%
Płeć	kobieta	485	69,29%
	mężczyzna	215	30,71%
Wiek	18–35 lat	168	24,00%
	36–45 lat	142	20,29%
	46–55 lat	113	16,14%
	56 lat i więcej	277	39,57%
Wykształcenie	podstawowe	28	4,01%
	zawodowe	108	15,43%
	średnie	255	36,43%
	wyższe	309	44,14%
Częstotliwość wizyt u lekarza POZ	przynajmniej raz w tygodniu	13	1,86%
	kilka razy w miesiącu	114	16,29%
	kilka razy w roku	444	63,43%
	rzadziej niż raz w roku	129	18,43%

Cecha		Liczność	Liczność
Częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu	w ogóle	13	1,86%
	rzadziej niż raz w miesiącu	383	54,71%
	mniej więcej raz na miesiąc	110	15,71%
	kilka razy w miesiącu	92	13,14%
	mniej więcej raz na tydzień	42	6,00%
	kilka razy w tygodniu	37	5,29%
	codziennie lub prawie codziennie	23	3,29%

Źródło: badania własne.

Obliczenia i analizy zależności między zmiennymi zostały przeprowadzone przy wykorzystaniu arkusza kalkulacyjnego Excel oraz pakietu oprogramowania Statistica 13.3. Do ustalenia istotności i siły związku między zmiennymi niezależnymi a zależnymi wykorzystano test i współczynnik korelacji Spearmana, który odpowiada na pytanie o istnienie liniowego związku między zmiennymi, zaś rzetelność skali narzędzia badawczego oceniono przy użyciu wskaźnika Alfa Cronbacha (tab. 5.5). Test wykazał doskonałą (powyżej 0,9) i dobrą (powyżej 0,8) dokładność pomiaru przy użyciu zaadaptowanego na potrzeby badania kwestionariusza ankiety.

Tabela 5.5. Rzetelność skali pomiarowej

Rzetelność skali	Alfa Cronbacha	
	Jakość oczekiwana	Jakość otrzymana
Materialność	0,8309	0,823
Solidność	0,923	0,8954
Zdolność reagowania	0,9369	0,928
Pewność	0,9545	0,9435
Empatia	0,9544	0,9327

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Rozdział 6

Wyniki badań empirycznych nad jakością usług POZ w warunkach korzystania z Internetu

Dane zgromadzone w poszczególnych częściach kwestionariusza badawczego pozwalają na analizę oczekiwań pacjentów wobec podstawowej opieki zdrowotnej i parametrów dostarczonej usługi. W każdym z tych przypadków ocenie podlega pięć wymiarów, tj.: materialność, solidność, zdolność reagowania, pewność i empatia w pięciopunktowej skali Likerta. Efekt porównania obu ocen prowadzi do poznania jakości postrzeganej, która po powiązaniu z korzystaniem bądź nie przez pacjentów z Internetu przed wizytą w POZ, a także częstotliwością korzystania z Internetu dla celów zdrowotnych, daje pogląd na oddziaływanie Internetu na postrzeganą jakość.

6.1. Jakość oczekiwana przez pacjentów

Jakość oczekiwana, rozumiana jako subiektywny poziom jakościowy, którego chcieliby doświadczyć pacjenci POZ, jest oceniana przez pryzmat przyjętych wymiarów zarówno dla ogółu pacjentów, jaki i podgrup szukających lub nie w sieci informacji o zdrowiu (tab. 6.1).

Uśrednione oczekiwania artykułowane wobec świadczeń POZ w zakresie materialności są najmniejsze względem wymogu odpowiedniego i ujednoliconego ubioru personelu (3,83), największe dla czystego i eleganckiego wystroju wnętrz (4,06) przy zmienności na poziomie maksymalnie 32,58%. Uwzględniając podział świadczeniobiorców na korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w POZ, wyższe wyniki charakteryzują szukających treści powiązanych z celem wizyty u lekarza – od 3,91 w przypadku nowoczesnego wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii wykorzystywanych w POZ, do 4,14 w przypadku czystego i eleganckiego wystroju wnętrz. W drugiej grupie wyniki osiągają poziom od 3,69 dla odpowiedniego i ujednoliconego ubioru personelu po 3,97 dla czystego i eleganckiego wystroju wnętrz.

Tabela 6.1. Usługa oczekiwana przez pacjentów POZ

	Zmienna	Ogółem						
		Nwaznych	Srednia	Mediana	Moda	Liczność (Mody)	Odczylenie standardowe	Współczynnik zmienności
Materialność	Dobra usługa POZ świadczona jest z wykorzystaniem nowoczesnego wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii	700	3,86	4	5	285	1,21	31,28
	POZ świadczący dobrą usługę charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)	700	4,06	4	5	323	1,09	26,89
	Przy świadczeniu najlepszych usług w POZ obowiązują odpowiednie i ujednolicony ubiór personelu	700	3,83	4	5	283	1,25	32,58
	Najlepsze POZ oferują pacjentom materiały informacyjne (broшуry, ulotki...)	700	3,88	4	5	280	1,18	30,56
	Najlepsze POZ oferują udogodnienia pacjentom (parking, winda)	700	4,00	4	5	326	1,21	30,09
Solidność	Podczas świadczenia najlepszych usług POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów	700	4,10	4	5	345	1,09	26,66
	W najlepszych usługach POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu	700	4,10	4	5	326	1,06	25,79
	Najlepsze usługi POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie	700	4,15	4	5	341	1,03	24,87
	W najlepszych POZ ważna jest terminowość i szybka dostępność usług dla pacjenta	700	4,12	5	5	367	1,17	28,33
	W najlepszych POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta	700	4,11	4	5	339	1,10	26,77
Zdolność reagowania	W najlepszych POZ personel jest szczery, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi	700	4,24	5	5	384	1,04	24,42
	W najlepszych POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi	700	3,89	4	5	324	1,30	33,31
	W najlepszych POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom	700	4,16	5	5	368	1,11	26,63
	W najlepszych POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, jak tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta	700	4,09	4	5	333	1,07	26,30
	Personel w najlepszych POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji	700	4,02	4	5	323	1,16	28,75
Pewność	W najlepszych POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie	700	4,06	4	5	328	1,11	27,26
	W najlepszych POZ pacjent czuje się zaopiekowany	700	4,24	5	5	391	1,07	25,23
	W najlepszych POZ pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc	700	4,27	5	5	390	1,03	24,03
	W najlepszych POZ personel jest zyciływy i uprzejmy	700	4,31	5	5	401	0,99	22,91
	W najlepszych POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)	700	4,33	5	5	399	0,95	22,04

Empatia	Najlepsze usługi POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb	700	4,22	5	5	380	1,07	25,38
	Najlepsze POZ otwarte są w dogodnych godzinach i dobrze oznakowane	700	4,25	5	5	377	1,02	24,03
	W najlepszych POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom	700	4,23	5	5	379	1,04	24,55
	W najlepszych POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów	700	4,22	5	5	369	1,02	24,18
	W najlepszych POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych	700	4,22	5	5	366	1,02	24,28
Poszukiujący informacji dotyczących zdrowia w Internecie przed wizytą								
Zmienna								
Materialność	Dobra usługa POZ świadczona jest z wykorzystaniem nowoczesnego wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii	350	3,91	4	5	152	1,20	30,56
	POZ świadczący dobrą usługę charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)	350	4,14	4	5	174	1,03	24,88
	Przy świadczeniu najlepszych usług w POZ obowiązuje odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu	350	3,98	4	5	167	1,26	31,63
	Najlepsze POZ oferują pacjentom materiały informacyjne (broszury, ulotki...)	350	3,97	4	5	155	1,17	29,57
	Najlepsze POZ oferują udogodnienia pacjentom (parking, winda)	350	4,08	5	5	178	1,19	29,04
Solidność	Podczas świadczenia najlepszych usług POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów	350	4,15	5	5	182	1,08	26,07
	W najlepszych usługach POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu	350	4,16	4	5	169	1,03	24,78
	Najlepsze usługi POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie	350	4,18	5	5	176	1,03	24,62
Zdolność reagowania	W najlepszych POZ ważna jest terminowość i szybka dostępność usług dla pacjenta	350	4,17	5	5	184	1,13	27,09
	W najlepszych POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta	350	4,16	5	5	179	1,07	25,76
	W najlepszych POZ personel jest szczery, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi	350	4,30	5	5	198	0,96	22,39
	W najlepszych POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi	350	3,96	4	5	168	1,26	31,96
	W najlepszych POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom	350	4,17	5	5	187	1,08	25,97
	W najlepszych POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, jak tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta	350	4,17	5	5	186	1,04	24,94
	Personel w najlepszych POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji	350	4,04	4	5	164	1,14	28,34

Pewność	W najlepszych POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie	350	4,11	4	5	171	1,08	26,18
	W najlepszych POZ pacjent czuje się zaopiekowany	350	4,29	5	5	199	1,00	23,21
	W najlepszych POZ pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc	350	4,30	5	5	196	0,98	22,66
	W najlepszych POZ personel jest życzliwy i uprzejmy	350	4,35	5	5	203	0,94	21,65
	W najlepszych POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)	350	4,41	5	5	207	0,86	19,45
	Najlepsze usługi POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb	350	4,29	5	5	199	1,03	24,13
Empatia	Najlepsze POZ otwarte są w dogodnych godzinach i dobrze oznakowane.	350	4,28	5	5	191	1,00	23,28
	W najlepszych POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom	350	4,31	5	5	198	0,98	22,73
	W najlepszych POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów	350	4,26	5	5	186	0,95	22,38
	W najlepszych POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych	350	4,26	5	5	192	1,00	23,49
Zmienna		Nieposzukujący informacji dotyczących zdrowia w Internecie przed wizytą						
		Nważnych	Średnia	Mediana	Moda	Liczność (Mody)	Odczylenie standardowe	Współczynnik zmienności
Materialność	Dobra usługa POZ świadczona jest z wykorzystaniem nowoczesnego wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii	350	3,81	4	5	133	1,22	32,01
	POZ świadczący dobrą usługę charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)	350	3,97	4	5	149	1,14	28,77
	Przy świadczeniu najlepszych usług w POZ obowiązuje odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu	350	3,69	4	5	116	1,22	33,16
	Najlepsze POZ oferują pacjentom materiały informacyjne (broszury, ulotki...)	350	3,79	4	5	125	1,19	31,46
	Najlepsze POZ oferują udogodnienia pacjentom (parking, winda)	350	3,93	4	5	148	1,22	31,10

Solidność	Podczas świadczenia najlepszych usług POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów	350	4,06	4	5	163	1,11	27,26
	W najlepszych usługach POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu	350	4,05	4	5	157	1,08	26,77
	Najlepsze usługi POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie	350	4,11	4	5	165	1,03	25,14
	W najlepszych POZ ważna jest terminowość i szybka dostępność usług dla pacjenta	350	4,08	5	5	183	1,21	29,57
	W najlepszych POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta	350	4,06	4	5	160	1,13	27,77
Zdolność reagowania	W najlepszych POZ personel jest szczery, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi	350	4,18	5	5	186	1,10	26,36
	W najlepszych POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi	350	3,83	4	5	156	1,33	34,65
	W najlepszych POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom	350	4,14	5	5	181	1,13	27,31
	W najlepszych POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, jak tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta	350	4,00	4	5	147	1,10	27,57
	Personel w najlepszych POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji	350	4,00	4	5	159	1,17	29,19
Pewność	W najlepszych POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie	350	4,02	4	5	157	1,14	28,34
	W najlepszych POZ pacjent czuje się zaopiekowany	350	4,19	5	5	192	1,14	27,16
	W najlepszych POZ pacjent czuje się bezpieczny otrzymując właściwą pomoc	350	4,23	5	5	194	1,07	25,37
	W najlepszych POZ personel jest życzliwy i uprzejmy	350	4,28	5	5	198	1,03	24,14
	W najlepszych POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)	350	4,25	5	5	192	1,04	24,41
Empatia	Najlepsze usługi POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb	350	4,16	5	5	181	1,11	26,59
	Najlepsze POZ otwarte są w dogodnych godzinach i dobrze oznakowane.	350	4,23	5	5	186	1,05	24,80
	W najlepszych POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom	350	4,16	5	5	181	1,09	26,28
	W najlepszych POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów	350	4,18	5	5	183	1,08	25,92
	W najlepszych POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych	350	4,17	4	5	174	1,05	25,07

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

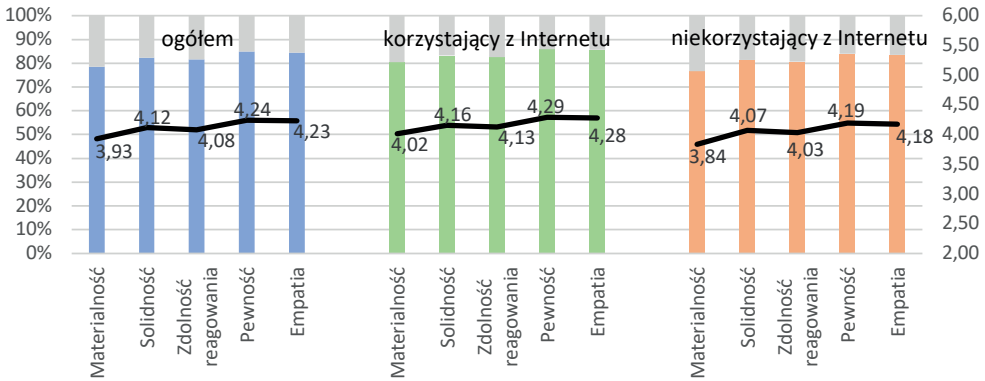
Oczekiwania w wymiarze solidności przyjmują średnio nieco wyższe poziomy wymagań, tj. od 4,1 dla zainteresowania personelu rozwiązywaniem problemów pacjentów i angażowania ich w proces leczenia do 4,15 dla poprawnego i niezawodnego wykonania usługi przy przeciętnej, choć nieco niższej niż poprzednio, zmienności na poziomie maksymalnie 28,33%. W podgrupie pacjentów korzystających z sieci przed wizytą u lekarza wyniki są nieco wyższe – od 4,15 w kwestii zainteresowania rozwiązywaniem problemów pacjentów do 4,18 dla poprawnie i niezawodnie wykonywanych świadczeń, zaś wśród niekorzystających nieco niższe: między 4,05 dla angażowania pacjentów w proces leczenia a 4,11 dla poprawnie i niezawodnie świadczonej usługi.

Średnie oceny poziomu oczekiwań w zakresie zdolności reagowania personelu wykazują najniższe wartości (3,89) w obszarze niezwłocznej obsługi i braku oczekiwania na wykonanie usługi, najwyższe (4,24) w przypadku szczerości, otwartości personelu chętnie udzielającego informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi. Zmienność jest tutaj nieco wyższa, ale wciąż umiarkowana – 33,31%. Zarówno korzystający, jak i niekorzystający z internetowych zasobów wiedzy pacjenci udający się do placówki POZ najniżej i najwyżej ocenili te same jak w przypadku średnich aspekty zdolności reagowania. Wyniki osiągnęły nieco wyższe wartości u korzystających, tj. 3,96 i 4,30 i niższe u niekorzystających – 3,83 i 4,18.

Uśrednione wielkości opisujące pewność usługi podstawowej opieki zdrowotnej przyjmują największe wartości spośród wszystkich wymiarów przy małej zmienności na poziomie maksymalnie 27,26%. Wahają się w przedziale od 4,06 w kwestii podejmowania działań w kierunku skupienia uwagi na pacjencie do 4,33 w kwestii zatrudniania kompetentnego personelu. Te same zmienne ocenili najniżej (4,11) i najwyżej (4,41) pacjenci poszukujący informacji online przed wizytą u lekarza. Ci, którzy tego nie robią, przyznali oceny od 4,02 dla pobudzania przez zarządzających zachowań personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie do 4,28 dla życzliwości i uprzejmości personelu.

Ostatni wymiar zwany empatią uzyskał średnie oceny dla wszystkich aspektów na bardzo zbliżonym poziomie w przedziale od 4,22 dla personelu, któremu leży na sercu dobro pacjentów oraz personelu rozumiejącego specyficzne potrzeby swoich pacjentów do 4,25 dla dogodnych godzin pracy placówek i dobrego oznakowania przy jednocześnie bardzo małej zmienności na poziomie maksymalnie 25,38%. U pacjentów zaglądających do Internetu przed wizytą w POZ oceny są wyższe: najniższe (4,26) dla tych samych obszarów co przy uśrednionych wynikach, najwyższe (4,31) dla poświęcania odpowiedniego czasu pacjentom. U pozostałych pacjentów to odpowiednio 4,16 w indywidualnym podejściu do każdego pacjenta oraz poświęcania mu odpowiedniego czasu i 4,23 w dogodnych godzinach otwarcia placówek POZ i dobrego ich oznakowania.

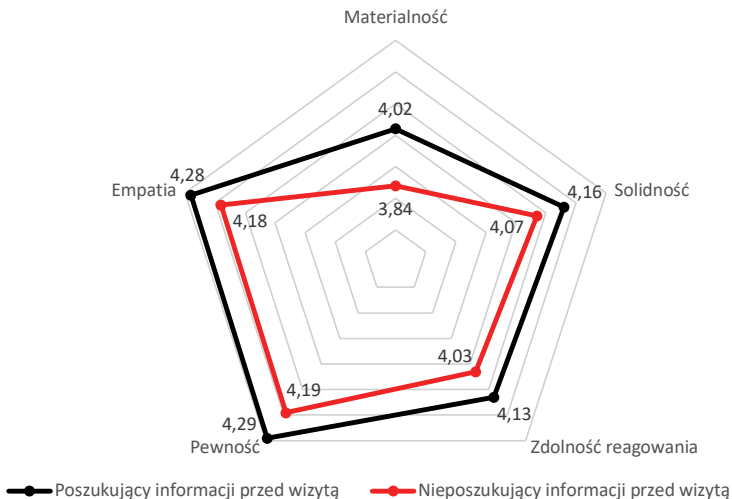
Analiza uśrednionych wartości ocen poszczególnych wymiarów jakości oczekiwanej przez pacjentów POZ ogółem i z podziałem na korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą u lekarza pierwszego kontaktu ujawnia priorytety w zakresie oczekiwań (rys. 6.1). Są to pewność i empatia z minimalnym wskazaniem na pierwszą z nich w każdej z grup pacjentów.



Rysunek 6.1. Oczeikiwana jakość usług POZ

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zgromadzone i opracowane dane ankietowe pozwalają porównać oczekiwania względem jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej obu grup pacjentów – korzystających i niekorzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą w placówce POZ. Dla każdego z wymiarów poziom oczekiwań pacjentów POZ jest wyższy u tych pacjentów, którzy korzystają z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza POZ. Oznacza to, że wykorzystaniu Internetu jako źródła informacji towarzyszą większe oczekiwania (rys. 6.2). Największe różnice uwidaczniają się w wymiarze zwanym materialnością, najmniejsze w obszarze solidności.



Rysunek 6.2. Ocena wymiarów jakości oczekiwanej przez pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w placówce POZ

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

6.2. Jakość otrzymana przez pacjentów

Jakość otrzymana, rozumiana jako subiektywny poziom jakościowy, którego doświadczają pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej, jest również oceniana przez pryzmat przyjętych wymiarów zarówno dla ogółu pacjentów, jaki i podgrup szukających lub nie w sieci informacji o zdrowiu przed spotkaniem z lekarzem POZ (tab. 6.2).

Uśrednione odczucia deklarowane przez pacjentów korzystających ze świadczeń POZ w zakresie materialności są najsłabsze względem wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii (3,31), najsilniejsze zaś dla czystego i eleganckiego wystroju wnętrz (3,84) przy przeciętnej zmienności na poziomie maksymalnie 37,77%. Uwzględniając podział świadczeniobiorców na korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w POZ, najsłabsze i najlepsze oceny tyczą tych samych kwestii jak w wynikach ogółem, przy czym są one wyższe u nieszukających treści powiązanych z celem wizyty u lekarza – 3,37 i 3,89, a u poszukujących to 3,25 i 3,78.

Odczucia w wymiarze solidności przyjmują średnio nieco wyższe poziomy, tj. od 3,51 dla terminowości i szybkiej dostępności usług dla pacjenta do 3,76 poprawności i niezawodności wykonania usługi przy przeciętnej, choć nieco niższej niż poprzednio, zmienności na poziomie maksymalnie 33,30%. W podgrupie pacjentów niekorzystających z sieci przed wizytą u lekarza te same zmienne uzyskały najgorsze i najlepsze oceny, choć nieco wyższe niż średnia dla ogółu pacjentów – od 3,59 do 3,80. Wśród korzystających są one nieco niższe i wahają się między 3,43 dla terminowej i szybko dostępnej usługi a 3,76 dla personelu zainteresowanego rozwiązywaniem problemów pacjentów.

Średnie oceny otrzymanej jakości usług POZ w zakresie zdolności reagowania personelu wykazują najniższe wartości (3,28) w obszarze niezwłocznej obsługi i braku oczekiwania na wykonanie usługi, najwyższe (3,80) co do szczerości, otwartości personelu chętnie udzielającego informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi. Zmienność jest tutaj nieco niższa, wciąż umiarkowana na poziomie maksymalnie 30,41%. Identyczny układ ocen wystawili pacjenci niekorzystający z Internetu, by zdobyć informacje przed rozmową z lekarzem, choć z nieco wyższymi wartościami 3,38 i 3,85 oraz korzystający z Internetu z nieco niższymi wartościami na poziomie 3,18 i 3,74.

Uśrednione oceny wymiaru nazwanego pewnością usługi podstawowej opieki zdrowotnej przyjmują jedne z najwyższych wartości spośród wszystkich wymiarów przy stosunkowo dużej, choć nadal granicznie przeciętnej zmienności na poziomie maksymalnie 39,92%. Wahają się one w przedziale od 3,55 w kwestii działań w kierunku skupienia uwagi na pacjencie do 3,93 w kwestii zatrudniania kompetentnego personelu. Te same zmienne ocenili najniżej (3,62) i najwyżżej (4,03) pacjenci nieposzukujący informacji online przed wizytą u lekarza. Ci, którzy tego nie robią, przyznali oceny od 3,49 pobudzaniu przez zarządzających zachowań personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie do 3,85 dla życzliwości i uprzejmości personelu.

Tabela 6.2. Usługa otrzymana przez pacjentów POZ

	Zmienna	Ogółem						Współczynnik zmienności
		Nwaznych	Średnia	Mediana	Moda	Liczność (Mody)	Odczylenie standardowe	
Materialność	Mój POZ świadczy usługi z wykorzystaniem nowoczesnego wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii	700	3,31	3	3	231	1,18	29,16
	Mój POZ charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)	700	3,84	4	5	246	1,17	31,52
	Przy świadczeniu mi usług POZ obowiązuje odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu	700	3,58	4	4	223	1,25	30,74
	Mój POZ oferuje pacjentom materiały informacyjne (broszury, ulotki...)	700	3,65	4	4	217	1,23	30,60
	Mój POZ oferuje udogodnienia pacjentom (parking, winda)	700	3,47	4	5	208	1,39	37,77
Solidność	Podczas świadczenia usług w moim POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów	700	3,75	4	4	228	1,15	31,40
	W usługach mojego POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu	700	3,63	4	4	234	1,15	33,30
	Świadczone usługi w moim POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie	700	3,76	4	4	256	1,10	28,24
	W moim POZ ważna jest terminowość i szybkość dostępność usług dla pacjenta	700	3,51	4	4	209	1,23	30,86
	W moim POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta	700	3,59	4	4	198	1,18	31,19
Zdolność reagowania	W moim POZ personel jest szczery, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi	700	3,80	4	5	234	1,16	30,18
	W moim POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi	700	3,28	3	3	222	1,24	29,83
	W moim POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom	700	3,72	4	4	233	1,17	30,41
	W moim POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, jak tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta	700	3,63	4	4	223	1,21	28,61
	Personel w moim POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji	700	3,55	4	4	209	1,23	29,26

Pewność	W moim POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie	700	3,55	4	4	216	1,13	31,91
	W moim POZ pacjent czuje się zaopiekowany	700	3,70	4	4	243	1,15	34,69
	W moim POZ pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc	700	3,76	4	4	231	1,16	32,84
	W moim POZ personel jest życzliwy i uprzejmy	700	3,91	4	5	253	1,11	39,92
	W moim POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)	700	3,93	4	4	258	1,07	27,07
Empatia	Usługi w moim POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb	700	3,73	4	4	232	1,13	35,67
	Mój POZ otwarty jest w dogodnych godzinach i dobrze oznakowany.	700	3,81	4	4	234	1,14	30,43
	W moim POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom	700	3,75	4	4	246	1,14	34,79
	W moim POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów	700	3,79	4	4	255	1,09	33,67
	W moim POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych	700	3,76	4	4	236	1,10	34,93
		Poszukujący informacji dotyczących zdrowia w Internecie przed wizytą						
		Zmienna						
Materialność	Mój POZ świadczy usługi z wykorzystaniem nowoczesnego wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii	350	3,25	3	3	122	1,12	34,63
	Mój POZ charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)	350	3,78	4	5	118	1,20	31,81
	Przy świadczeniu mi usług POZ obowiązuje odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu	350	3,51	4	4	106	1,22	34,67
	Mój POZ oferuje pacjentom materiały informacyjne (broszury, ulotki...)	350	3,54	4	4	114	1,21	34,28
	Mój POZ oferuje udogodnienia pacjentom (parking, winda)	350	3,39	4	4	100	1,36	40,03
Solidność	Podczas świadczenia usług w moim POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów	350	3,76	4	4	122	1,12	29,68
	W usługach mojego POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu	350	3,64	4	4	128	1,09	29,98
	Świadczone usługi w moim POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie	350	3,73	4	4	135	1,06	28,36
	W moim POZ ważna jest terminowość i szybka dostępność usług dla pacjenta	350	3,43	4	4	122	1,19	34,60
	W moim POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta	350	3,54	4	4	119	1,15	32,56

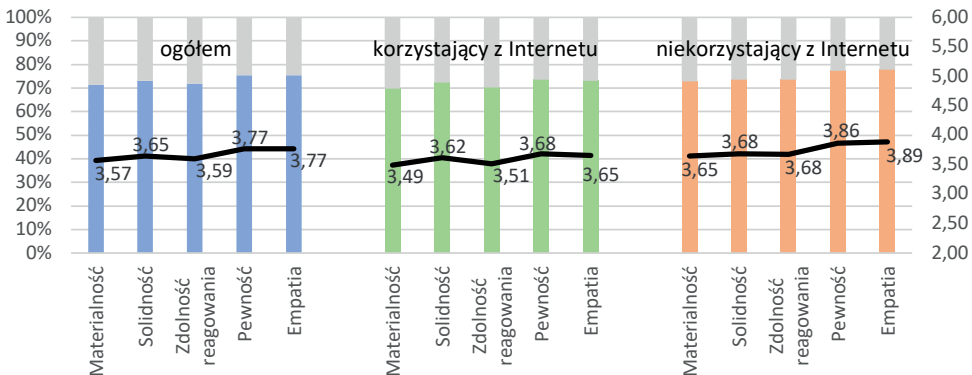
Zdolność reagowania	W moim POZ personel jest szczerzy, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi	350	3,74	4	4	126	1,18	31,49
	W moim POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi	350	3,18	3	3	114	1,18	37,10
	W moim POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom	350	3,65	4	4	127	1,15	31,56
	W moim POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, jak tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta	350	3,51	4	4	126	1,19	34,06
	Personel w moim POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji	350	3,48	4	4	116	1,22	34,96
	W moim POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie	350	3,49	4	4	128	1,11	31,95
	W moim POZ pacjent czuje się zaopiekowany	350	3,58	4	4	132	1,14	31,97
	W moim POZ pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc	350	3,65	4	4	117	1,17	32,17
Pewność	W moim POZ personel jest życzliwy i uprzejmy	350	3,85	4	4	131	1,13	29,27
	W moim POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)	350	3,84	4	4	138	1,09	28,26
	Usługi w moim POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb	350	3,57	4	4	127	1,10	30,91
	Mój POZ otwarty jest w dogodnych godzinach i dobrze oznakowany	350	3,67	4	4	134	1,16	31,72
	W moim POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom	350	3,66	4	4	139	1,14	31,08
	W moim POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów	350	3,70	4	4	141	1,11	29,88
	W moim POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych	350	3,66	4	4	131	1,12	30,63
Zmienienna		Nieposzukujący informacji dotyczących zdrowia w Internecie przed wizytą						
		Nważnych	Srednia	Mediana	Moda	Liczność (Mody)	Odczylenie standardowe	Współczynnik zmienności
		350	3,37	3	3	109	1,23	36,56
	Mój POZ świadczy usługi z wykorzystaniem nowoczesnego wyposażenia i najlepszych dostępnych na rynku technologii	350	3,89	4	5	128	1,13	29,03
	Mój POZ charakteryzuje czysty i elegancki wystrój wnętrz (estetyka)	350	3,65	4	4	117	1,27	34,82
	Przy świadczeniu mi usług POZ obowiązuje odpowiedni i ujednolicony ubiór personelu	350	3,76	4	5	123	1,24	32,87
	Mój POZ oferuje pacjentom materiały informacyjne (broszury, ulotki...)	350	3,56	4	5	119	1,41	39,71
	Mój POZ oferuje udogodnienia pacjentom (parking, winda)							
Materialność								

Solidność reagowania	Podczas świadczenia usług w moim POZ personel jest zainteresowany rozwiązywaniem problemów pacjentów	350	3,74	4	5	114	1,19	31,81
	W usługach mojego POZ angażuje się pacjentów w proces leczenia celem uzyskania najlepszego efektu	350	3,63	4	4	106	1,20	33,04
	Świadczone usługi w moim POZ wykonuje się poprawnie i niezawodnie	350	3,80	4	4	121	1,14	29,92
	W moim POZ ważna jest terminowość i szybka dostępność usług dla pacjenta	350	3,59	4	5	107	1,26	35,13
Zdolność reagowania	W moim POZ dokumentacja medyczna jest dostępna i czytelna dla pacjenta	350	3,65	4	5	112	1,21	33,06
	W moim POZ personel jest szczerzy, otwarty, chętnie udziela informacji o przebiegu i jakości świadczonej usługi	350	3,85	4	5	128	1,15	29,71
	W moim POZ pacjent jest obsługiwany niezwłocznie i nie czeka na wykonanie usługi	350	3,38	3	3	108	1,29	38,13
	W moim POZ personel przejawia gotowość i chęć niesienia pomocy pacjentom	350	3,79	4	5	121	1,18	31,18
Pewność	W moim POZ w czasie pracy personel nie jest zajęty niczym innym, jak tylko wykonaniem usług przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta	350	3,75	4	5	121	1,21	32,31
	Personel w moim POZ wspiera pacjentów w podejmowaniu decyzji	350	3,61	4	5	104	1,24	34,39
	W moim POZ zarządzający pobudzają takie zachowania personelu, aby całą uwagę skupiał na pacjencie	350	3,62	4	3	116	1,15	31,80
	W moim POZ pacjent czuje się zaopiekowany	350	3,82	4	5	121	1,15	30,17
Empatia	W moim POZ pacjent czuje się bezpieczny, otrzymując właściwą pomoc	350	3,87	4	5	126	1,14	29,37
	W moim POZ personel jest życzliwy i uprzejmy	350	3,98	4	5	139	1,08	27,18
	W moim POZ pracuje kompetentny personel (ma wiedzę, by szczegółowo odpowiadać na pytania pacjenta)	350	4,03	4	5	140	1,04	25,76
	Usługi w moim POZ charakteryzuje indywidualne podejście do każdego pacjenta i dostosowanie do jego potrzeb	350	3,89	4	5	132	1,13	28,93
	Mój POZ otwarty jest w dogodnych godzinach i dobrze oznakowany	350	3,96	4	5	142	1,09	27,62
	W moim POZ personel poświęca odpowiedni czas pacjentom	350	3,83	4	5	121	1,14	29,65
	W moim POZ personelowi leży na sercu dobro pacjentów	350	3,88	4	5	119	1,06	27,23
	W moim POZ personel rozumie specyficzne potrzeby swoich pacjentów w zakresie usług zdrowotnych	350	3,87	4	5	122	1,07	27,74

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Ostatni wymiar zwany empatią uzyskał średnie oceny w przedziale od 3,73 dla indywidualnego podejścia do każdego pacjenta i dostosowania do jego potrzeb do 3,81 dla dogodnych godzin pracy placówek i dobrego oznakowania przy przeciętnej zmienności na poziomie maksymalnie 35,67%. U pacjentów niezagląających do Internetu przed wizytą w POZ oceny są wyższe: najniższe (3,83) dla poświęcania pacjentom odpowiedniego czasu, najwyższe (3,96) dla dogodnych godzin otwarcia placówek POZ i dobrego ich oznakowania. U pozostałych pacjentów to odpowiednio ocena 3,57 odnośnie do indywidualnego podejścia do każdego pacjenta oraz poświęcania mu odpowiedniego czasu i 3,70 odnośnie do personelu, któremu leży na sercu dobro pacjentów.

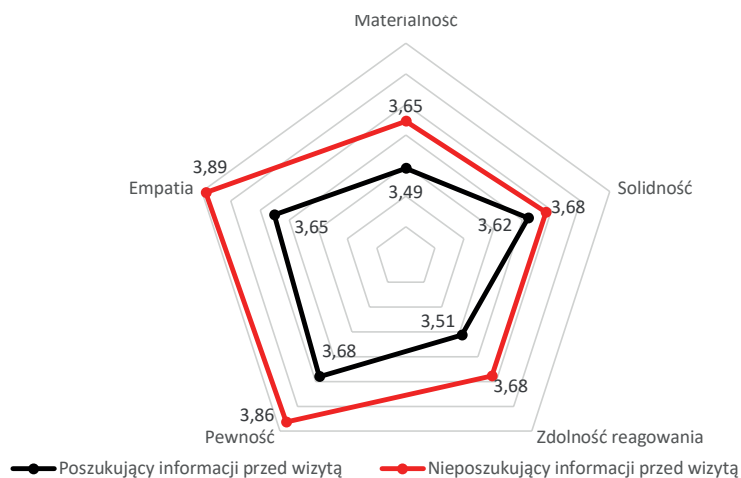
Analiza uśrednionych wartości ocen poszczególnych wymiarów jakości usługi otrzymanej przez pacjentów POZ ogółem i z podziałem na korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą u lekarza pierwszego kontaktu ujawnia mocniejsze i słabsze strony świadczeń (rys. 6.3). Najlepiej oceniane są pewność i empatia z minimalnym wskazaniem na pierwszą z nich w każdej z grup pacjentów.



Rysunek 6.3. Otrzymana jakość usług POZ

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zgromadzone i opracowane dane ankietowe pozwalają porównać odczucia w zakresie otrzymanej jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej obu grup pacjentów – korzystających i niekorzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą w placówce POZ. Dla każdego z wymiarów ocena otrzymanej usługi przez pacjentów POZ jest niższa u tych pacjentów, którzy korzystają z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza POZ. Oznacza to, że wykorzystaniu Internetu jako źródła informacji towarzyszy bardziej krytyczne spojrzenie na jakość świadczonych usług (rys. 6.4). Największe różnice widać w wymiarze empatii, zaś najmniejsze w solidności.



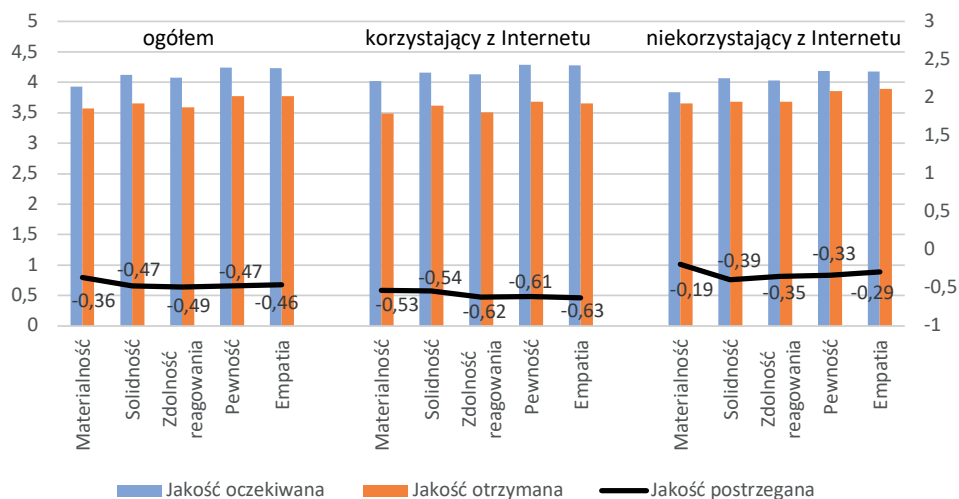
Rysunek 6.4. Ocena wymiarów jakości otrzymanej przez pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w placówce POZ

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W każdym z przebadanych wymiarów, tj. w kolejności wystawianych im ocen: pewności, empatii, solidności, zdolności reagowania i materialności wyniki badania są niższe u pacjentów korzystających z Internetu przed wizytą u lekarza w placówce POZ niż u tych, którzy nie zaglądają do sieci w tych okolicznościach.

6.3. Jakość postrzegana usług POZ

Postrzegana przez pacjentów jakość usług podstawowej opieki zdrowotnej, rozumiana jako różnica między subiektywnie deklarowaną jakością oczekiwaną, której chcieliby doświadczyć pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej, a subiektywną oceną usług wynikającą z doświadczeń z korzystania z POZ, to zestaw wartości dla pięciu przyjętych wymiarów, ustalona zarówno dla ogółu pacjentów, jak i podgrup szukających lub nie w sieci informacji o zdrowiu przed spotkaniem z lekarzem POZ (rys. 6.5).



Rysunek 6.5. Postrzegana jakość usług POZ

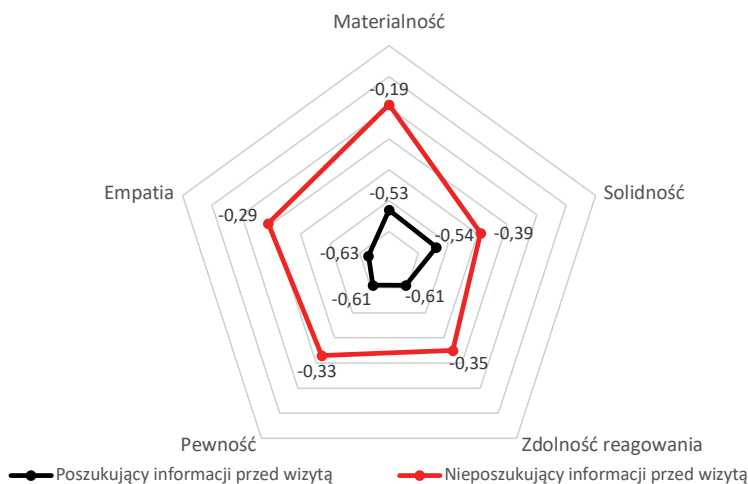
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Efekt porównania średnich wartości poszczególnych wymiarów jakości oczekiwanej i otrzymanej są uwidocznione różnice między tym, co chcieliby otrzymać pacjenci w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a co w rzeczywistości otrzymują. To wartości określające poziom satysfakcji towarzyszący konsumpcji usług zdrowotnych POZ.

Zestawienie ujawnia braki we wszystkich obszarach, nie zaistniała bowiem ani jedna sytuacja, gdzie uśrednione wartości byłyby wyższe dla jakości otrzymanej niż oczekiwanej. U pacjentów ogółem większość wymiarów wykazuje bardzo zbliżony poziom różnic – między 0,46 a 0,48 z wyjątkiem materialności, gdzie różnica ta jest mniejsza – na poziomie 0,36. Pacjenci korzystający z Internetu przed wizytą w POZ wskazują na większe rozbieżności, a zatem mniejszą satysfakcję, tzn. jakość postrzegana z usług POZ jest tu mniejsza i mieści się w przedziale od 0,53 w obszarze materialności do 0,63 w obszarze empatii, gdzie niedociągnięcia są najbardziej zauważalne. U pacjentów niekorzystających z informacji online tuż przed spotkaniem z lekarzem jakość postrzegana jest wyższa, choć nadal wskazuje na gorsze rezultaty jakościowe od stawianych wymagań. Stosunkowo najbardziej satysfakcjonujący jest tu wymiar materialny (0,19), a najmniej solidność usług POZ (0,54).

Zgromadzone i opracowane dane ankietowe pozwalają porównać satysfakcję będącą wynikiem postrzeganej jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej obu grup pacjentów – korzystających i niekorzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą w placówce POZ. Dla każdego z wymiarów poziom satysfakcji z usługi POZ jest niższy u tych pacjentów, którzy korzystają z Internetu jako źródła informacji

o zdrowiu przed wizytą u lekarza POZ. Oznacza to, że wykorzystaniu Internetu jako źródła informacji towarzyszy mniejsze zadowolenie pacjentów ze świadczonych usług (rys. 6.6). Największe różnice uwidaczniają się w wymiarze materialności, najmniejsze w solidności.



Rysunek 6.6. Ocena wymiarów jakości postrzeganej przez pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w placówce POZ

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

6.4. Zależności między korzystaniem z Internetu a postrzeganą jakością usług

Celem ustalenia zależności między korzystaniem z Internetu a postrzeganą jakością usług POZ za zmienną niezależną przyjęto dwa czynniki: częstotliwość korzystania z Internetu celem poszukiwania informacji dotyczących zdrowia oraz korzystanie z Internetu tuż przed wizytą u lekarza. Do oceny zależności między nimi a jakością oczekiwaną, otrzymaną i postrzeganą usług podstawowej opieki zdrowotnej oraz weryfikacji hipotez badawczych wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana przy poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Zebrane dane przeanalizowano łącznie oraz w dwóch podgrupach: pacjentów usatysfakcjonowanych z usług POZ (244 osoby zadowolone i zachwycone) oraz pacjentów niezadowolonych z usług POZ (456 osób).

Po zbadaniu zależności między częstotliwością korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu a elementami koncepcyjnego modelu jakości usług POZ ustalono, że tylko część spośród ocenianych wymiarów tworzy z badaną zmienną istotne ujemne

związki korelacyjne, przy czym ich liczba i siła różnią się w każdej z badanych grup pacjentów (tab. 6.3).

Tabela 6.3. Zależności między częstotliwością korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu a postrzeganą jakością usług POZ

Zmienna zależna	Wymiary usług POZ					
	materialność	solidność	zdolność reagowania	pewność	empatia	ogółem
Pacjenci usatysfakcjonowani (244)						
Jakość oczekiwana	-0,158215	-0,135767	-0,105801	-0,181829	-0,171709	-0,151265
Jakość otrzymana	-0,176994	-0,085027	-0,065685	-0,132343	-0,144682	-0,140141
Jakość postrzegana	-0,050337	0,120288	0,064167	0,123399	0,092983	0,119582
Pacjenci nieusatysfakcjonowani (466)						
Jakość oczekiwana	-0,101080	-0,036365	-0,010932	0,034501	0,064252	-0,031374
Jakość otrzymana	-0,039369	-0,010210	-0,070662	-0,052365	-0,075426	-0,054322
Jakość postrzegana	0,050860	0,006091	-0,104115	-0,130933	-0,170220	-0,064452
Pacjenci ogółem (700)						
Jakość oczekiwana	-0,119412	-0,072099	-0,051523	-0,044350	-0,026642	-0,073368
Jakość otrzymana	-0,085795	-0,033816	-0,065480	-0,076355	-0,097022	-0,079474
Jakość postrzegana	0,046044	0,042876	-0,040151	-0,040073	-0,068514	-0,001458

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Jakość oczekiwana u pacjentów usatysfakcjonowanych usługami, wyrażona jako średnia z ocenianych wymiarów, jak i cztery z jej pięciu wymiarów z osobna istotnie ujemnie zależą od częstotliwości wykorzystania Internetu dla celów zdrowia. Jedynie zdolność reagowania jest wymiarem, który nie tworzy tu istotnego związku. Wszystkie ujawnione zależności są słabe – ich wartość bezwzględna jest mniejsza niż 0,2. Jakość otrzymana wyrażona jako średnia z ocenianych wymiarów, jak i trzy z jej pięciu wymiarów z osobna (poza solidnością i zdolnością reagowania) istotnie ujemnie zależą

od częstotliwości wykorzystania Internetu dla celów zdrowia. Tu również wszystkie zależności są słabe. W przypadku jakości postrzeganej mierzonej różnicą między jakością oczekiwaną a otrzymaną żadne z analizowanych zależności nie tworzą istotnych związków.

W grupie pacjentów odczuwających dyssatysfakcję wynikającą z korzystania z usług POZ jedynie materialny wymiar jakości oczekiwanej istotnie ujemnie zależy od częstotliwości wykorzystania Internetu dla celów zdrowia. Zależność jest słaba – jej wartość bezwzględna wynosi 0,1. W obszarze jakości otrzymanej żadne z analizowanych zależności nie tworzą istotnych związków ani z jakością wyrażoną jako średnia z ocenianych wymiarów, ani z żadnym z jej pięciu wymiarów z osobna. Jakość postrzegana zależy zaś od częstotliwości wykorzystania Internetu dla celów zdrowia w jej trzech wymiarach, tj. zdolności reagowania, pewności i empatii. Wszystkie zidentyfikowane istotne zależności są ujemne i słabe.

Analizy korelacji częstotliwości wykorzystania Internetu dla celów zdrowia i poszczególnych składowych modelu jakości wykonane dla wszystkich badanych łącznie, bez podziału na usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych pacjentów, wykazały w obszarze jakości oczekiwanej jedną istotną ujemną, choć słabą zależność. Dotyczy ona zmiennej niezależnej i wymiaru materialnego zmiennej zależnej. Jakość otrzymana ogółem, jak i jej trzy aspekty z osobna: materialność, pewność i empatia tworzą natomiast istotne związki z częstotliwością korzystania z sieci. Wszystkie są ujemne i słabe. Niestety ani jakość postrzegana ogółem, ani żaden z jej wymiarów nie tworzą z częstotliwością korzystania z internetowego źródła informacji istotnych związków korelacyjnych.

Analizy zależności między korzystaniem z Internetu w poszukiwaniu informacji o zdrowiu przed wizytą w placówce POZ a elementami koncepcyjnego modelu jakości usług POZ ujawniły, że część spośród ocenianych związków korelacyjnych jest istotnych, a ich ilość, siła i kierunek różnią się w zależności od badanej grupy pacjentów (tab. 6.4).

Tabela 6.4. Zależności między korzystaniem z Internetu jako źródłem informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza a postrzeganą jakością usług POZ

Zmienna zależna	Wymiary usług POZ					
	materialność	solidność	zdolność reagowania	pewność	empatia	ogółem
Pacjenci usatysfakcjonowani (244)						
Jakość oczekiwana	-0,193804	-0,212184	-0,176114	-0,232766	-0,222191	-0,210688
Jakość otrzymana	-0,179999	-0,151582	-0,185637	-0,214827	-0,220327	-0,212947
Jakość postrzegana	-0,008737	0,129622	0,004414	0,076726	0,060326	0,098923

Zmienna zależna	Wymiary usług POZ					
	materialność	solidność	zdolność reagowania	pewność	empatia	ogółem
Pacjenci nieusatysfakcjonowani (456)						
Jakość oczekiwana	-0,064829	0,049330	0,031430	0,049281	0,073828	0,017055
Jakość otrzymana	-0,028112	0,046995	-0,008684	-0,027386	-0,051074	-0,014496
Jakość postrzegana	0,030284	-0,009901	-0,067052	-0,094848	-0,131904	-0,043975
Pacjenci ogółem (700)						
Jakość oczekiwana	-0,099117	-0,032766	-0,039125	-0,043098	-0,026154	-0,054903
Jakość otrzymana	-0,085868	-0,029439	-0,079521	-0,098199	-0,116156	-0,089937
Jakość postrzegana	0,030548	0,014674	-0,047287	-0,046906	-0,066939	-0,016851

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Jakość oczekiwana wśród pacjentów usatysfakcjonowanych usługami, wyrażona jako średnia z ocenianych wymiarów, jak i każdy z jej pięciu wymiarów z osobna istotnie ujemnie zależą od korzystania z Internetu przed wizytą w POZ. Większość zależności jest dostateczna – ich wartość bezwzględna jest większa niż 0,2. Jedynie materialność i zdolność reagowania pozostają w słabym związku. Jakość otrzymana mierzona średnią z ocenianych wymiarów, jak i jej wszystkie wymiary istotnie ujemnie zależą od sięgania do Internetu po informacje przed spotkaniem z lekarzem. Zależności są słabe w przypadku materialności, solidności i zdolności reagowania, a dostateczne dla pozostałych wymiarów i jakości otrzymanej ogółem. W przypadku jakości postrzeganej mierzonej różnicą między jakością oczekiwaną a otrzymaną jedynie solidność istotnie dodatnio, choć słabo, zależy od korzystania z Internetu przed wizytą u lekarza.

W grupie pacjentów z dyssatysfakcją, wynikającą z korzystania z usług POZ, żadna z analizowanych zależności dla jakości oczekiwanej i otrzymanej nie jest istotna. Zaledwie dwa wymiary jakości postrzeganej będące efektem porównań jakości oczekiwanej i otrzymanej, tj. pewność i empatia, ujemnie i słabo zależą od wykorzystania Internetu dla celów zdrowia przed spotkaniem z lekarzem w placówce POZ.

Z analiz korelacji między wykorzystaniem Internetu do poszukiwania informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza POZ a poszczególnymi składowymi modelu jakości usług POZ wykonanych dla wszystkich badanych łącznie, bez podziału na

usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych pacjentów, istotne okazały się niektóre z nich tylko w obszarze jakości oczekiwanej i otrzymanej. W obszarze jakości oczekiwanej istotnie ujemnie koreluje aspekt materialny, zaś w przypadku jakości otrzymanej usług POZ istotne zależności występują dla wszystkich zmiennych z wyjątkiem solidności. Wszystkie korelacje są słabe ujemnie.

Z przyjętych założeń wynika również, że cechy pacjentów, jak: stan zdrowia, płeć, wiek, wykształcenie oraz częstotliwość wizyt w POZ powinny determinować jakość postrzeganą usług POZ (tab. 6.5). Okazuje się jednak, że w badaniu jedynie wykształcenie istotnie ujemnie koreluje ze wszystkimi zmiennymi opisującymi jakość postrzeganą, a wiek dodatkowo ze zmiennymi opisującymi wszystkie wymiary jakości z wyjątkiem materialności. Zdiagnozowane zależności są słabe.

Tabela 6.5. Zależności między cechami charakteryzującymi pacjentów a postrzeganą jakością usług POZ

Zmienna	Wymiary jakości usług POZ					
	materialność	solidność	zdolność reagowania	pewność	empatia	ogółem
Stan zdrowia	0,019273	0,001551	-0,031143	-0,071333	-0,056857	-0,035625
Płeć	0,018513	-0,030816	0,011146	0,034812	0,052036	0,025130
Wiek	-0,007220	0,144289	0,143878	0,147077	0,150146	0,127867
Wykształcenie	-0,096144	-0,134940	-0,110439	-0,129800	-0,122060	-0,139291
Częstotliwość wizyt u lekarza POZ	0,050179	0,008306	-0,037882	0,023352	-0,014043	-0,002446

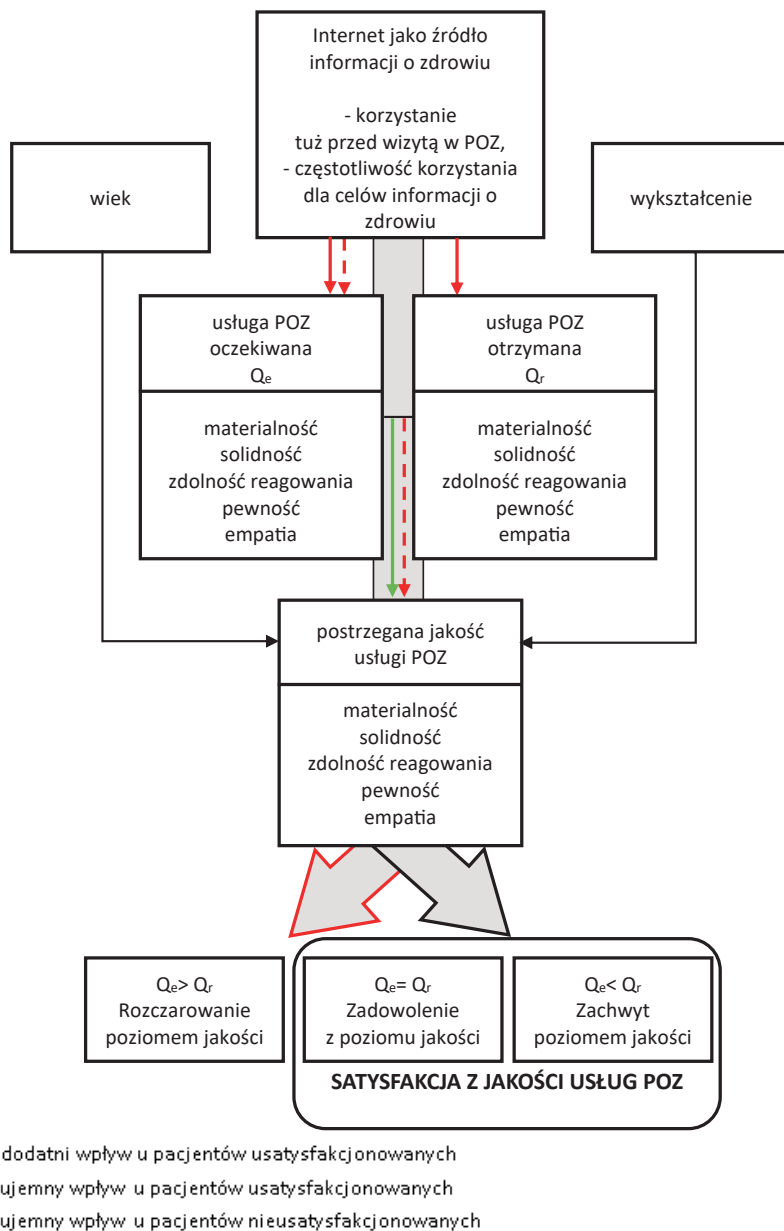
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zaprezentowane wyniki badanych korelacji między korzystaniem przez pacjentów z Internetu a jakością usług POZ pozwalają na weryfikację hipotez badawczych:

1. Hipoteza główna H_1 mówiąca o tym, że postrzegana jakość usług POZ ujemnie zależy od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu rozumianego jako:
 - a) częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu:
 - została potwierdzona dla nieusatysfakcjonowanych pacjentów POZ w stosunku do zdolności reagowania, pewności i empatii,
 - została odrzucona zarówno dla ogółu, jak i usatysfakcjonowanych pacjentów POZ (brak istotnych korelacji);
 - b) korzystanie z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu tuż przed umówioną wizytą w POZ:
 - została potwierdzona dla nieusatysfakcjonowanych pacjentów POZ, ale tylko w stosunku do pewności i empatii,

- została odrzucona dla ogółu pacjentów POZ (brak istotnych korelacji) i usatysfakcjonowanych pacjentów POZ (jedna istotna korelacja, lecz o dodatnim kierunku).
- 2. Hipoteza pomocnicza H_2 mówiąca, że poziom oczekiwań pacjentów względem usług POZ dodatnio zależy od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu rozumianego jako:
 - a) częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu:
 - została odrzucona dla ogółu pacjentów POZ (materialność istotna ujemnie), usatysfakcjonowanych pacjentów POZ (prawie wszystkie zależności istotne, lecz ujemnie), nieusatysfakcjonowanych pacjentów POZ (materialność istotna ujemnie);
 - b) korzystanie z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu tuż przed umówioną wizytą w POZ:
 - została odrzucona dla ogółu pacjentów POZ (materialność istotna ujemnie), usatysfakcjonowanych pacjentów POZ (wszystkie zależności istotne, lecz ujemnie) i nieusatysfakcjonowanych pacjentów POZ (brak istotnych korelacji).
- 3. Hipoteza pomocnicza H_3 mówiąca, że jakość otrzymana usługi POZ ujemnie zależy od korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu rozumianego jako:
 - a) częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu:
 - została potwierdzona dla ogółu pacjentów (z wyjątkiem wymiarów solidności i zdolności reagowania) oraz dla usatysfakcjonowanych pacjentów POZ (z wyjątkiem wymiarów solidności i zdolności reagowania),
 - została odrzucona dla nieusatysfakcjonowanych pacjentów POZ (brak istotnych korelacji);
 - b) korzystanie z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu tuż przed umówioną wizytą w POZ:
 - została potwierdzona dla ogółu pacjentów (z wyjątkiem wymiaru solidności) oraz usatysfakcjonowanych pacjentów POZ,
 - została odrzucona dla nieusatysfakcjonowanych pacjentów POZ (brak istotnych korelacji).
- 4. Hipoteza pomocnicza H_4 mówiąca o stanie zdrowia, płci, wieku i wykształceniu jako istotnych determinantach postrzeganej przez pacjentów jakości usług POZ została potwierdzona jedynie w części. Wykształcenie ujemnie determinuje postrzeganą jakość, a wiek dodatnio determinuje wszystkie jej wymiary z wyjątkiem materialności.
- 5. Hipoteza pomocnicza H_5 mówiąca o częstotliwości wizyt u lekarza POZ istotnie determinującej postrzeganą jakość usług POZ została odrzucona. Brakuje tu jakichkolwiek istotnych zależności.

6.5. Komentarz i dyskusja nad wynikami badań



Rysunek 6.7. Model zależności między korzystaniem z Internetu jako źródłem informacji o zdrowiu a postrzeganą jakością usług POZ

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Zrealizowane badania pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej pozwoliły na potwierdzenie części z przyjętych założeń konceptu badawczego, że jakość oceniana z punktu widzenia pacjenta jako efekt zestawienia oczekiwanych i otrzymanych parametrów jest powiązana z korzystaniem z Internetu jako źródłem informacji o zdrowiu, choć słabo, a pozyskane dane i zidentyfikowane zależności prowadzą do interesujących wniosków. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia z zauważalnymi różnicami w poziomach jakości oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej pomiędzy grupami pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu celem znalezienia informacji dotyczących zdrowia. Z drugiej – stosunkowo małą część zakładanych zależności między korzystaniem z sieci www a zmiennymi zależnymi, tzn. jakością oczekiwaną, otrzymaną i postrzeganą, udało się potwierdzić empirycznie dla podstawowej opieki zdrowotnej (rys. 6.7).

6.5.1. Korzystanie z Internetu a jakość postrzegana i satysfakcja

Porównanie poziomów postrzeganej jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej wyznaczonych w drodze zestawienia parametrów usługi oczekiwanej i otrzymanej ustalonych w badaniu pokazało jej niższe wartości u konsumentów usług zdrowotnych korzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza POZ niż u tych, którzy nie szukali informacji w ten sposób. Różnica ta wystąpiła w każdym z badanych wymiarów: materialności, solidności, zdolności reagowania, pewności i empatii. Spostrzeżenie to umocniło przekonanie o zasadności postawionej hipotezy, że postrzegana jakość usług POZ ujemnie zależy od wykorzystania Internetu, lecz wymagało weryfikacji.

Poszukiwanie zależności korelacyjnych między wykorzystaniem Internetu dla celów zdrowia w postaci dwóch zmiennych: korzystania z sieci tuż przed wizytą u lekarza oraz częstotliwości korzystania z sieci dla pozyskania informacji o zdrowiu w powiązaniu z postrzeganą jakością usług POZ nie ujawniło istotnych zależności.

Istotne zależności pojawiły się przy podziale pacjentów na usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych usługami POZ. W grupie zadowolonych jedynie solidność dodatnio zależy od korzystania z Internetu. U niezadowolonych pacjentów korzystanie z Internetu (na oba sposoby) to niższa jakość postrzegana w wymiarze empatii i pewności, a dla częstotliwości również niższa w wymiarze zdolności reagowania.

Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość usług POZ rozumiana w kategoriach jakości postrzeganej jest zatem mniejsza, gdy pacjenci korzystają z Internetu, szczególnie ci niezadowoleni. Można więc powiedzieć, że niezadowolenie pacjentów z jakości usług POZ nasila się w wyniku korzystania z sieci, a zadowoleni z jakości świadczeniobiorcy nie zmieniają opinii, mimo używania internetowej informacji o zdrowiu, z wyjątkiem kwestii solidności, co do której sytuacja się poprawia.

Opieka medyczna nie może być uznana za usługę wysokiej jakości, dopóki pacjent nie będzie usatysfakcjonowany (Vuori, 1987). Powodem spadku satysfakcji jest rosnąca

różnica między wyobrażeniami, stanowiącymi swoisty wzorzec idealnej usługi, a rzeczywistością, czyli jakością otrzymaną, ze szczególnym uwzględnieniem wymiaru empatii, tak silnie kojarzonej z relacją lekarz–pacjent (Krot, 2008). Mniejsza satysfakcja będąca pochodną jakości postrzeganej może wynikać tu m.in. z: rosnących wymagań w następstwie zdobytej wiedzy o powszechności obowiązywania wysokich standardów w zakresie troski, opiekuńczości czy przejawiania autentycznej chęci pomocy lub niższej oceny w rezultacie niewystarczających kompetencji miękkich wśród personelu medycznego i braku zaangażowania. Co do pozostałych wymiarów, ujemnie zależnych od korzystania z Internetu, można mówić o wyższych wymaganiach w zakresie m.in.: udzielania informacji, niezwłocznej obsługi, gotowości niesienia pomocy, skupiania uwagi na pacjencie, życzliwości czy kompetencji i jednocześnie słabszej jakości tychże parametrów usługi otrzymanej.

Te ustalenia wpisują się w teorię istnienia efektu uprzedzenia negatywnego omawianego m.in. w artykułach Hamlina, Wynn i Blooma (2010), Fesslera, Pisor i Navarrete'a (2014) oraz Carstensen i DeLiema (2018), a w odniesieniu do informacji o zdrowiu w powiązaniu z satysfakcją i jakością przez zespół Liu, Gong, Zhang (2020). Gdy internauci szukają informacji za pośrednictwem Internetu, mogą częściej wybierać negatywne informacje związane z usługą medyczną (np. konflikt lekarz–pacjent i wybuch chorób zakaźnych). Ignorując pozytywne i neutralne treści, obniżają w ten sposób ocenę jakości i swoje zadowolenie z usługi medycznej. W konsekwencji korzystanie z sieci może pogłębiać niezadowolenie z dostarczanych usług medycznych.

Wśród nielicznych badań w zakresie związków między poszukiwaniem informacji online a satysfakcją pacjentów powiązanej z postrzeganą jakością autorzy Sun, Yu, Chiu i Hsu (2022) wykazują ten sam charakter zależności. Internet jako źródło informacji ma generalnie negatywny wpływ na pacjenta, a satysfakcja jest tu utożsamiana z zadowoleniem z efektów leczenia i z usług, a zatem jest pochodną ich jakości. Badania te mają jednak charakter fragmentaryczny względem prowadzonych przez autorkę analiz, gdyż obejmują poszukiwanie jedynie informacji o lekarzach, nie biorąc pod uwagę żadnych innych treści, np. o symptomach chorobowych czy metodach leczenia.

Bylund i in. (2007; 2010) wykazali również, że poszukiwanie w Internecie informacji w powiązaniu z niezgadaniem się lekarza z przyniesionymi przez pacjentów treściami skutkuje ich niższym zadowoleniem z konsultacji i chęcią zmiany opinii lekarza. Zależność ta dotyczyła tylko niektórych miar, tzn. stopnia zażyłości relacji z lekarzem i jej długości. Jednocześnie, gdy lekarz komunikował zainteresowanie i zaangażowanie odnośnie do tych informacji oraz pokazywał, że traktuje je poważnie, pacjenci oceniali konsultację pozytywniej.

Na ten sam problem zwrócili uwagę Murray i in. (2003b): zadowolenie pacjenta, a zatem postrzegana przez niego jakość, spada, gdy lekarz odmawia prośbom, które pojawiają się często w konsekwencji większej wiedzy pacjentów nabywanej w drodze znajdowania informacji w sieci.

Negatywny bezpośredni związek między wyszukiwaniem informacji o zdrowiu online a zadowoleniem wskazują też de Looper ze współautorami (2021). Według nich intensywniejsze korzystanie z Internetu prowadzi do niższego zadowolenia pacjenta. Badanie dotyczyło jednak jedynie pacjentów z nowotworami, a pomiar koncentrował się na potrzebach zaspokojonych przez chirurga, odczuciach pacjenta w kwestii aktywnego zaangażowania w konsultację, otrzymanych informacjach, wsparciu emocjonalnym oraz interakcji w trakcie konsultacji.

Do identycznych wniosków, choć zależność między zmiennymi nie jest bezpośrednia, doszli badacze Tanis, Hartmann i de Poel (2016). Twierdzą oni, że Internet, który znacząco zmienił sposób, w jaki pacjenci mogą przygotować się przed konsultacją lekarską, może mieć negatywny wpływ na efekt konsultacji, zwłaszcza w przypadku osób, które mają obawy dotyczące zdrowia. Występuje tu zatem zmienna mediująca w postaci niepokoju o własne zdrowie.

W literaturze znajdujemy ponadto grupę badań, w których wykazano pozytywny wpływ poszukiwania informacji dotyczących zdrowia w Internecie na zadowolenie pacjentów. Tutaj jednak kontekst badawczy jest taki, że pacjenci dzięki pogłębionej wiedzy są w stanie lepiej rozumieć sytuację, w jakiej się znajdują, uczestniczyć w podejmowaniu decyzji.

Badania Stacey z zespołem (2024) wykazały, że poszukiwanie informacji o zdrowiu online może, podnosząc wiedzę pacjentów, wpływać na ich zdolność do współdecydowania oraz zrozumienie wyników i ryzyka i ostatecznie zwiększać zadowolenie pacjentów, a zatem postrzeganą jakość. To wynik podejmowanych decyzji kształtowanych przez oczekiwania, obejmujących skuteczność leczenia i postawę lekarza w trakcie świadczenia usługi.

Na pozytywne efekty korzystania z internetowej informacji o zdrowiu u pacjentów wywołane za pośrednictwem innej zmiennej, tj. głębszych relacji i zaangażowania, zwrócili uwagę Kamboj i jego zespół (2023). Pacjenci z większą wiedzą, dobrze poinformowani, mający do dyspozycji dużą liczbę informacji utrzymują głębsze relacje ze swoimi lekarzami i zaangażowanie. O pośrednim wpływie informacji o zdrowiu z Internetu pisał również Luo ze współautorami (2022), dokonując przeglądu artykułów z tego obszaru. Z reguły jednak mowa była tu o zaufaniu.

Wpływ internetowej informacji na relację lekarz–pacjent, a w konsekwencji zadowolenie lub niezadowolenie pacjentów, opisali Rider, Malik i Chevassut (2014). Jeśli informacja była dyskutowana z lekarzem, oddziaływała pozytywnie, jeśli nie – powodowała dyskomfort odczuwany po wizycie. Podobnie o potencjalnym zadowoleniu z kontaktów z lekarzem, pojawiającym się w wyniku korzystania z internetowej informacji o zdrowiu, wypowiadali się Schrank, Sibitz, Unger i Amering (2010). Opinie, że lepiej ocenia wizytę pacjent, gdy otrzymuje naukowe wyjaśnienia wyszukanych treści, oznaczają, iż warunkiem zadowolenia jest ich omawianie z profesjonalistą. Podobny pogląd pojawia się u Sommerhalder i jej współpracowników (2009) oraz Zdun-Ryżewskiej

z zespołem (2016). Lee, Choi i Noh (2016) do wzrostu pozytywnych odczuć z opieki zdrowotnej w wyniku dyskusji pacjentów z lekarzami na temat informacji zdrowotnych dodali kwestię zaufania do znalezionych treści, które polepszają jakość działań komunikacyjnych i skutkują skierowaniem tematu do omówienia.

Zespół pod kierunkiem Hay (2008), oprócz znacząco wyższego zadowolenia z wizyt, gdy omawiano informacje o zdrowiu znalezione online, zwrócił uwagę na to, że pacjenci raczej nie wspominają o znalezionych w Internecie treściach. Bowes, Stevenson, Ahluwalia i Murray (2012) doszli zaś do wniosku, że z perspektywy pacjenta najbardziej wskazane jest zgodzić się z jego propozycjami opartymi na internetowej wiedzy, a jeśli to niemożliwe, potraktować sugestie poważnie oraz docenić wysiłki pacjenta, by zapobiec obniżeniu satysfakcji.

Helwig, Lovelle, Guse i Gottlieb (1999) ustalili, obserwując pacjentów przeszukujących Internet w poszukiwaniu informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza, że prawie wszyscy czują się wówczas bardziej zadowoleni z wizyty niż z poprzednich.

6.5.2. Korzystanie z Internetu a jakość oczekiwana

Porównanie poziomów jakości oczekiwanej w usługach podstawowej opieki zdrowotnej pojmowanej jako subiektywny poziom jakościowy, którego chcieliby doświadczyć pacjenci POZ, uwidoczniło wyższe oczekiwania w zakresie jakości u konsumentów usług zdrowotnych korzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza POZ. Różnica ta wystąpiła we wszystkich badanych wymiarach jakości: materialności, solidności, zdolności reagowania, pewności i empatii. Podobnie jak przy jakości postrzeganej, ustalenia te uwiarygodniły zasadność postawionej hipotezy: poziom oczekiwań pacjentów względem usług POZ dodatnio zależy od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, lecz wymaga weryfikacji.

Poszukiwanie zależności korelacyjnych u pacjentów POZ między wykorzystaniem Internetu dla celów zdrowia wyrażonego parą zmiennych: korzystaniem z sieci tuż przed wizytą w POZ oraz częstotliwością korzystania z informacji o zdrowiu online w powiązaniu z jakością oczekiwaną przez pacjentów, ujawniło tylko jedną istotną zależność dla każdej ze zmiennych. Zarówno częstotliwość korzystania, jak i sięganie do sieci przed wizytą w POZ oznaczają mniejsze oczekiwania pacjentów względem usługi podstawowej opieki zdrowotnej w jednym z jej wymiarów – materialności.

Podobnie jak przy związkach między wykorzystaniem Internetu a jakością postrzeganą więcej istotnych zależności pojawiło się przy podziale pacjentów na usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych usługami medycznymi. Jakość oczekiwana jest zależna od wykorzystania Internetu w obu grupach, choć zdecydowanie więcej związków pojawia się u zadowolonych świadczeniobiorców. W tym przypadku zarówno oczekiwania pod względem jakości ogółem, jak względem jej wszystkich wymiarów maleją przy korzystaniu z sieci przed pójściem do lekarza oraz wraz z rosnącą częstotliwością

wykorzystania jej do celów informacyjnych w obszarze zdrowia, choć w tym przypadku zdolność reagowania nie jest zmienną zależną. U niezadowolonych pacjentów jedynie częstotliwość korzystania determinuje jakość oczekiwaną usług, a konkretnie jeden z jej wymiarów – materialność, wywołując spadek oczekiwań.

Przeciwnie zatem do założeń hipotezy, poziom oczekiwań pacjentów względem usług POZ ujemnie zależy od wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu zarówno u wszystkich pacjentów, jak i u usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych z usług POZ. Odpowiedź na pytanie o powody takiej sytuacji może mieć związek z materialnym aspektem jakości, który w przypadku jakości oczekiwanej występuje w roli zmiennej zależnej wyjątkowo często. Może to być zatem powodem pojawienia się zadowolenia lub zachwyty, a nie rzeczywistej jakości usług. Ta zaskakująca sytuacja może być wynikiem m.in.: pozyskania z Internetu wiedzy o złej kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej, brakach kadrowych, kolejkach do lekarzy, problemach w komunikacji z placówkami POZ, braku zaangażowania personelu, niskich parametrach jakości technicznej usług zdrowotnych, nieliczeniu się pracowników podmiotów leczniczych z potrzebami pacjentów, braku empatii i wielu innych negatywnych zjawiskach, o których dużo się pisze i które w konsekwencji powodują u pacjentów obniżenie wymagań i oczekiwań względem opieki POZ. Być może pacjenci nie mogąc w takich okolicznościach liczyć na zbyt wiele, nie chcą się rozczarować. Zaistnienie tego zjawiska uprawdopodobnia omówiony wcześniej efekt uprzedzenia negatywnego związany z większymi preferencjami odnośnie do negatywnych informacji.

Próba porównania wyników analiz z ustaleniami innych badaczy w zakresie związku między korzystaniem z Internetu dla celów informacji dotyczących zdrowia a jakością oczekiwaną usług POZ nie jest zadaniem prostym. Temat kompleksowej oceny zjawiska nie spotyka się bowiem z dużym zainteresowaniem badaczy, szczególnie wówczas, gdy wchodzi w grę podział pacjentów na usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych. Realizowane badania dostarczają jedynie fragmentarycznych informacji, zazwyczaj w popularnym kontekście relacji lekarz–pacjent (Nwosu, Cox, 2000; Murray i in., 2003a; Murray i in., 2003b; Broom, 2005; Rider, Malik, Chevassut, 2014; Harvey i in., 2017; Soboń, 2021), skupiając się na dostarczeniu wybiórczej wiedzy o wpływie Internetu na oczekiwania względem wybranych elementów składowych usługi, a rozważania najczęściej dotyczą zaufania (Szyрман, Boguszewicz-Kreft, 2020; Jarynowski, Wójta-Kempa, 2023), empatii (Gałuszka, 2012; Lu, Zhang, 2021), komunikacji (Nowina-Konopka, 2016; Gędek, Materna, Gędek, 2021).

Ponieważ jakość usług jest kategorią dynamiczną, poddającą się zjawiskom zachodzącym na rynku po stronie popytu i podaży, trendom w gospodarce, społeczeństwie oraz technice i technologii (Stoma, 2012), Internet ma potencjał przekształcania tradycyjnych interakcji między lekarzami a pacjentami (Bottles, 2000; Dickerson, Brennan, 2002), kształtując bardziej świadomych konsumentów opieki zdrowotnej. Zdaniem badaczy dostęp do informacji może zwiększać oczekiwania pacjentów-klientów, którzy

liczą na odpowiedzi na stawiane pytania każdego dnia i o każdej porze, natychmiastowy dostęp do opieki (Kassirer, 2000), najlepszą obsługę, której szukają gdzie indziej, gdy nie znajdują tego, czego oczekiwali (Tyson, 2000; Ball, Lillis, 2001).

Rosnące oczekiwania współczesnego świadczeniobiorcy w dużym stopniu wiążą się z pojęciem 'empowerment'. Im wyższy poziom wykształcenia, a do tego prowadzi dziś Internet, tym większe wymagania w zakresie koncentracji na pacjencie, upoważnienia do podejmowania decyzji, zaangażowania, aktywizacji i współdecydowania (Hibbard i in., 2007; Rogala, 2020). Poza tym pacjent oczekuje dziś pełnej informacji na temat zdrowia i organizacji leczenia (Kaczor, Michalak, 2010), co daje mu poczucie kontroli i pozytywnie wpływa na psychikę. Chce być traktowany podmiotowo, indywidualnie i z szacunkiem (Nowina-Konopka, 2016), wysłuchany ze zrozumieniem i empatią (Wolnias, 2010), aktywnie wspomagany w rozwiązaniu problemów zdrowotnych, a dotrzymywanie obietnic jest fundamentem udanej współpracy (Głos, 2015).

Posiadanie informacji to jednak nie tylko większe wymagania, ale dezorientacja lub nawet dezinformacja (Johnson, Ramaprasad, 2000), mogące generować trudne do przewidzenia oczekiwania i zachowania. Poprzez nierzetelną, niesprawdzoną informację pacjenci mogą szkodzić sobie. Bezkrytyczne podchodzenie do publikowanych treści i niekontrolowany do nich dostęp są obok fake newsów kolejną, niechlubną stroną mediów cyfrowych. Jedynym sposobem uniknięcia zagrożeń wydaje się rozsądne i krytyczne korzystanie z udostępnianych zasobów (Burzyńska, Kruk, 2021).

6.5.3. Korzystanie z Internetu a jakość otrzymana

Zestawienie poziomów jakości otrzymanej w usługach podstawowej opieki zdrowotnej pokazało niższe wartości u świadczeniobiorców usług zdrowotnych korzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu tuż przed wizytą u lekarza POZ niż u pacjentów, którzy nie szukali w ten sposób informacji. Sytuacja dotyczy każdego z badanych wymiarów: materialności, solidności, zdolności reagowania, pewności i empatii. Tego typu konstatacja utwierdziła w przekonaniu autorkę co do zasadności postawionej hipotezy badawczej, że jakość otrzymana usługi POZ ujemnie zależy od korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, ale wymagało to weryfikacji.

Analizy w kierunku poszukiwania zależności korelacyjnych między korzystaniem z Internetu dla celów zdrowia, rozumianym jako wykorzystanie sieci przed wizytą w POZ oraz częstotliwość korzystania z informacji o zdrowiu, a jakością otrzymaną przez pacjentów ujawniły tym razem zupełnie inną sytuację. Występują tu, w przeciwieństwie do tego, co miało miejsce w odniesieniu do jakości postrzeganej oraz jakości oczekiwanej, liczne istotne związki, a jakość otrzymana wraz z jej czterema wymiarami (tzn. materialnością, zdolnością reagowania, pewnością i empatią) maleją w sytuacji korzystania z Internetu w celach informacyjnych przed spotkaniem z lekarzem, a także

wraz z częstotliwością korzystania z sieci, choć w tym przypadku związek ze zdolnością reagowania nie jest istotny.

W wyniku podziału pacjentów na usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych usługami POZ nie znaleziono między zmiennymi żadnych istotnych związków w grupie niezadowolonych świadczeniobiorców. W sytuacji występowania satysfakcji takie związki są. Korzystanie z Internetu (na oba sposoby) oznacza niższą jakość oczekiwaną ogółem oraz jej elementy składowe z jedną tylko różnicą – korzystanie z sieci wykazało istotny ujemny związek z wszystkimi wymiarami (materialność, solidność, zdolność reagowania, pewność i empatia), zaś częstotliwość nie wykazuje istotnego oddziaływania na dwa z nich – solidność i zdolność reagowania.

Według przeprowadzonych badań jakość otrzymana usług POZ, opisująca zastaną rzeczywistość podstawowej opieki zdrowotnej oczami pacjentów, maleje w sytuacji korzystania z Internetu. Problem dotyczy pacjentów ogółem, jak również wyizolowanej grupy usatysfakcjonowanych świadczeniobiorców w przeciwieństwie do tych, którzy odczuwają dyssatysfakcję. Można więc uznać, że zadowoleni pacjenci reagują większą krytycznością spojrzenia na usługi POZ, a niezadowoleni nie zmieniają swojej oceny jakości opieki zdrowotnej w wyniku korzystania z sieci.

Zgodnie z założeniami, gorsze odczucia pacjentów dotyczące jakości otrzymanej w POZ mogą wynikać z pozyskanej wiedzy. Powszechnie akceptowany pogląd o kształtowaniu postaw i zachowań przez Internet (Szczepanowska, Fidler, 2010), również w tym przypadku ujawnia swe oddziaływanie. Ponadto niełatwo oddzielić w praktyce odczucia od wymagań i zachować obiektywizm. Jeżeli więc oczekiwania rosną, wraz z nimi w naturalny sposób spadają wystawiane oceny.

W opublikowanych w literaturze wynikach badań trudno doszukać się bezpośrednich odniesień do ocen pacjentów w zakresie otrzymanej jakości usług POZ w powiązaniu z korzystaniem z Internetu na potrzeby informacji o zdrowiu. Zdaniem Murray i jej współpracowników (2003a) przeciętna lub słaba ocena jakości usług świadczonych przez lekarza jest jednak związana z poszukiwaniem informacji w Internecie.

Badacze zwykle jednak poddają analizie wybrane elementy świadczenia i kontaktów pacjentów z lekarzami w kontekście relacji i zmian zachodzących pod wpływem zasobu informacyjnego, jakim jest Internet. Murray z zespołem wskazują (2003b), że informacje uzyskane w Internecie poprawiają komunikację pacjentów z lekarzem, jednocześnie jednak nie wydają się mieć wpływu na pojawienie się samej potrzeby komunikacji. Lepszą komunikację z dostawcami opieki zdrowotnej u tych, którzy szukają informacji medycznych w Internecie potwierdzają badania Hollander i Laniera (2001). Norum i inni (2003) zauważają u części pacjentów zmniejszoną potrzebę komunikacji, w konsekwencji znalezienia odpowiedzi na niektóre pytania online.

Badanie Rzymskiego (2001) wykazało, że korzystanie przez pacjentów z Internetu może prowadzić do lepszej opieki nad pacjentem. Podobnie Casebeer z zespołem (2002)

oraz Brotherton, Clarke i Quine (2002) są przekonani, że Internet poprawia interakcję pacjent–lekarz.

Murray i współpracownicy (2003a) ustalili zaś, że informacja z Internetu nie ma wpływu na jakość opieki, choć część lekarzy mówi o korzyściach płynących z tego zjawiska i o jego szkodliwości. Jeśli jednak pojawia się kwestionowanie autorytetu medyków, jest ono powiązane z przekonaniem o pogarszaniu jakości opieki.

6.5.4. Cechy pacjenta a jakość postrzegana

Szukając związku między zmiennymi demograficznymi: płcią, wiekiem i wykształceniem oraz stanem zdrowia i częstotliwością wizyt w przychodni POZ a postrzeganą jakością usług POZ, zauważono, że istotne związki korelacyjne stworzyły u badanych wiek i wykształcenie. Im lepiej wykształceni pacjenci, tym postrzegana jakość mniejsza, im starsi pacjenci, tym większa.

Zależność postrzeganej jakości od wykształcenia wydaje się dość oczywista, jednak w stosunku do przyjętej przez badaczy perspektywy wpływ może być zupełnie różny. Z jednej strony wykształcenie sprzyja większym wymaganiom i oczekiwaniom (Kurowska, Horodecka, 2014), a te z pewnością mogą przekładać się na rozczarowanie poziomem jakościowym podstawowej opieki zdrowotnej (Kurowska, Sawicka, 2016). Brak niespełnionych oczekiwań to silny predyktor satysfakcji (Jackson, Chamberlin, Kroenke, 2001). Z drugiej jednak strony wykształcenie pozytywnie wpływa na poziom zrozumienia i w konsekwencji zadowolenia z usług (Wierzbńska-Karakuła i in., 2015) w tym znaczeniu, że większa wiedza pozwala lepiej rozumieć lekarza i omawiane tematy, obniża poziom stresu, zwiększa poziom partycypacji w decyzjach (Kurowska, Sawicka, 2016). Oznacza to, że osoby z niższym wykształceniem będą w związku z tym wymagać więcej uwagi, wyjaśnień i informacji odnośnie do choroby, jak i wsparcia emocjonalnego (Kurowska, Horodecka, 2014).

Wiek pacjenta dla badaczy postrzeganej jakości usług zdrowotnych jest jednym z najważniejszych czynników (Ferreira i in., 2023). Większe zadowolenie starszych pacjentów raportują m.in.: Jackson, Chamberlin i Kroenke (2001), Kurowska i Horodecka (2014), Jenkinson z zespołem (2002). Lepsze odczucia mogą wynikać z mniejszej aktywności i częstszej wśród tej grupy wiekowej akceptacji paternalistycznego charakteru relacji z lekarzami (Ostrowska, 2006), a także w wyniku odnotowywanej u nich wyższej zachorowalności powodującej częstszy kontakt z opieką podstawową, tym samym większą szansę na pozytywne opinie o świadczonych im usługach (Alotaibi i in., 2015). Nie wszyscy zgadzają się jednak z istotnym oddziaływaniem wieku. W badaniach Boudreaux z zespołem (2000) oraz Gajovic ze współautorami (2012) wiek nie ma tu żadnego znaczenia.

Zależności te mają sens również w kontekście korzystania z Internetu. Nowe media są wybierane najczęściej przez młodszych pacjentów (Fryc i in., 2018), którym służą

do budowania wiedzy w kontekście wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (Soboń, 2021). Starszy wiek to zwykle mniejsze zaangażowanie w poszukiwanie informacji z elektronicznych źródeł, co w połączeniu z mniejszą skłonnością do partnerstwa i odwagą w relacji lekarz–pacjent (Ferreira i in., 2023) częściej budzi przy najmniej neutralne odczucia z wizyty.

6.6. Implikacje teoretyczne i praktyczne badań oraz ograniczenia

Internet zmienia sposób, w jaki dziś praktykuje się medycynę. Ponieważ wciąż jednak nie ma zgody co do tego, czy to nowoczesne medium przyczynia się do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (Gałuszka, 2012), choć większość badaczy opowiada się za zmianą pozytywną przy dostępie do informacji w Internecie stanowiącym wyzwanie dla lekarzy (Blanch i in., 2005), przeprowadzone badania częściowo uzupełniają lukę w zakresie oddziaływania Internetu na jakość postrzeganą przez pacjentów (Sun i in., 2022) podstawowej opieki zdrowotnej.

W wymiarze teoretycznym praca wnosi do teorii jakości model łączący jakość postrzeganą z satysfakcją i dyssatysfakcją, płynącymi z jakości usług zdrowotnych, z ważkim i bieżącym problemem oddziaływania Internetu na poszczególne sfery funkcjonowania rynku usług zdrowotnych. Identyfikuje zależności zachodzące w tym obszarze dla dwóch grup pacjentów – usatysfakcjonowanych i nie z usług POZ. Opisuje znaczne różnice w zakresie związków między korzystaniem z Internetu a postrzeganą jakością kształtowaną przez jakość oczekiwaną i otrzymaną przy jednoczesnym braku w literaturze jednego, spójnego stanowiska w tej kwestii. Postrzegana jakość okazuje się zależna od korzystania z Internetu głównie w grupie niezadowolonych osób, w większym zakresie zależąc od częstotliwości korzystania niż sięgania do Internetu tuż przed wizytą w POZ. Dla zadowolonych świadczeniobiorców powiązania są znacznie słabsze. Z kolei jakość oczekiwana i otrzymana determinowane są korzystaniem z sieci głównie w grupie usatysfakcjonowanych osób, gdzie związki dotyczą wszystkich aspektów jakości. Przy braku satysfakcji pozyskiwanie online informacji w ogóle nie przekłada się na jakość otrzymaną, a w przypadku jakości oczekiwanej pojawiają się fragmentaryczne zależności w związku z częstotliwością używania sieci w celu uzyskania informacji o zdrowiu.

W pracy z powodzeniem wykorzystano zmodyfikowany kwestionariusz dobrze znanej metody Servqual przy bardzo wysokiej rzetelności skali dla każdego z wymiarów jakości. Wyrównano liczbę zmiennych dla każdego z wymiarów, by zachować balans w ich ocenie oraz zrezygnowano z ważenia cech niemających znaczenia przy obranym odmiennym zastosowaniu metody. Posłużyła ona jedynie jako narzędzie pozwalające na zebranie informacji o jakości oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej, które wykorzystano do ustalenia istnienia lub braku stanu satysfakcji świadczeniobiorców z jakości

usług POZ, a następnie do znalezienia powiązań z gromadzeniem informacji o zdrowiu z Internetu.

Wiedza płynąca z analiz ma nie tylko wymiar teoretyczny, lecz praktyczne znaczenie. Wyniki badania wskazują, że placówki POZ:

- a) z punktu widzenia jakości postrzeganej usług i satysfakcji pacjenta, muszą koncentrować się na wymiarze empatii, gdyż to tu następuje najsilniejszy spadek zadowolenia w wyniku korzystania z sieci na potrzeby zdobycia informacji o zdrowiu; liczy się m.in.: dobro pacjenta, indywidualne podejście i dostosowanie do potrzeb, poświęcanie odpowiedniego czasu, wyrozumiałość;
- b) z perspektywy realiów świadczenia usług opieki medycznej, które poddawane są ocenie pacjentów przy każdej wizycie w przychodni, muszą zadbać o poprawę wszystkich jej obszarów, bo wiedza kształtuje wymagania, przez które subiektywna jakość otrzymana spada;
- c) w kwestii poziomu oczekiwań pacjentów, mimo ich wykazanego spadku w efekcie korzystania z Internetu nie można zakładać, że pacjent mniej wymaga z powodu popularności treści skupionych na brakach i niedociągnięciach, bo w miarę poprawy sytuacji w opiece zdrowotnej i jej wizerunku, oczekiwania mogą rosnąć.

Istotnym ograniczeniem badania jest niezadowolająca z punktu widzenia przyjętych założeń badawczych liczba powiązań między zmiennymi, która może wynikać z tego, że zgodnie z modelem koncepcyjnym badania, inspirowanego dorobkiem zespołu Parasuramana (1985, 1988), postrzegana jakość jako efekt jakości oczekiwanej i otrzymanej zależy pośrednio od Internetu (np. przez wpływ na oczekiwania w zakresie empatii czy zdolności reagowania), a nie wprost. Ponieważ różnica wynikająca z porównań jest sprawą indywidualną i subiektywną dla każdego odbiorcy, a Internet, będąc źródłem wiedzy, kształtuje oczekiwania i wymagania, zatem rzutuje na subiektywną ocenę jakości usług. Zmianie ulegają postawy pacjentów, którzy stając się bardziej świadomi, precyzyjniej określają swoje oczekiwania (Gruca-Wójtowicz, 2009).

Dla zależności między korzystaniem z Internetu jako źródłem informacji a postrzeganą jakością kluczowe znaczenie ma odpowiedź na pytanie o zakres znaczeniowy pojęcia jakości postrzeganej. Sam sposób jej zdefiniowania w badaniu jako efektu współistnienia jakości oczekiwanej i otrzymanej, opisanych z perspektywy wymiarów metody Servqual, narzuca bowiem perspektywę pacjenta.

Wyjaśnienie powodu zaistniałej sytuacji, tym bardziej, że ujawnione zależności są słabe, wymaga pogłębienia i uszczegółowienia analiz lub zaakceptowania tego, że inne czynniki wywierają silniejszy wpływ i kształtują mocniej jakość postrzeganą niż Internet. Nie ma jednak wątpliwości, że oczekiwania względem usług zdrowotnych poddają się wpływowi informacji z Internetu, podobnie zresztą jak z innych źródeł. Chodzi tu przecież o efekt edukowania pacjentów skutkujący zjawiskiem empowermentu.

Innym ograniczeniem badania jest skupienie uwagi na porównaniu różnic w odbiorze jakości usług POZ między usatysfakcjonowanymi a nieusatysfakcjonowanymi

pacjentami oraz związkach między korzystaniem z Internetu a zadowoleniem z usług medycznych – stąd średnie i korelacje służące wnioskowaniu, a nie przyczynowość.

Pojawia się więc potrzeba kontynuowania i doprecyzowania badań w zakresie:

- a) identyfikacji związku przyczynowego między korzystaniem z Internetu a zadowoleniem z usług medycznych płynącego z postrzeganej jakości celem ustalenia powodów zaistniałych sytuacji;
- b) ustalenia treści poszukiwanych informacji (opinie o lekarzach, symptomy, leczenie, leki, itp.), gdyż może mieć to znaczenie z punktu widzenia siły i kierunku oddziaływań;
- c) celu poszukiwań, bo zależnie od podejścia można mówić o wynikającej z korzystania z Internetu większej świadomości pacjentów skutkującej albo niższą postrzeganą jakością z powodu większego krytycyzmu i rosnących wymagań, albo przeciwną zależnością w efekcie wywołanej chęci współuczestnictwa w podejmowaniu decyzji, większego zaangażowania, lepszego rozumienia procedur medycznych;
- d) rodzaju wykorzystywanych źródeł informacji o zdrowiu online, gdyż wiedza czerpana z różnych serwisów (media społecznościowe, fora, blogi, strony www placówek POZ, portale o tematyce zdrowotnej itp.) może różnie oddziaływać na postrzeganie jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej.

Ze względu na powszechność korzystania z informacji dotyczących zdrowia online wśród pacjentów odwiedzających lekarzy rodzinnych i ich realny związek z postrzeganiem jakości usług i satysfakcją ważne jest ich omawianie podczas konsultacji. Rozbieżność wiedzy pacjentów i wiedzy specjalistycznej lekarzy jest bowiem zagrożeniem dla leczenia i jakości świadczonych usług (Sommerhalder i in., 2009). Pacjenci mogą pokonać trudności z oceną informacji jedynie w drodze konsultacji skoncentrowanych na nich, prezentując je i współpracując z lekarzem. Wspieranie w zrozumieniu internetowych informacji staje się nowym obszarem pracy lekarzy POZ.

Zakończenie

Funkcjonowanie podmiotów rynkowych uzależnione jest od klientów. Przyjmując dla świadczeń zdrowotnych i zakładów opieki zdrowotnej perspektywę rynkową to pacjenci, stając się klientami, rozstrzygają o powodzeniu lub nie działalności przez nie prowadzonej. Podstawowym wyznacznikiem sukcesu każdej placówki opieki zdrowotnej staje się więc satysfakcja z otrzymanej usługi, zaś kluczowa dla niej potrzeba sprostania oczekiwaniom pacjentów sprawia, że najważniejsze okazuje się rozpoznanie, zrozumienie i zaspokojenie potrzeb, wymagań oraz oczekiwań (Pintal-Ślimak, Pietruczuk, Eusebio, 2018).

Z szansą na ustalenie opinii pacjentów o oferowanych usługach są badania satysfakcji, których rola wyraźnie wzrasta w kontekście uznania, w myśl przepisów nowej ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, konsumenckiego obszaru jakości za istotny element procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwalają one nie tylko wysondować rynek, ale rozpoznać dysfunkcje w działalności podmiotu opieki zdrowotnej i przez to lepiej odpowiedzieć na zapotrzebowanie świadczeniobiorców (Maciąg, Sakowska, 2006). Nie jest to jednak zadanie łatwe m.in. z powodu różnego definiowania pojęcia i wielości zmiennych opisujących satysfakcję. Poza tym na stosunek współczesnego pacjenta do podmiotu świadczącego usługi POZ wpływa wiele czynników zewnętrznych, w tym Internet jako źródło informacji o zdrowiu.

Niniejsze opracowanie jest próbą, a jednocześnie propozycją oceny jakości usług POZ z perspektywy pacjentów w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu – popularnego źródła wiedzy. U podstaw koncepcji leży założenie, że satysfakcja, tak ważna w świadczeniu usług zdrowotnych, wynika z jakości postrzeganej, bo tylko ta ma znaczenie z punktu widzenia klienta. Poziom jakości subiektywnie postrzeganej jest zaś efektem zestawienia dostarczonej usługi z oczekiwaniami, które z roku na rok wzrastają. Pacjenci coraz częściej oczekują indywidualnego podejścia, wysokiego poziomu bezpieczeństwa, szybszego dostępu do usług zdrowotnych. Wszystko to oddziałuje na zadowolenie pacjenta, na satysfakcję z dostarczanych usług (Trela, 2016).

Badanie przeprowadzone wśród świadczeniobiorców korzystających i niekorzystających w tym celu z Internetu w województwie zachodniopomorskim pozwoliło uzyskać obraz poszczególnych wymiarów jakości oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej świadczeń POZ jako wielkości opisującej poziom satysfakcji pacjentów. Dzięki zestawieniu

danych o poziomie satysfakcji występującej w efekcie postrzeganej przez pacjentów jakości z korzystaniem z sieci przed wizytą u lekarza oraz częstotliwością wykorzystania Internetu do celów zdobycia informacji o zdrowiu ustalono zależności między zmiennymi. W ten sposób zrealizowano cel badawczy zmierzający do wykazania zależności jakości postrzeganej usług POZ od korzystania z Internetu dla celów informacyjnych o zdrowiu również w związku z oczekiwanym i otrzymanym świadczeniem.

W wyniku przeprowadzonych analiz udowodniono jedynie część z postawionych hipotez badawczych. Mimo że oceny jakości oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej znacząco różniły się między grupą korzystającą i grupą niekorzystającą z Internetu na niekorzyść tej drugiej, zależność jakości postrzeganej od wykorzystania Internetu okazała się słaba.

Częstotliwość korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu oznacza u pacjentów niższą jakość postrzeganą w wymiarze empatii, a w grupie nieusatysfakcjonowanych świadczeniobiorców zarówno niższą jakość ogółem, jak i w wymiarach zdolności reagowania, pewności i empatii. Korzystanie z sieci przed wizytą w POZ skutkuje niższą oceną wśród niezadowolonych pacjentów w wymiarze empatii. Jakość postrzegana usług POZ maleje więc, gdy pacjenci korzystają z Internetu, szczególnie ci niezadowoleni. Słaba jakość postrzegana usług POZ zatem nasila się, a dobra nie zmienia, mimo używania internetowej informacji o zdrowiu. Cechami pacjentów determinującymi satysfakcję są wykształcenie i wiek. Im starsi pacjenci, tym większa satysfakcja; im bardziej wykształceni – tym mniejsza.

Dla jakości oczekiwanej jako składowej jakości postrzeganej potwierdzono jej dodatnią zależność od Internetu tylko w zakresie pewności i empatii u niezadowolonych pacjentów POZ. U usatysfakcjonowanych świadczeniobiorców liczne istotne zależności okazały się mieć ujemny kierunek – inny niż założono w badaniu, podobnie jak w przypadku materialności dla całości badanej próby. Internet oddziałuje więc na oczekiwania in minus u pacjentów usatysfakcjonowanych usługami POZ, in plus u pozostałych.

Jakość otrzymana, będąc drugą ze składowych jakości postrzeganej, zgodnie z założeniem spada w sytuacji korzystania z Internetu, lecz prawidłowość ta nie dotyczy pacjentów niezadowolonych. Istotnych zależności jest tu wiele, gdy rozpatrujemy jakość przez pryzmat jej poszczególnych wymiarów: materialności, pewności, zdolności reagowania, niezawodności i empatii.

Ta zaskakująca sytuacja może być wynikiem pozyskiwania z Internetu różnorodnych treści, które mają potencjał zarówno pozytywnego, jak i negatywnego oddziaływania na pacjentów POZ. Z jednej strony informacje o złej kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia, brakach kadrowych, kolejkach do lekarzy, problemach w komunikacji z placówkami POZ, braku zaangażowania personelu, niskich parametrach jakości technicznej usług zdrowotnych, nieliczeniu się pracowników służb medycznych z potrzebami pacjentów, braku empatii i wielu innych negatywnych zjawiskach, o których dużo się pisze, mogą obniżać wymagania i oczekiwania względem

opieki POZ. Z drugiej strony wiele doniesień o wysokich standardach w zakresie troski, opiekuńczości, przejawiania autentycznej chęci pomocy, wyższych wymaganiach w zakresie udzielania informacji, obsługi, gotowości niesienia pomocy, skupiania uwagi na pacjencie, życzliwości czy kompetencji, które z kolei potrafią stymulować wzrost wymagań i oczekiwań u tych samych pacjentów. Jakość postrzegana w sytuacji wykorzystywania Internetu jako źródła informacji to zatem swoiste balansowanie między wzrostem i spadkiem oczekiwań i odczuć związanych z dostarczoną usługą.

Zależności między wykorzystaniem Internetu a jakością nie są, jak wynika z analiz, ani łatwe w ocenie, ani oczywiste, wymagają więc głębszego rozpoznania. Istnieje potrzeba identyfikacji związku przyczynowego między korzystaniem z Internetu a postrzeganiem jakości oraz płynącym stąd zadowoleniem z usług medycznych, ustalenia treści poszukiwanych informacji, celu poszukiwań czy rodzaju wykorzystywanych źródeł informacji o zdrowiu online. Uzyskanie tej wiedzy daje szansę na poznanie kompleksowej odpowiedzi na pytanie o zależności między korzystaniem z sieci a jakością usług zdrowotnych oraz wynikającą zeń satysfakcją i dyssatysfakcją pacjentów POZ. Dobrze przemyślane i zaplanowane badania są bowiem nie tylko źródłem wiedzy teoretycznej, lecz mają swój wymiar aplikacyjny. Pozwalają na skuteczniejsze działanie i lepsze dostosowanie się do zmieniających się potrzeb świadczeniobiorców, a tym samym przyczyniają się do zwiększenia jakości postrzeganej i satysfakcji oraz podniesienia efektywności zakładów opieki zdrowotnej (Maciąg, Sakowska, 2006).

Bibliografia

- Abdul-Muhsin H., Tyson M., Raghu S., Humphreys M. (2017). The informed patient: an analysis of information seeking behavior and surgical outcomes among men with benign prostatic hyperplasia. *American Journal of Men's Health*, 11 (1), s. 147–153.
- Abu-Rumman A., Al Shraah A., Al-Madi F., Alfalah T. (2022). The impact of quality framework application on patients' satisfaction. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 15 (2), s. 151–165.
- Adinolfi P., Starace F., Palumbo R. (2016). Health Outcomes and Patient Empowerment. *Journal of Health Management*, 18 (1), s. 117–133.
- Afrashtehfar K.I., Assery M.K.A., Bryant S.R. (2020). Patient satisfaction in medicine and dentistry. *International Journal of Dentistry*, 1, s. 662–848.
- Agarwala M.S., Deore C.A. (2023). Study of service quality of government hospitals in Mumbai using Servqual model. *Rabindra Bharati University Journal of Economics*, 17 (12), s. 12–22.
- Akerlof A.A. (1970). The Market for „Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84 (3), s. 488–500.
- Ali J., Jusoh A., Idris N., Nor K.M. (2024). Healthcare service quality and patient satisfaction: a conceptual framework. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 41 (2), s. 608–627.
- Alkhatib S.F.S., Aloqaily Y.H.T. (2024). Private hospitals quality assessment: Evidence from Jordan using HEALTHQUAL model. *Quality Management Journal*, 31 (1), s. 43–57.
- Alotaibi M., Alazemi T., Alazemi F., Bakir Y. (2015). Patient satisfaction with primary health-care services in Kuwait. *International Journal of Nursing Practice*, 21 (3), s. 249–257.
- Al-Noorachi M. (2014). Wybrane strategie marketingowe determinujące satysfakcję klienta [w:] E. Gołębiowska (red.). *Zarządzanie – nowe perspektywy w dobie zmian demograficznych – w świetle badań*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, s. 185–198.
- Andaleeb S.S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52 (9), s. 1359–1370.
- Anderson-Wallace M., Downham N. (2023). *Improving Quality in Healthcare: Questioning the Work for Effective Change*. London: Sage Publications.

- Antony J., Palsuk P., Gupta S., Mishra D., Barach P. (2018). Six Sigma in healthcare: a systematic review of the literature. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35 (5), s. 1075–1092.
- Aoun L., Lakkis N., Antoun J. (2020). Prevalence and outcomes of web-based health information seeking for acute symptoms: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22, 15148.
- Aref-Adib G., O'Hanlon P., Fullarton K., Morant N., Sommerlad A., Johnson S., Osborn D. (2016). A qualitative study of online mental health information seeking behaviour by those with psychosis. *BMC Psychiatry*, 16, s. 1–10.
- Ariely D. (2010). *Zalety irracjonalności*. Tłum. T. Grzegorzewska. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
- Ariely D. (2017). *Szczera prawda o nieuczciwości*. Tłum. A. Nowak-Młynikowska. Sopot: Smak Słowa.
- Arokiasamy A.R.A. (2013). The impact of customer satisfaction on customer loyalty and intentions to switch in the banking sector in Malaysia. *The Journal of Commerce*, 5 (1), s. 14–21.
- Arrow K.J. (1979). Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu [w:] K.J. Arrow: *Eseje z teorii ryzyka*. Tłum. B. Samojlik. Warszawa: PWN.
- Asamrew N., Endris A.A., Tadesse M. (2020). Level of patient satisfaction with inpatient services and its determinants: a study of a specialized hospital in Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*, 1.
- Attafar A., Esteki R., Iravani, A. (2012). Quality of nursing services (contemporary level of reality and level of expectation) from nurses' viewpoint on the basis of SERVQUAL Model in Al-Zahra Hospital in Isfahan in 2010. *Modern Care Journal*, 9, s. 72–79.
- Avery G.C. (2009). *Przywództwo w organizacji. Paradygmaty i studia przypadków*. Tłum. G. Dąbkowski. Warszawa: PWE.
- Ayers S.L., Kronenfeld J.J. (2007). Chronic illness and health-seeking information on the Internet. *Health*, 11 (3), s. 327–347.
- Babakus E., Boller G.W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24 (3), s. 253–268.
- Babakus E., Mangold W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26 (6), s. 767–786.
- Bach R.L., Wenz A. (2020). Studying health-related Internet and mobile device use using web logs and smartphone records. *PLoS JEDEN*, 15 (6), e0234663. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234663>.
- Bakalarska J. (2016). *Marketing wartości*. Lublin: Słowa i Myśli.
- Baker R., Freeman G.K., Haggerty J.L., Bankart M.J., Nockels K.H. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 70 (698), e600–e611.

- Ball M.J., Lillis J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61, s. 1–10.
- Barello S., Triberti S., Graffigna G., Libreri C., Serino S., Hibbard J., Riva G. (2016). eHealth for patient engagement: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 6, 2013.
- Barile S., Saviano M., Polese F. (2014). Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal*, 22 (3), s. 205–217.
- Bass S.B., Ruzek S.B., Gordon T.F., Fleisher L., McKeown-Conn N., Moore D. (2006). Relationship of Internet health information use with patient behavior and self-efficacy: experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute's Cancer Information Service. *Journal of Health Communication*, 11 (2), s. 219–236.
- Basu A., Dutta M.J. (2008). The relationship between health information seeking and community participation: the roles of health information orientation and efficacy. *Health Communication*, 23, s. 70–79.
- Beaton M., Beaton C. (1995). Marrying Service Providers and their Clients: A Relationship Approach to Services Management. *Journal of Marketing Management*, 11 (1–3), s. 55–65.
- Beck F., Richard J.B., Nguyen-Thanh V., Montagni I., Parizot I., Renahy E. (2014). Use of the Internet as a health information resource among French young adults: Results from a nationally representative survey. *Journal of Medical Internet Research*, 16 (5), e128.
- Begg D., Fisher S., Vernasca G., Dornbusch R. (2014). *Mikroekonomia*. Tłum. B. Czarny et al. Warszawa: PWE.
- Bell S., Saliba V., Ramsay M., Mounier-Jack S. (2020). What have we learnt from measles outbreaks in 3 English cities? A qualitative exploration of factors influencing vaccination uptake in Romanian and Roma Romanian communities. *BMC Public Health*, 20 (1), s. 1–10.
- Bem A. (2011). Podstawowa opieka zdrowotna – rola w systemie ochrony zdrowia, mechanizmy wynagradzania świadczeniodawców [w:] B. Bernaś (red.). *Zarządzanie finansami firm – teoria i praktyka. Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 158. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, s. 566–575.
- Berger M., Mitręga M. (2014). Istota i konsekwencje konfliktu w relacjach między przedsiębiorstwem a klientem [w:] M. Mitręga (red.). *Zarządzanie relacjami w biznesie. Współczesne wyzwania. Studia Ekonomiczne*, 182 (14). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, s. 43–54.
- Berkowska M. (1998). Jakość usług medycznych a satysfakcja pacjentów [w:] *Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej: Wypracowane narzędzie do oceny jakości usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej*. Poznań: BWUOZ, s. 3–19.
- Berwick D.M., Hackbarth A.D. (2012). Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 307 (14), s. 1513–1516.
- Białynicki-Birula P. (2006). *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa. Monografie: Prace Doktorskie*, 4. Kraków: Akademia Ekonomiczna w Krakowie.
- Biesok G., Wyród-Wróbel J. (2016). *Modele satysfakcji klienta*. Warszawa: Difin SA.

- Bitner M.J., Booms B.H., Tetreault M.S. (1990). The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. *Journal of Marketing Research*, 54 (1), s. 71–84.
- Bitner M.J., Hubbert A.R. (1994). Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus service quality: The consumers' voice [w:] R.T. Rust, R.I. Oliver (red.). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications, s. 72–94.
- Black B. (2000). *The application of SERVQUAL in a district nursing service*. Scotland: PTM Publishers.
- Blanch D., Sciamanna C., Lawless H., Diaz J. (2005). Effect of the internet on the doctor–patient relationship: A review of the literature. *Journal on Information Technology in Healthcare*, 3 (3), s. 179–201.
- Blanchard K. (2007). *Przywództwo wyższego stopnia*. Tłum. A. Bekier. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Blanton G. (1999). Total quality management [w:] J.M. Juran, G.A. Blanton (red.). *Juran's Quality Handbook*. New York: McGraw-Hill, s. 374–408.
- Bloom G., Standing H., Lloyd M. (2008). Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts. *Social Science and Medicine*, 66, s. 2076–2087.
- Boaden R. (2011). Doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej [w:] K. Walshe, J. Smith (red.). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Tłum. M. Raulinajtys. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, s. 549–578.
- Boehm F.H. (2003). Building trust. *Family Practice News*, 33, s. 12–18.
- Bogdan M., Owczarczyk A., Żuk P., Prusaczyk A., Karczmarz S. (red.) (2023). *Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce. Od POZ– do POZ+*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Boguszewicz-Kreft M. (2009). *Zarządzanie doświadczeniem klienta w usługach*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Bonsignore C., Brolis E., Ionescu A., Karusinova V., Mitkova Z., Raps F., Renman V., Fedotova N.R. (2017). Patient Empowerment and Centredness. European Health Parliament. https://www.healthparliament.eu/wp-content/uploads/2017/09/EHP-papers_Patients-empowerment.pdf.
- Borkowski S. (2013). *Tradycyjne narzędzia zarządzania jakością*. Częstochowa: Oficyna Wydawnicza SMJiP.
- Boshoff C., Gray B. (2004). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management*, 35 (4), s. 27–38.
- Bosslet G., Torke A., Hickman S., Terry C., Helft P. (2011). The Patient–Doctor Relationship and Online Social Networks: Results of a National Survey. *Journal of General Internal Medicine* 26 (10), s. 1168–1174.
- Bostan S., Acuner T., Yilmaz G. (2007). Patient (customer) expectations in hospitals. *Health Policy*, 82 (1), s. 62–70.
- Bottles K. (2000). Patients and doctors: some thoughts on an evolving relationship amid unprecedented change. *Managed Care Quarterly*, 8, s. 34–36.

- Boudreaux E.D., Ary R.D., Mandry C.V., McCabe B. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18 (4), s. 394–400.
- Bowes P., Stevenson F., Murray E., Ahluwalia S. (2012). „I need her to be a doctor”: Patients’ experiences of presenting health information from the Internet in GP consultations. *British Journal of General Practice*, 62 (604), s. 732–738.
- Bowling A., Rowe G., Lambert N., Waddington M., Mahtani K.R., Kenten C., Howe A., Francis S.A. (2012). The measurement of patients’ expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients’ expectations. *Health Technology Assessment*, 16 (30).
- Bright M.A., Fleisher L., Thomsen C., Morra M.E., Marcus A., Gehring W. (2005). Exploring e-health usage and interest among Cancer Information Service users: The need for personalized interactions and multiple channel remains. *Journal of Health Communication*, 10, s. 35–52.
- Broom A. (2005). Virtually he@lthy: The impact of Internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. *Qualitative Health Research*, 15 (3), s. 325–345.
- Brotherton J.M., Clarke S.J., Quine S. (2002). Use of the Internet by oncology patients: Its effect on the doctor–patient relationship. *The Medical Journal of Australia*, 177 (7), s. 395.
- Brown T.J., Churchill G.A., Peter J.P. (1993). Improving the measurement of service Quality. *Journal of Retailing*, 69 (1), s. 127–139.
- Bujnowska-Fedak M.M., Waligóra J., Mastalerz-Migas A. (2019). The Internet as a Source of Health Information and Services [w:] M. Pokorski (red.). *Advancements and Innovations in Health Sciences. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol. 1211. Cham: Springer.
- Bujnowska-Fedak M.M., Węgierek P. (2020). The impact of online health information on patient health behaviours and making decisions concerning health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (3), s. 880.
- Bukowska-Piastrzyńska A. (2010). *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*. Warszawa: CeDeWu.
- Bukowska-Piastrzyńska A. (2021). Multikanałowość w ochronie zdrowia a e-zdrowie [w:] C. Mańkowski, L. Reszka (red.). *Modelowanie procesów i systemów logistycznych*, vol. 22. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 125–146.
- Burrows, R., Nettleton, S., Pleace, N., Loader, B., Muncer, S. (2000). Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support. *Information, Communication and Society*, 3 (1), s. 95–121.
- Burzyńska J., Kruk W. (2021). Zdrowie, Internet i postprawda – dyskurs o zdrowiu i chorobie w erze fake newsów [w:] K. Antosik (red.). *Medycyna, zdrowie a styl życia. Człowiek wobec wyzwań XXI wieku*. Kielce: ArchaeGraph Wydawnictwo Naukowe, s. 27–38.

- Busse R., Panteli D., Quentin W. (2019). An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems [w:] R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin (red.). *Improving healthcare quality in Europe*, s. 3–17.
- Bylund C.L., Gueguen J.A., D'Agostino T.A., Li Y., Sonet E. (2010). Doctor–patient communication about cancer-related internet information *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, s. 127–142.
- Bylund C.L., Gueguen J.A., Sabee Ch.M., Imes R.S., Li Y., Sanford A.A. (2007). Provider–patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider–patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 66 (3), s. 346–352.
- Cain M.M., Sarahson-Kahn J., Wayne J.C. (2000). *Health e-People. The Online Consumer Experience*. Oakland: California HealthCare Foundation.
- Calnan M., Rowe R. (2005). Trust relations in the ‘new’ NHS: Theoretical and methodological challenges. <https://www.kent.ac.uk/scarr/publications/WkPaper14> (1)CalnanRowe.pdf.
- Camilleri D., O'Callaghan M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11 (4–5), s. 127–133.
- Car J., Lang B., College A., Ung C., Majeed A. (2011). Interventions for enhancing consumers' online health literacy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6: CD007092.
- Carman J.M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, 66 (1), s. 33–55.
- Carstensen L.L., DeLiema M. (2018). The positivity effect: A negativity bias in youth fades with age. *Current Opinion in Behavioral Science*, 19, s. 7–12.
- Case D.O., Given L.M. (2016). *Looking for information: A survey of research on information seeking, needs, and behavior*. New York: Academic Press.
- Castleton K., Fong T., Wang-Gillam A., Waqar M.A., Jeffe D.B., Kehlenbrink L., Gao F., Govindan R. (2011). A survey of Internet utilization among patients with cancer. *Support Care Cancer*, 19 (8), s. 1183–1190.
- Castro E.M., van Regenmortel T., Vanhaecht K., Sermeus W., van Hecke A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99, s. 1923–1939.
- Centrum e-Zdrowia (2024). E-zdrowie. <https://ezdrowie.gov.pl/>
- Chahal H., Sharma R.D. (2004). Managing health care service quality in a primary health care centre. *Metamorphosis*, 3 (2), s. 112–131.
- Chakrapani C. (1998). *How to measure service quality & customer satisfaction*. Chicago: American Marketing Association.
- Chang Ch.-Ch., Huang M.-H. (2020). Antecedents predicting health information seeking: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Information Management*, 54, s. 102–115.
- Chang K., Berthelet E., Grubbs E., Hamilton S., Karvat A., Tran E., Wu J., Ingledew P.A. (2019). Websites, websites everywhere: How thyroid cancer patients use the Internet. *Journal of Cancer Education*, 35, s. 1177–1183.

- Casebeer L., Bennett N., Kristofco R., Carillo A., Centor R. (2002). Physician Internet medical information seeking and on-line continuing education use patterns. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, s. 33–42.
- Cheba K., Hołub-Iwan J. (2014). Wykorzystanie analizy korespondencji w segmentacji rynku usług medycznych. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 328. Wrocław: Wydawnictwo UE, s. 230–237.
- Chen J., Wang Y. (2021). Social Media Use for Health Purposes: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23: e17917.
- Chen L.H., Chen C.H., Loverio J.P., Wang M.J.S., Lee L.H., Hou Y.P. (2024). Examining soft and hard attributes of health care service quality and their impacts on patient satisfaction and loyalty. *Quality Management in Healthcare*, 33 (3), s. 176–191.
- Chen S., Guo X., Wu T., Ju, X. (2020). Exploring the online doctor-patient interaction on patient satisfaction based on text mining and empirical analysis. *Information Processing & Management*, 57 (5): 102253.
- Chen Y.C., Li I.C. (2009). Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: A systematic review. *JBIM Library of Systematic Reviews*, 7, s. 1179–1233.
- Chiu Y.-C. (2011). Probing, impelling, but not offending doctors: The role of the Internet as an information source for patients' interactions with doctors. *Qualitative Health Research*, 21 (12), s. 1658–1666.
- Chlipała P. (2009). Wartość dla klienta jako płaszczyzna budowania relacji przedsiębiorstwo usługowe – klient. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 558, *Ekonomiczne Problemy Usług*, 41, s. 29–38.
- Cholewa-Wiktor M. (2017). Internetowe zasoby informacji a decyzje klientów usług medycznych. *Marketing i Zarządzanie*, 49 (3), s. 211–220.
- Chong J.L., Lim K.K., Matchar D.B. (2019). Population segmentation based on healthcare needs: A systematic review. *Systematic Reviews*, 8, s. 202.
- Christoglou K., Vassiliadis C., Sigalas I. (2006). Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey. *World Hospitals and Health Services*, 42, s. 21–26.
- Chung K.C., Shauver M.J. (2009). Measuring Quality in Health Care and Its Implications for Pay-For-Performance Initiatives. *Hand Clinics*, 25 (1), s. 71–81.
- Cocco A.M., Zordan R., Taylor D.M., Weiland T.J., Dilley S.J., Kant J., Dombagolla M., Hendaro A., Lai F., Hutton J. (2018). Dr Google in the ED: Searching for online health information by adult emergency department patients. *Medical Journal of Australia*, 209 (8), s. 342–347.
- Cole J., Kiriaev O., Malpas P., Cheung G. (2017). 'Trust me, I'm a doctor': a qualitative study of the role of paternalism and older people in decision-making when they have lost their capacity. *Australasian Psychiatry*, 25 (6), s. 549–553.

- Costa D.S.J., Mercieca-Bebber R., Tesson S., Seidler Z., Lopez A.L. (2019). Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings. *BMJ Open*, 9 (3), e025166.
- Covey S.R. (2007). *7 nawyków skutecznego działania*. Tłum. I. Majewska-Opiełka. Warszawa: Wydawnictwo Rebis.
- Crago M.G. (2000). Patient safety, six sigma & ISO 9000 quality management. *Quality Digest*, 20 (11), s. 37–41.
- Cramer A., Keinki C., Saur F., Walter S., Hübner J. (2023). eHealth literacy, Internet and eHealth service usage: a survey among a German municipality. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01997-z>
- Cronin J., Taylor, A. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56, s. 55–68.
- CSOIZ (2009). Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015. Warszawa. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/kierunki_e_zdrowie_09022011.pdf
- CSOIZ (2017). Strategia e-Zdrowia w Polsce na lata 2018–2020. Warszawa. <https://csioz.gov.pl/aktualnosci/szczegoly/prezentacja-strategii-rozwoju-e-zdrowia-w-polsce-na-lata-2018-2022/page/4/#>
- Cullen R. (2005). Empowering patients through health information literacy training. *Health Education*, 54 (4), s. 231–244.
- Czerwińska M. (2014). Kierunki wykorzystania Internetu w celach zdrowotnych na podstawie badań empirycznych. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, Seria: Studia i Materiały, 71, s. 18–28.
- Czerwińska M. (2017). Wpływ cyfryzacji informacji zdrowotnych na zachowania internautów. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych SGH*, 46, s. 39–49.
- Dagger T.S., Sweeney J.C., Johnson L.W. (2007). A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10 (2), s. 123–142.
- Damasio A. (1999). *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*. Tłum. M. Karpiński. Poznań: Wydawnictwo Rebis.
- Daniłowska A. (2008). Asymetria informacyjna i jej przewyższanie na rynku kredytów rolniczych. *Roczniki Nauk Rolniczych*, Seria G, 95 (3–4), s. 38–46.
- Darzi M.A., Islam S.B., Khursheed S.O., Bhat S.A. (2023). Service quality in the healthcare sector: A systematic review and meta-analysis. *LBS Journal of Management & Research*, 21 (1), s. 13–29.
- Davis C., Davis J. (1992). „Nurse”: dynamic terms for a dynamic relationship. *Journal of Nursing Management*, 23 (3), s. 42–43.
- Day R.L. (1977). Extending the concept of consumer satisfaction. *Advances in Consumer Research*, 4 (1), s. 149–154.
- Declaration of Alma-Ata (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6–12 September 1978.

- de Looper M., van Weert J.C.M., Schouten B.C., Bolle S., Belgers E.H.J., Eddes E.H., Smets E.M.A. (2021). The Influence of Online Health Information Seeking Before a Consultation on Anxiety, Satisfaction, and Information Recall, Mediated by Patient Participation: Field Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23 (7), e23670.
- de Rosis S., Barchielli C., Vainieri M., Bellé N. (2022). The relationship between healthcare service provision models and patient experience. *Journal of Health Organization and Management*, 36 (9), s. 1–24.
- de Ruyter K., Kasper H., Wetzels M. (1995). Internal Service Quality in a Manufacturing Firm: A Review of Critical Encounters. *New Zealand Journal of Business*, 17 (2), s. 67–80.
- Del Giudice P. (2017). The IC-health project: improving digital health literacy in Europe. *European Journal of Public Health*, 27 (3), 26.
- Delers A. (2023). *Zasada Pareto w zarządzaniu przedsiębiorstwem: Rozwiń swój biznes dzięki zasadzie 80/20*. Tłum. K. Kowalski. Polska: 50Minutes.com.
- Della Mea, V. (2001). What is e-Health (2): The death of telemedicine? *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2), e22.
- Deloitte (2023). Global Health Care Sector Outlook. Navigating transformation. <https://www.deloitte.com/content/dam/assets-shared/docs/gx-hc-outlook-new.pdf>
- Dickerson S.S., Brennan P.F. (2002). The internet as a catalyst for shifting power in provider–patient relationships. *Nursing Outlook*, 50, s. 195–203.
- Digital 2024 Global Overview Report (2024). <https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report>
- Dobiegała-Korona B. (2006a). Wartość dla klientów generatorem wartości dla przedsiębiorstwa [w:] B. Dobiegała-Korona, A. Herman (red.). *Współczesne źródła wartości przedsiębiorstwa*. Warszawa: Difin, s. 220–234.
- Dobiegała-Korona B. (2006b). Wartość klienta czy wartość dla klienta? *Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie*, 1, s. 29–33.
- Dobiegała-Korona B., Doligalski T. (2010). *Zarządzanie wartością klienta. Pomiar i strategię*. Warszawa: Poltext.
- Dobska M. (2021). Konsumeryzm medyczny – reorientacja pozycji pacjenta. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 181, s. 35–48.
- Dolińska-Zygmunt G. (2001). Znaczenie podmiotowego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 307.
- Donabedian A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, s. 1743–1748.
- Donald M., Ware R.S., Ozolins I.Z., Begum N., Crowther R., Bain C. (2011). The role of patient activation in frequent attendance at primary care: a population-based study of people with chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 83 (2), s. 217–221.

- Donelle L., Arocha J.F., Hoffman-Goetz L. (2008). Health literacy and numeracy: Key factors in cancer risk comprehension. *Chronic Diseases in Canada*, 29 (1), s. 1–8.
- Dong W., Lei X., Liu Y. (2022). The mediating role of patients' trust between web-based health information seeking and patients' uncertainty in China: Cross-sectional web-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 24 (3), e25275.
- Donnelly M. (2010). *Health care decision making and the law, autonomy, capacity and the limits of liberalism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Doroszewska A. (2010). Wpływ Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.). *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Lublin: KUL, s. 299–311.
- Doroszewska A., Dmoch-Gajzlerska E. (2011). Internet jako źródło informacji o ciąży, porodzie, połogu i pielęgnacji dziecka – analiza wyników badań. *Zdrowie Publiczne*, 121 (2), s. 129–134.
- Dranove D. (1988). Demand inducement and the physician/patient relationship. *Economic Inquiry*, 26 (2), s. 281–298.
- Drossman D.A., Ruddy J. (2020). Improving patient–provider relationships to improve health care. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 18 (7), s. 1417–1426.
- Duplaga M. (2012). Acceptance of internet-based health care services among households in Poland: secondary analysis of a population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 14 (6), s. 2358.
- Dutton W.H., Reisdorf B.C. (2019). Cultural divides and digital inequalities: attitudes shaping Internet and social media divides. *Information, Communication and Society*, 22 (1), s. 18–38.
- Edinger S. (2000). The definitions of quality of care – measurement and applications to the clinical and public health laboratories. Abstract #1357, 128th Annual Meeting of the APHA, 12–16 November 2000. Boston, MA: American Public Health Association (APHA).
- Edvardsson B. (1992). Service Breakdowns: A Study of Critical Incidents in an Airline. *International Journal of Service Industry Management*, 3 (4), s. 17–29.
- Eldh A.C., Ekman I., Ehnfors M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13 (5), s. 503–514.
- Elliott K.M., Hall M.C., Stiles G.W. (1993). Service quality in the health care industry: How are hospitals evaluated by the general public? *Journal of Hospital Marketing*, 7 (1), s. 113–124.
- Endeshaw B. (2021). Healthcare service quality-measurement models: A review. *Journal of Health Research*, 35 (2), s. 106–117.
- Eng T.R. (2001). *The eHealth landscape: A terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Engers M., Fernandez L. (1987). Market equilibrium with hidden knowledge and self-selection. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 55, (2), s. 425–439.
- Eurobarometr (2022). <https://europa.eu/eurobarometer/screen/home>

- Eurostat (2023). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/isoc_ci_ifp_iu__custom_9874085/default/table?lang=en
- Evans D., Edejer T.T.T., Lauer J., Frenk J., Murray C.J.L. (2001). Measuring quality: From the system to the provider. *International Journal for Quality Health Care*, 13 (6), s. 439–446.
- Eysenbach G., Köhler C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the World Wide Web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324 (7337), s. 573–577.
- Feliksiak M. (2016). Zdrowie online. *Komunikat z badań CBOS*, 148.
- Feliksiak M. (2020). Zdrowie online 2020. *Komunikat z badań CBOS*, 100.
- Feliksiak M. (2023). Korzystanie z Internetu w 2023 roku. *Komunikat z badań CBOS*, 72.
- Ferraz M., Almeida A.M., Matias A., Farine D. (2016). The influence of the web on health related decision-making processes: A survey with Portuguese women during pregnancy. *Procedia Computer Science*, 100, s. 347–354.
- Ferreira D.C., Vieira I., Pedro M.I., Caldas P., Varela M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, 11 (5), 639.
- Fessler D.M., Pisor A.C., Navarrete C.D. (2014). Negatively-biased credulity and the cultural evolution of beliefs. *PLoS ONE* 9, e95167.
- Fischer H. (1987). „Patients” versus „clients” [letter]. *Journal of Pediatrics*, 111 (1), s. 157–158.
- Flanagan J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51 (4), s. 327–360.
- Flanders C.E., Pragg L., Dobinson C., Logie C. (2017). Young sexual minority women’s use of the Internet and other digital technologies for sexual health information seeking. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 26 (1), s. 17–25.
- Foucault M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Transl. A. Sheridan. London: Allen Lane.
- Fox S., Duggan M. (2013). Health Online 2013. https://www.pewInternet.org/wp-content/uploads/sites/9/media/Files/Reports/PIP_HealthOnline.pdf
- Frączkiewicz-Wronka A. (2021). *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Frankowska A. (2009). Marketing partnerski w Zakładach Opieki Zdrowotnej: opinie i oczekiwania. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 41, s. 220–228.
- Freidson E. (1960). Client Control and Medical Practice. *American Journal of Sociology*, 65 (4), s. 374–382.
- Fridlund B., Henricson M., Mårtensson J. (2017). Critical Incident Technique applied in nursing and healthcare sciences. *SOJ Nursing & Health Care*, 3 (1), s. 1–5.
- Fryc A., Krassowska M., Szymik D., Hamoud M., Patela K. (2018). Rola Internetu w relacji lekarz–pacjent zbadana w wybranych grupach wiekowych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 8 (4), s. 285–296.

- Fuchs K., Fangpong K. (2021). Using the SERVQUAL framework to examine the service quality in higher education in Thailand. *Education Quarterly Reviews*, 4 (2), s. 363–370.
- Fundacja My Pacjenci (2022). e-Usługi w ochronie zdrowia. https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2023/02/Raport_e-uslugi.pdf
- Furmankiewicz M., Sołtysik-Piorunkiewicz, A., Ziuziański, P. (2015). Wykorzystanie technologii ICT w społeczeństwie informacyjnym w świetle badań systemów zarządzania wiedzą w e-zdrowiu [w:] A. Białas (red.), *Informatyka w województwie śląskim – innowacyjne trendy rozwoju*. Katowice: Instytut Technik Innowacyjnych EMAG.
- Furubotn E.G., Richter R. (2003). *Institutions and Economic Theory*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press.
- Gabbott M., Hogg G. (1996). The Glory of Stories: Using Critical Incidents to Understand Service Evaluation in the Primary Healthcare Context. *Journal of Marketing Management*, 12, s. 493–503.
- Gajovic G., Kocic S., Radovanovic S., Ilic B., Milosavljevic M., Radevic S., Ignjatovic D.R. (2012). Satisfaction of users in primary health care. *HealthMED*, 6 (12), s. 4185–4193.
- Gałaszka M. (2012). Nowe zjawiska w relacji lekarz–pacjent w kontekście rozwoju Internetu. *Przegląd Socjologiczny*, 61 (2), s. 118–150.
- Gałaszka M. (2013). Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonalizacja opieki zdrowotnej versus ryzyko zdrowotne. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 45, s. 35–50.
- Ganczar M., Szewczak M. (2017). Pacjent jako konsument usług zdrowotnych – wybrane aspekty prawne. *Internetowy Kwartalnik Antymonopolowy i Regulacyjny*, 3 (6). www.ikar.wz.uw.edu.pl
- Garapich A. (2012). Internet a decyzje zakupowe – rola Internetu w procesie zakupu leków i preparatów zdrowotnych. *Polskie Badania Internetu*. https://www.slideshare.net/P_B_I/Internet-a-decyzje-zakupowe-rola-Internetu-w-procesie-zakupu-lekw-i-produktw-zdrowotnych
- Garbacz K., Guziak D. (2012). Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 28, s. 37–51.
- Garrido M.V., Zentner A., Busse R. (2011). The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29 (1), s. 28–38.
- Garvin D.A. (1988). *Managing quality. The strategic and competitive edge*. New York: The Free Press.
- Gaventa, J., Cornwall, A. (2001). Power and Knowledge [w:] P. Reason, H. Bradbury (red.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications.
- Gemius (2009). Portale medyczne i zdrowie. <https://www.gemius.pl/pl/raporty/2009-08/01>.
- Gemius (2012). Pacjenci w sieci. Raport z badań wraz z komentarzem. http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf.

- Gemius, PBI (2020). Polscy internauci w maju 2020. <http://pbi.org.pl/raporty/polscy-internauci-w-maju-2020>.
- George G.C., Iwuanyanwu E.C., Buford A.S., Piha-Paul S.A., Subbiah V., Fu S., Karp D.D., Pant S., Hinojosa Ch.O., Hess K.R., Cleeland C.H.S., Bernstam E.V., Meric-Bernstam F., Hong, D.S. (2019). Cancer-related Internet use and its association with patient decision making and trust in physicians among patients in an early drug development clinic: A questionnaire-based cross-sectional observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 21 (3), e10348.
- Getzen T. (2000). *Ekonomia zdrowia*. Tłum. M. Jakubiak, T. Żukowski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gędek A.M., Materna M., Gędek M. (2021). Czynniki wpływające na komunikację w relacji lekarz–pacjent. *Rozprawy Społeczne*, 15 (2), s. 126–139.
- Gierczyński J., Nowak A. (2024) *Raport „Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia 2024”*. Warszawa: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.
- Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (2023). Raport „Zdrowie w Internecie”. https://ippez.pl/wp-content/uploads/2023/09/IPPEZ-RAPORT_02_zdrowie_w_internecie.pdf
- Gierszewska G., Pomaranik W., Hawrysz L., Kludacz-Alessandri M. (2021). Satysfakcja pacjentów ze zdalnej opieki medycznej w ramach POZ w czasach pandemii COVID-19 w Polsce. *Przegląd Organizacji*, 9 (980), s. 39–48.
- Global Market Insights (2023). *Digital Health Market 2032*.
- Glynn R.W., O'Duffy F., O'Dwyer T.P., Colreavy M.P., Rowley H.M. (2013). Patterns of Internet and smartphone use by parents of children attending a pediatric otolaryngology service. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77 (5), s. 699–702.
- Głos A. (2015). Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej. *Diametros*, 45, s. 82–106.
- Golinowska S. (2008). Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania. *Polityka Społeczna*, 7, s. 1–5.
- Golinowska S. (red.) (2015). *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gonzalez D., Skopec L., McDaniel M., Kenney G.M. (2021). *Perceptions of discrimination and unfair judgment while seeking health care*. Washington, DC: Urban Institute.
- Goodman J.C., Musgrave G.L., Herrick D.M. (2008). *Jak uzdrowić służbę zdrowia*. Tłum. S. Pollak. Chicago–Warszawa: Fijor Publishing.
- Goozner M. (2016). Patient empowerment through shared decisions can lower costs. *Modern Healthcare*, 46 (4), s. 24.
- Gordon I.H. (2001). *Relacje z klientem. Marketing partnerski*. Tłum. G. Górską. Warszawa: PWE.
- Gowin E., Horst-Sikorska W. (2008). Internet as a new source of information about health promotion – patients' and doctors' opinions. *Family Medicine And Primary Care Review*, 10 (3), s. 417–419.

- Gremler D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7 (1), s. 65–89.
- Grönroos Ch. (1982). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingforce: Swedish School of Economics and Business Administration.
- Grönroos Ch. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), s. 36–44.
- Grönroos Ch. (1990). *Service management and marketing. Managing the moments of truth in service competition*. Massachusetts: Lexington Books.
- Grönroos Ch. (2001). *Service management and marketing. A customer relationship management approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Grönroos Ch. (2007). *Service Management and Marketing, Customer Management in Service Competition*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Grossman S.J., Hart D.O. (1983). An Analysis of the Principal. Agent Problem. *Econometrica*, 51 (1), s. 7–8.
- Gruber T., Frugone F. (2011). Uncovering the desired qualities and behaviours of general practitioners (GPs) during medical (service recovery) encounters. *Journal of Service Management* 22 (4), s. 491–521.
- Gruca-Wójtowicz P. (2009). Jakość usług medycznych w kontekście zróżnicowanych oczekiwań stron zainteresowanych. *Problemy Jakości* 3, s. 22–26.
- Grudowski P. (1996). Podstawowe metody i techniki wykorzystywane w doskonaleniu jakości [w:] R. Kolman (red.) *Wybrane zagadnienia zarządzania jakością*. Gdynia: Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu w Gdyni, s. 77–109.
- Grupa R. (2012). Satysfakcja pozakupowa i dysonans pozakupowy jako czynniki determinujące reakcje konsumenckie. „*Społeczeństwo i Edukacja*” *Międzynarodowe Studia Humanistyczne* 1 (9), s. 483–494.
- Gualandi R., Masella C., Piredda M., Ercoli M., Tartaglini D. (2021). What does the patient have to say? Valuing the patient experience to improve the patient journey. *BMC Health Services Research* 21 (1), s. 1–12.
- Gugała B., Boratyn-Dubiel L., Chmiel Z. i in. (2010), Internet jako narzędzie wiedzy o zdrowiu, *Medycyna Ogólna* 16 (XLV), 2.
- GUS (2011). *Jak korzystamy z Internetu? 2010*. Warszawa.
- GUS (2019). *Jak korzystamy z Internetu? 2018*. Warszawa.
- GUS (2023a). *Jak korzystamy z Internetu? 2023*. Warszawa.
- GUS (2023b). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.* Warszawa.
- Haczyński J., Ryc K., Skrzypczak Z., Suchecka J. (2017). Zasoby lekarzy w systemie ochrony zdrowia – Polska na tle wybranych krajów europejskich. *Problemy Zarządzania* 3 (69), t. 1, s. 53–66.
- Hall M.A. (2006). Researching medical trust in the United States. *Journal of Health Organization Management*, 20 (5), s. 456–467.

- Hall M.A., Dugan E., Zheng B., Mishra A.K. (2001). Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *The Milbank Quarterly*, 79 (4), s. 613–639.
- Hamlin J.K., Wynn K., Bloom P. (2010). 3-month-olds show a negativity bias in their social evaluations. *Development Science*, 13, s. 923–929.
- Hargreaves S., Bath P.A., Duffin S., Ellis J. (2018). Sharing and Empathy in Digital Spaces: Qualitative Study of Online Health Forums for Breast Cancer and Motor Neuron Disease (Amyotrophic Lateral Sclerosis). *Journal of Medical Internet Research*, 20, e222.
- Harisankar T., Thonakkot L.S. (2023). SERVQUAL: A literature review. *NCERC International Journal of Advanced Science, Engineering and Technology*, 2 (1), s. 33–39.
- Hart A., Henwood F., Wyatt S. (2004). The Role of the Internet in Patient-Practitioner Relationships: Findings from a Qualitative Research Study. *Journal of Medical Internet Research*, 6 (3), e36.
- Harvey S., Memon A., Khan R., Yasin F. (2017). Parent's use of the Internet in the search for healthcare information and subsequent impact on the doctor–patient relationship. *Irish Journal of Medical Science*, 186 (4), s. 821–826.
- Hay M.C., Cadigan R.J., Khanna D., Strathmann C., Lieber E., Altman R. i in. (2008). Prepared patients: internet information seeking by new rheumatology patients. *Arthritis Rheumatology*, 59 (4), s. 575–582.
- Hefer J.L., Al-Amin M., Huerta T.R. (red.) (2020). *Transforming Healthcare: A Focus on Consumerism and Profitability*. Leeds: Emerald Group Publishing. <https://doi.org/10.1108/S1474-8231202019>
- Hennessy C.M., Smith C.F., Greener S., Ferns G. (2019). Social media guidelines: A review for health professionals and faculty members. *The Clinical Teacher*, 16, s. 442–447.
- Herrman J. (2016). Inside Facebook's (Totally Insane, Unintentionally Gigantic, Hyperpartisan) Political-Media Machine. *The New York Times*, 28 August. <https://www.nytimes.com/2016/08/28/magazine/inside-facebooks-totally-insaneunintentionally-gigantic-hyperpartisan-political-media-machine.html>
- Herstein R., Gamliel E. (2006). The role of private branding in improving service quality. *Managing Service Quality: An International Journal*, 16 (4), s. 306–319.
- Herzberg S.R. (1990). Client or patient: Which term is more appropriate for use in occupational therapy? *American Journal of Occupational Therapy*, 44 (6), s. 561–563.
- Hesse B.W., Moser R.P., Rutten L.J. (2010). Surveys of physicians and electronic health information. *The New England Journal of Medicine: Research & Review*, 362 (9), s. 859–860.
- Heszen-Niejodek I. (1992). *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: Universitas.
- Hibbard J.H., Mahoney E.R., Stock R., Tusler M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*, 42 (4), s. 1443–1463.
- Hill N., Alexander J. (2003). *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*. Tłum. A. Klin. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.

- Hinson R., Aziato L., Adeola O., Osei-Frimpong K. (2019). *Health Service Marketing Management in Africa*. New York: Productivity Press.
- Hollander S., Lanier D. (2001). The physician–patient relationship in an electronic environment: A regional snapshot. *Bulletin of Medical Library Association*, 89, s. 397–399.
- Holden R., Karsh B. (2010). The technology acceptance model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 43, s. 159–172.
- Hołub J. (2001). Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych. *Przegląd Organizacji*, 6, s. 36–40.
- Hryniewicz J.T. (2000). Badania nad satysfakcją klientów. *Przegląd Organizacji*, 6, s. 22–23.
- Huey C.W.T., Palaganas J.C. (2020). What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews. *Medical Teacher*, 42 (5), s. 550–560.
- Hughes H. (2007). Critical Incident Technique [w:] S. Lipu, K. Williamson, A. Lloyd (red.). *Exploring methods in information literacy research*. Wagga Wagga, NSW: Centre for Information Studies, s. 49–66.
- ILA (2023). Digital Health Literacy Country Reports, www.ilabour.eu/results/digital-health-literacy-country-reports/.
- Institute of Medicine (IOM) (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol. 1. Washington, DC: National Academy Press.
- Iverson S.A., Howard K.B., Penney B.K. (2008). Impact of Internet use on health-related behaviors and the patient-physician relationship: A survey-based study and review. *Journal of the American Osteopathic Association*, 108, s. 699–711.
- Iwankiewicz-Rak B. (2012). Usługi społeczne – kryteria wyboru miejsca i formy konsumpcji. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług*, 95, s. 25–35.
- Iwanowicz E. (2009). „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Medycyna Pracy*, 60 (5), s. 427–437.
- Iwasiewicz A. (1999). *Zarządzanie jakością*. Warszawa–Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jabnoun N., Chacker M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13 (4), s. 290–299.
- Jackson J.L., Chamberlin J., Kroenke K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 52 (4), s. 609–620.
- Jackson S. (2000). Successfully implementing TQM within health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14, s. 157–163.
- Jacobs W., Amuta A.O., Jeon K.C. (2017). Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences*, 3 (1), 1302785.
- Jakubek E. (2012). *Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na jakość opieki zdrowotnej*. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/doccontent?id=270944>

- Janik W. (2013). Wykorzystanie potencjału wykonawczego zakładów opieki zdrowotnej i finansowanie usług medycznych [w:] R. Lewandowski, M. Kautsch, Ł. Sułkowski (red.). *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14, (10), s. 153–162.
- Jarynowski, A., Wójta-Kempa, M. (2023). Wpływ informacji online na decyzje dotyczące zdrowia – przegląd doniesień. http://interdisciplinary-research.eu/wp-content/uploads/2023/09/D-Wp%C5%82yw-informacji-online-na-decyzje-dotycz%C4%85ce-zdrowia_raprot.pdf
- Jaworzyńska M. (2014). Równowaga rynkowa na rynku usług zdrowotnych: ujęcie teoretyczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia*, 48 (2), s. 59–68.
- Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., Richards N., Chandola T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & Safety in Health Care*, 11, s. 335–339.
- Jerofke T., Weiss M., Yakusheva O. (2014). Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviors, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*, 70, s. 1310–1322.
- Johnson E.W. (1989). Patient—or client? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 68 (4), 161.
- Johnson G.L., Ramaprasad A. (2000). Patient–physician relationships in the information age. *Marketing Health Services*, 20, s. 20–27.
- Johnson R. (2004). Towards a better understanding of service excellence. *Managing Service Quality*, 14 (2/3), s. 129–133.
- Johnston R. (1995). The Determinants of Service Quality: Satisfiers and Dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management*, 6 (5), s. 53–71.
- Jonas A. (2012). Jakość usług [w:] A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor. *Marketing usług*. Wyd. 2 zmienione. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer, s. 140–188.
- Jonkisz A, Karniej P, Krasowska D. (2021). SERVQUAL Method as an “Old New” Tool for Improving the Quality of Medical Services: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (20), 10758.
- Joss R., Kogan M. (1995). *Advancing quality: total quality management in the national health service*. Buckingham: Open University Press.
- Juran J. (1992). *Juran on quality by design. The new steps for planning quality into goods and services*. New York: The Free Press.
- Juran J. (1999). How to think about quality [w:] J.M. Juran, G.A. Blanton (red.). *Juran's Quality Handbook*. New York: McGraw-Hill, s. 20–37.
- Juszczyk M. (2011). *Specyfika usług zdrowotnych*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 168. Wrocław: Wydawnictwo UE we Wrocławiu, s. 206–216.
- Juwaheer T.D., Kassean H. (2006). Exploring quality perceptions of health care operations: A study of public hospitals of Mauritius. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 16 (1–2), s. 89–111.

- Kachniarz M. (2012). Duże jest piękne? Ekonomia skali w ochronie zdrowia [w:] E. Nojszewska (red.). *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer, s. 58–74.
- Kaczor M., Michalak A. (2010). Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem. *Sztuka Leczenia*, 1–2, s. 51–58.
- Kahneman D. (2012). *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*. Tłum. P. Szymczak. Poznań: Media Rodzina.
- Kamboj, P., Agrawal, A. K., Chatterjee, S., Hussain, Z., Misra, S. (2023). Exploring the impact of patient internet usage on patient–physician interaction, satisfaction and revisit intention: a comprehensive study. *International Journal of Law and Management*, 66 (2), s. 288–302.
- Kamiński S. (2022). Zawodność państwa we współczesnej polityce społecznej. *Polityka Społeczna*, 583 (10), s. 1–7.
- Kantar (2019). Raport Internet w życiu Polaków, czerwiec 2019, <https://www.gov.pl/web/5g/internet-w-zyciu-polakow>
- Kapała W. (2001). Organizacja pracy a jakość usług medycznych. *Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej*, 4, s. 15–19.
- Kardas G., Daszyńska A., Koziarska-Rościszewska M. (2017). The Internet as a source of health-related information among Internet users in the Lodz region, Poland. *Family Medicine & Primary Care Review*, 19 (3), s. 221–224.
- Kassirer J.P. (2000). Patients, physicians, and the Internet. *Health Affairs*, 19 (6), s. 115–123.
- Kaur L., Kaur S., Sharma P. (2019). Information-seeking Behaviour of Women Regarding Food Related Health and Hygiene Practices. *European Journal of Nutrition and Food Safety*, 10 (1), s. 56–63.
- Kautsch M. (2010). Czynniki warunkujące zachowania konsumenckie w ochronie zdrowia – wybrane zagadnienia. *Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu*, 16, s. 235–245.
- Kautsch M. (red.) (2015). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kautsch M., Frączek K. (2000). Jakość usług – co widzi pacjent? [w:] *Jakość w opiece zdrowotnej. Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, s. 293–296.
- Kautsch M., Lasa U. (2010). Czy należy urynkwować usługi medyczne? (wybrane zagadnienia) [w:] I. Rudawska, E. Urbańczyk (red). *Ekonomiczno-organizacyjne problemy zarządzania jednostkami służby zdrowia*. Bydgoszcz: Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, Serbia: Studia i Materiały, 25, s. 146–155.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich I.J. (2001). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kenagy J.W., Berwick D.M., Shore M.F. (1999). Service quality in health care. *Journal of the American Medical Association*, 281 (7), s. 661–665.
- Kędzior Z., Karcz K. (1998). *Modele zachowań gospodarstw domowych i przedsiębiorstw*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.

- Keinki C., Rudolph I., Ruetters D., Kuenzel U., Lobitz J., Schaefer M., Hanaya H., Huebner J. (2018). The quality of patient information booklets for cancer patients – an evaluation of free accessible material in German language. *Journal of Cancer Education*, 33 (5), s. 1132–1139.
- Kessler D.P., Mylod D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24 (4), s. 266–273.
- Khoshravesh S., Moeini B., Rezapur-Shahkolai F., Taheri-Kharameh Z., Bandehelahi K. (2018). Health literacy of employees of Hamadan University of medical sciences and related demographic factors. *Journal of Education and Community Health*, 5 (1), s. 19–26.
- Kieźel E. (red.) (2004). *Racjonalność konsumpcji i zachowań konsumentów*. Warszawa: PWE.
- Kieźel E. (red.) (2010). *Konsument i jego zachowania na rynku europejskim*. Warszawa: PWE.
- Kim J., Park H.A. (2012). Development of a health information technology acceptance model using consumers' health behavior intention. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e133.
- King L.J. (1986). Patient/client dichotomy unwise [letter]. *American Journal of Occupational Therapy*, 40 (1), 51.
- Kirschning S., von Kardorff E. (2008). The use of the Internet by women with breast cancer and men with prostate cancer – results of online research. *Journal of Public Health*, 16, s. 133–143.
- Kisilowska M., Jasiewicz J. (2013). *Informacja zdrowotna. Oczekiwania i kompetencje polskich użytkowników*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Kivits J. (2004). *Health information on the Internet: researching information seekers and practices in a mediated health context*. London: London School of Economics and Political Science.
- Kivits J. (2006). Informed Patients and the Internet: A Mediated Context for Consultations with Health Professionals. *Journal of Health Psychology*, 11 (2), s. 269–282.
- Kivits J. (2009). Everyday health and the Internet: A mediated health perspective on health information seeking. *Sociology of Health and Illness*, 31 (5), s. 673–687.
- Kłak A., Gawińska E., Samoliński B., Raciborski F. (2017). Dr Google as the source of health information – the results of pilot qualitative study. *Polish Annals of Medicine*, 24 (2), s. 188–193.
- Knights P. (2001). Rethinking Pareto analysis: maintenance applications of logarithmic scatterplots. *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, 7, s. 252–263.
- Knol-Michałowska K. (2014). Internet jako źródło informacji o zdrowiu – wady i zalety dla relacji lekarz–pacjent. Perspektywa pacjentów. *Hygeia Public Health*, 49 (3), s. 389–397.
- Kobyłański A., Nieżurawski L., Pawłowska B. (2003). Pomiar satysfakcji klientów i jego znaczenie dla przedsiębiorstw – problemy badawcze. *Problemy Jakości*, 3, s. 8–11.
- Koekenbier K., Leino-Kilpi H., Cabrera E., Isotomia N., Johansson Stark Å., Katajisto J., Lemonidou C., Papastavrou E., Salanterä S., Sigurdottir A., Valkeapää K., Eloranta S. (2016). Empowering knowledge and its connection to health-related quality of life: A cross-cultural study. *Applied Nursing Research*, 29, s. 211–216.

- Koelemeijer K. (1995). The Retail Service Encounter: Identifying Critical Service Experiences [w:] P. Kunst, J. Lemmink (red.). *Innovation Trading*. London: Paul Chapman, s. 29–43.
- Koh H.S., In Y., Kong C.G., Won H.Y., Kim K.H., Lee J.H. (2010). Factors affecting patients' graft choice in anterior cruciate ligament reconstruction. *Clinics in Orthopedic Surgery*, 2 (2), s. 69–75.
- Kohl H. (2020). *Standards for Management Systems: A Comprehensive Guide to Content, Implementation Tools, and Certification Schemes*. Switzerland: Springer.
- Kolasa K. (red.) (2021). *Optymalna alokacja zasobów w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Kolman R., Grudowski P., Meller A., Preihs J. (1996). *Wybrane zagadnienia zarządzania jakością*. Gdynia: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483.
- Kopaliński W. (2002). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- Korczak K. (2011). Uwarunkowania rozwoju cybermedycyny w Polsce. Problemy i perspektywy badań. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą/Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*, 53, s. 82–92.
- Korczak K. (2014). *Internetowe narzędzia wspomagające opiekę zdrowotną*. Warszawa: ABC. Wolters Kluwer Polska.
- Korczak K. (2017). Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 18, s. 305–316.
- Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong V. (2000). *Marketing. Podręcznik europejski*. Tłum. L. Adamus, W. Kisiel, M. Woźniczka. Warszawa: PWE.
- Kotler Ph. (2005). *Marketing*. Tłum. R. Bertold, M. Sicińska, M. Trojański, A. Zdziemborska. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Kotler Ph., Keller, K. (2006). *Marketing management* (wyd. 12). London: Pearson Education.
- Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J. (2011). *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*. Tłum. K. Puczyłowski, D. Thielmann. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Kourkouta L., Iliadis Ch., Sialakis Ch., Adamakidou T., Ouzounakis P., Kleisiaris Ch. (2021). Quality of health services. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 12 (01), s. 498–502.
- Kowalik K. (2018). Diagram Pareto-Lorenza w teorii i praktyce zarządzania jakością. *Archiwum Wiedzy Inżynierskiej*, 3 (1), s. 22–24.
- Krajewska-Kuła E., Chatzopulu A., Łukaszuk C., Lewko J., Leszczyńska M. (2005). Postrzeganie pacjenta na przestrzeni wieków [w:] E. Krajewska-Kuła, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk (red.). *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, t. 1. Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku, s. 13–32.
- Krakowiak J., Kaźmierczak A., Grzelewska A., Sułowska J., Stelmach W. (2010). Dostosowanie systemu jednorodnych grup pacjentów do warunków panujących w polskich szpitalach. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14 (7), s. 9–28.

- Krakowiak J., Marjański A. (red.) (2010). *Ocena i zachowanie świadczeniobiorców usług medycznych*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.
- Krawczyńska A., Trzmielak D. (2001). Jakość usług medycznych. *Przegląd Organizacji*, 2, s. 35–37.
- Krok, E. (2012). Efektywność w służbie zdrowia widziana przez pryzmat jakości. *Rocznik Kolegium Analiz Ekonomicznych*, 25, s. 103–115.
- Krot K. (2002). Pacjent jako podmiot oddziaływania placówek ochrony zdrowia [w:] *Jakość w opiece zdrowotnej*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, s. 165.
- Krot K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Krot K. (2013). Determinanty współczesnego modelu relacji lekarz–pacjent. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14 (10), s. 349–360.
- Krot K. (2016). Wpływ zaufania do lekarzy na przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów. Współczesne koncepcje zarządzania publicznego [w:] M. Ćwiklicki, M. Jabłoński, S. Mazur (red.). *Wyzwania modernizacyjne sektora publicznego*. Kraków: Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, s. 129–140.
- Krot K. (2018). Partycypacja pacjenta w procesie leczenia a zaufanie do lekarzy. *Handel Wewnętrzny*, 4 (375), s. 156–165.
- Krot K. (2019). *Zaufanie w relacji lekarz–pacjent. Implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: CeDeWu.
- Krot K., Rudawska I. (2016). Budowanie satysfakcji pacjenta na podstawie zaufania – studium empiryczne rynku usług medycznych. *Handel Wewnętrzny*, 4 (363), s. 110–121.
- Krot K., Rudawska I. (2017). Komunikacja w relacji lekarz–pacjent a budowanie zaufania. *Handel Wewnętrzny*, 2 (367), s. 201–213.
- Krzesaj M. (2015). Ocena jakości informacji dotyczących zdrowia na stronach WWW. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 44 (4), s. 311–320.
- Krzykus J. (2019). Internacjonalizacja usług medycznych – ewaluacja usług profesjonalnych. *Studia Ekonomiczne*, 385. Katowice: Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, s. 37–49.
- Krzyżanowska M., Wajdner R. (2000). CIT – metoda badania jakości usług. *Problemy Jakości*, 32 (11), s. 9–12.
- Kuciapski M. (2022). E-zdrowie jako narzędzie do podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych [w:] J. Waśniewski, J. Strumiłło (red.). *Uwarunkowania digitalizacji usług zdrowotnych*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 203–230.
- Kulczycka K. (2004). Przedmiot i kryteria jakości świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta [w:] D.A. Ksykiewicz (red.). *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, s. 167–171.
- Kulik T.M., Latański M. (2002). *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

- Kurowska K., Horodecka A. (2014). Umiejscowienie kontroli zdrowia a oczekiwania pacjentów objętych opieką medyczną w POZ. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8 (3), s. 105–116.
- Kurowska K., Sawicka A. (2016). Analiza oczekiwań pacjentów objętych ambulatoryjną opieką medyczną w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 10 (5), s. 263–271.
- Lam-Po-Tang J., McKay D. (2010). Dr Google, MD: A survey of mental health-related Internet use in a private practice sample. *Australasian. Psychiatry*, 18, s. 130–133.
- Laranjo L., Arguel A., Neves A.L., Gallagher A.M., Kaplan R., Mortimer N., Mendes G.A., Lau A.Y.S. (2015). The influence of social networking sites on health behavior change: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22 (1), s. 243–256.
- Lebowa W. (2021). Postać lekarza w kontekście pełnionych ról zawodowych. *Studia Humanistyczne AGH*, 20 (4), s. 79–96.
- Lee D. (2017). HEALTHQUAL: A multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*, 11, s. 491–516.
- Lee K., Hoti K., Hughes J.D., Emmerton L. (2014). Dr Google and the consumer: A qualitative study exploring the navigational needs and online health information seeking behaviors of consumers with chronic health conditions. *Journal of Medical Internet Research*, 16 (12), e262.
- Lee S., Choi J., Noh G. (2016). Factors influencing health-related Internet activities and their outcomes. *Journal of Health Communication*, 21 (11), s. 1179–1186.
- Lee S.T., Lin J. (2016). A Self-Determination Perspective on Online Health Information Seeking: The Internet vs. Face-to-Face Office Visits with Physicians. *Journal of Health Communication*, 21 (6), s. 714–722.
- Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I.A. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Copenhagen: WHO.
- Lenartowicz H. (1998). *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie: materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie*. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej.
- Łętowska E. (2001). *Ochrona niektórych praw konsumentów. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
- Levin-Zamir D., Lemish D., Gofin R. (2011). Media Health Literacy (MHL): Development and measurement of the concept among adolescents. *Health Education Research*, 26 (2), s. 323–335.
- Lewandowski R. (2008). Pomiar jakości usług medycznych z wykorzystaniem metody SERVQUAL. *Problemy Jakości*, 9, s. 30–35.
- Leżnicka M., Warunek A., Hartwich E., Kryn, P. (2014). Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. *Hygeia Public Health*, 49 (4), s. 787–792.
- Linder-Pelz S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16, s. 577–582.

- Liu H., Gong X., Zhang J. (2020). Does internet use affect individuals' medical service satisfaction? Evidence from China. *Healthcare*, 8 (2), 81.
- Liu L.G., Ancker J.S., Creber R.M.M. (2021). Improving patient engagement through patient decision support. *American Journal of Preventive Medicine*, 60 (3), s. 438–441.
- Liu S., Zhang M., Gao B., Jiang G. (2020). Physician voice characteristics and patient satisfaction in online health consultation. *Information & Management*, 57 (5), 103233.
- Lohr K.N. (red.) (1990a). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Vol. 1. Washington, DC: National Academies Press.
- Lohr K.N. (red.) (1990b). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Vol. 2: *Sources and Methods*. Washington, DC: National Academies Press.
- Loiselle C.G., Semenic S.E., Côté B., Lapointe M., Gendron R. (2001). Impressions of breast-feeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33 (3), s. 31–46.
- Londono A.M., Schulz P. (2015). Influences of health literacy, judgement skills, and empowerment on asthma self-management practices. *Patient Education and Counseling*, 98, s. 908–917.
- Lopez-Gomez M., Ortega C., Suarez I., Gomez-Raposo C., Sereno M., Casado E., Espinosa E., Lobo F., Feliu J. (2012). Internet use by cancer patients: Should oncologists 'prescribe' accurate web sites in combination with chemotherapy? A survey in a Spanish cohort. *Annals of Oncology*, 23 (6), s. 1579–1585.
- Łoś A., Puciato D. (2011). Niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych. *Handel Wewnętrzny*, 1 (330), s. 17–25.
- Lotko M. (2018). Definiowanie usług: Analiza cech usług w definicjach literaturowych. *Problemy Jakości*, 6, s. 4–7.
- Lovelock C., Wirtz J. (2004). *Services Marketing: People, Technology, Strategy*. Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Lu X., Zhang R. (2021). Impact of patient information behaviours in online health communities on patient compliance and the mediating role of patients' perceived empathy. *Patient Education and Counseling*, 104 (1), s. 186–193.
- Lynn, J., Straube, B.M., Bell, K.M., Jencks, S.F., Kambic, R.T. (2007). Using population segmentation to provide better health care for all: the „Bridges to Health” model. *The Milbank Quarterly*, 85 (2), s. 190.
- Łuczak J. (2014). Badanie satysfakcji klientów imprez biegowych [w:] Z. Waśkowski (red.). *Marketing imprez biegowych*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 129–140.
- Luo A., Qin L., Yuan Y., Yang Z., Liu F., Huang P., Xie W. (2022). The effect of online health information seeking on physician-patient relationships: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24 (2), e23354.
- Maciąg A., Sakowska I. (2006). Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia i Materiały. Wydział Zarządzania UW*, 3 (1), s. 50–62.

- Maconko M., Kopański Z., Strychar J., Małek Ł. (2016). Patient satisfaction and the methods of its assessment. *Journal of Clinical Healthcare*, 64 (3), s. 14–19.
- Major, I. (2019). Two-Sided Information Asymmetry in the Healthcare Industry. *International Advances in Economic Research*, 25, s. 177–193.
- Małecka B., Marcinkowski J.T. (2007). Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88 (1), s. 17–19.
- Małecka-Libera B. (2016). Konkurencja – to brzmi pozytywnie. *Menedżer Zdrowia*, 4, s. 40–43.
- Małkowska M.A. (2014). Innowacje technologiczne na rynku usług medycznych w Polsce. *Kwartalnik Naukowy Uczelni Vistula*, 1 (39), s. 26–37.
- Manierre M.J. (2015). Gaps in knowledge: tracking and explaining gender differences in health information seeking. *Social Science & Medicine*, 128, s. 151–158.
- Mano R. (2015). Online health information, situational effects and health changes among e-patients in Israel: A ‘push/pull’ perspective. *Health Expectations*, 18 (6), s. 2489–2500.
- Mascarenhas O.A.J., Kesavan R., Bernacchi M.D. (2013). On Reducing Information Asymmetry in U.S. Health Care. *Health Marketing Quarterly*, 30 (4), s. 379–398.
- Maslow A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychology Review*, 50, s. 370–396.
- Massey P.M. (2016). Where do US adults who do not use the Internet get health information? Examining digital health information disparities from 2008 to 2013. *Journal of Health Communication*, 21 (1), s. 118–124.
- Maxwell R.J. (1984). Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288 (6428), s. 1470–1472.
- Maxwell R.J. (1992). Dimensions of quality revisited: From thought to action. *Quality in Health Care*, 1, s. 171–177.
- Mazurek-Łopacińska K. (1999). *Badania marketingowe, podstawowe metody i obszary zastosowań*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu.
- McCallum L.W., Dykes J.N., Painter L., Gold J. (1989). Patients and clients – again [letter]. *The Medical Journal of Australia*, 151, 358.
- McDonald C. (2006). *Challenging Social Work: The Context of Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- McLaughlin C.P., Kaluzny A.D. (2006). *Continuous quality improvement in health care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- McLaughlin H. (2009). What’s in a name: ‘client’, ‘patient’, ‘customer’, ‘consumer’, ‘expert by experience’, ‘service user’ – what’s next? *British Journal of Social Work*, 39, s. 1101–1117.
- Mechanic D. (1996). Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. *The Milbank Quarterly*, 74 (2), s. 171–189.
- Mechanic D. (1998). The Functions and Limitations of Trust in the Provision of Medical Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23 (4), s. 661–686.

- Mediapanel (2024). Zdrowie i medycyna. <https://media-panel.pl/pl/aktualnosci/zestawienia-tematyczne-i-funkcjonalne-styczen-2024/>
- Miah A., Rich E. (2008). *The Medicalization of Cyberspace*. London: Routledge.
- Michel S. (2001). Analyzing Service Failures and Recoveries: A Process Approach. *International Journal of Service Industry Management*, 12 (1), s. 20–33.
- Mikos M., Urbaniak M. (2016). Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej. *Medyczna Wokanda*, 8, s. 159–167.
- Ministerstwo Cyfryzacji (2019). Internet ułatwia życie! Badanie w ramach projektu „Kampanie edukacyjno-informacyjne na rzecz upowszechnienia korzyści z wykorzystywania technologii cyfrowych”. <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/polacy-juz-to-wiedza-Internet-ulatwia-zycie>.
- Ministerstwo Zdrowia, Departament Analiz i Strategii (2023). Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>
- Ministerstwo Zdrowia (2017). Jakość w opiece zdrowotnej. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/jakosc-w-opiece-zdrowotnej>
- Ministerstwo Zdrowia (2021). Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. Dz.U. M.Z. z dnia 30 sierpnia 2021 r. poz. 69.
- Mirrlees J.A. (1974). Notes on Welfare Economics, Information and Uncertainty [w:] M. Balch, D. McFadden, S. Wu (red.), *Essays on Economic Behaviour under Uncertainty*. Amsterdam: North-Holland Publishing Company.
- Mitręga M. (2004). Wymiary relacji z konsumentem na rynku usług w świetle wyzwań nowej gospodarki. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica*, 179, s. 266–267.
- Mitręga M. (2005). Pomiar relacji pomiędzy przedsiębiorstwem a konsumentem. *Marketing i Rynek*, 2, s. 2–7.
- Moczydłowska J.M., Bitkowska A. (2020). Koncepcja zarządzania relacjami z klientami – istota, cele, zakres. *Marketing i Rynek*, 9, s. 3–12.
- Moczydłowska J.M., Kowalewski K. (2019). *Patologie i dysfunkcje organizacji*. Warszawa: Difin.
- Mohammadi A., Shoghli A. (2008). Survey on quality of primary health cares in Zanjan District Health Centers. *Journal of Advances in Medical & Biomedical Research*, 16, s. 89–100.
- Molina-Mula J., Gallo-Estrada J. (2020). Impact of nurse–patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (3), 835.
- Moroz G., Orzeł Z. (2014). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Praktyczny poradnik dla świadczeniodawców*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

- Morris S., Devlin N., Parkin D. (2012). *Ekonomia w ochronie zdrowia*. Tłum. E. Nojszewska, M. Próchniak, P. Ciżkowicz. Warszawa: ABC. Wolters Kluwer.
- Mota F.P.B., Cilento I. (2020). Competence for Internet use: Integrating knowledge, skills and attitudes. *Computers and Education Open*, 1, 100015.
- Motylińska P., Pieczka A. (2020). Ewaluacja jakości informacji jako komponent zachowania bezpieczeństwa informacyjnego [w:] P. Korycińska (red.). *Horyzonty informacji*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński/Biblioteka Jagiellońska, s. 62–76.
- Mroczo F. (2012). *Zarządzanie jakością*. Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Seria: Zarządzanie. Wałbrzych: Wałbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości.
- Mroczo F. (2014). *Warunki funkcjonowania przedsiębiorstw na rynku*. Jelenia Góra: Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa.
- Mruk H. (2009). Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Mruk H. (2013). Zachowania pacjentów a wydatki na ochronę zdrowia. *Problemy Zarządzania*, 41 (2), s. 160–173.
- Mruk H. (2017). Kierunki zmian w sferze ochrony zdrowia. *Problemy Zarządzania* 15, 3 (69), cz. 1. *Zmiany systemowe w ochronie zdrowia*, s. 42–52.
- Mruk H. (2018). *Uwarunkowania zachowań pacjentów*, cz. 1. stomatologianews.pl. <https://stomatologianews.pl/uwarunkowania-zachowan-pacjentow/>
- Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., Catania J., Lee K., Zapert K., Turner R. (2003a). The impact of health information on the Internet on Health Care and the physician–patient relationship: National U.S. Survey among 1.050 U.S. Physicians. *Journal of Medical Internet Research*, 5 (3), e17.
- Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., Catania J., White M., Zapert K., Turner, R. (2003b). The impact of health information on the Internet on the physician–patient relationship: Patient perceptions. *Archives of Internal Medicine*, 163, s. 1727–1734.
- Nadziakiewicz M. (2018). *Marketing a jakość usług medycznych na przykładzie placówki regionu Górnego Śląska*. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie, 129, s. 313–324.
- Narasimhulu D.M., Karakash S., Weedon J., Minkoff H. (2016). Patterns of Internet use by pregnant women, and reliability of pregnancy-related searches. *Maternal and Child Health Journal*, 20, s. 2502–2509.
- Naumann E. (2000). Customer centered six sigma. *ASQ World Conference on Quality and Improvement Proceedings*, 59, s. 631–640.
- Naveh E., Stern Z. (2005). How quality improvement programmes can affect general hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (4), s. 249–270.
- Nazarko-Ludwiczak E. (2012). Pacjenci doby empowered. *E-magazyn o Cyfryzacji Ochrony Zdrowia OSOZ*, 10, s. 13.

- Nemati R., Bahreini M., Pouladi S., Mirzaei K., Mehboodi F. (2020). Hospital service quality based on HEALTHQUAL model and trusting nurses at Iranian university and non-university hospitals: A comparative study. *BMC Nursing*, 19, s. 1–9.
- Newman K., Maylor U., Chansarkar B. (2001). The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14 (2), s. 57–68.
- Newnham G.M., Burns W.I., Snyder R.D., Dowling A.J., Ranieri N.F., Gray E.L., McLachlan S.-A. (2006). Information from the Internet: Attitudes of Australian oncology patients. *Internal Medicine Journal*, 36 (11), s. 718–23.
- NFZ (2016). Wyniki ankiety badającej poziom satysfakcji pacjenta w POZ. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wyniki-ankiety-badajacej-poziom-satysfakcji-pacjenta-w-poz,6828.html>
- Nieżurawski L., Pawłowska B., Witkowska J. (2010). *Satysfakcja klienta: strategia, pomiar, zarządzanie: koncepcja wewnętrznego urynkowania współczesnej organizacji*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.
- Nieżurawski L., Witkowska J. (2007). Pojęcie satysfakcji klienta. *Problemy Jakości*, 7, s. 31–35.
- Niżankowski R. (2003). Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena. *Zdrowie i Zarządzanie*, 5 (6), s. 7–17.
- Nogueira S.P., Ribeiro N., Remondes S. (2023). Analysis of Citizen Satisfaction in Municipal Services [w:] C. Montenegro, Á. Rocha, J.M.C Lovelle (red.). *Management, Tourism and Technologies. Conference Proceedings. International Conference on Management, Tourism and Smart Technologies*. Cham: Springer Nature Switzerland, s. 289–299.
- Norman C.D., Skinner H.A. (2006). The eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (2), e9.
- Norum J., Grev A., Moen M.A., Balteskard L., Holthe K. (2003). Information and communication technology (ICT) in oncology: patients' and relatives' experiences and suggestions. *Support Care Cancer*, 11, s. 286–293.
- Nowa encyklopedia powszechna PWN (1996). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nowakowska E. (2015). Morfologia więzi relacyjnych w instytucjach służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 39 (2), s. 285–297.
- Nowakowska E. (2018). *Farmakoekonomika w zarządzaniu zasobami ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Nowicki P., Sikora T. (2010). Czynniki kształtujące satysfakcję klienta oraz korzyści z pomiaru satysfakcji klienta w procesie doskonalenia jakości. *Zarządzanie Jakością – Doskonalenie Organizacji*, 1, 171–181.
- Nowina-Konopka M. (2016). *Komunikacja lekarz–pacjent: teoria i praktyka*. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Nowotarska-Romania B. (2013). *Marketing usług zdrowotnych*. Warszawa: ABC. Wolters Kluwer.

- Nwosu C.R., Cox B.M. (2000). The impact of the Internet on the doctor–patient relationship. *Health Informatics Journal*, 6 (3), s. 156–161.
- O'Connor S.J., Shewchuk R.M., Carney L.W. (1994). The great gap. *Journal of Health Care Marketing*, 14 (2), 32.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2011 r. nr 4, poz. 42 z dnia 7 kwietnia 2011.
- Odekerken-Schröder G., van Birgelen M., Lemmink J., de Ruyter K., Wetzels M. (2000). Moments of Sorrow and Joy: An Empirical Assessment of the Complementary Value of Critical Incidents in Understanding Customer Service Evaluations. *European Journal of Marketing*, 34 (1/2), s. 107–125.
- OECD (2022). Health Data Governance for the Digital Age: Implementing the OECD Recommendation on Health Data Governance. <https://doi.org/10.1787/68b60796-en>.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD (2024). Health Statistics.
- Oh H., Rizo C., Enkin M., Jadad A. (2005). What is eHealth?: A systematic review of published definitions. *World Hospitals and Health Services*, 41 (1), s. 32–40.
- Ohlow M. A., Brunelli M., Lauer B. (2013). Internet use in patients with cardiovascular diseases: Bad Berka Cross-Sectional Study (BABSYS). *International Journal of Clinical Practice*, 67 (10), s. 990–995.
- Oliver R.L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, s. 460–469.
- Oliver R.L. (1997). *Satisfaction. A behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill.
- Olsen M.J.S., Thomasson B. (1992). Studies in Service Quality with the Aid of Critical Incidents and Phenomenography [w:] E.S. Eberhard, B. Edvardsson, D. Lascelles, Ch.H. Little (red.) *QUIS 3: Quality in Services Conference*. Jamaica, NY: International Service Quality Association, s. 481–505.
- Olson J.C., Dover P.A. (1979). Disconfirmation of consumer expectations through product trial. *Journal of Applied Psychology*, 64 (2), s. 179–189.
- Omaghomi T.T., Akomolafe O., Onwumere C., Odilibe I.P., Elufioye O.A. (2024). Patient experience and satisfaction in healthcare: a focus on managerial approaches – a review. *International Medical Science Research Journal*, 4 (2), s. 194–209.
- Omyła-Rudzka M. (2023). Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. *Komunikat z badań CBOS*, 124/2023.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2003). *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.

- Or C.K., Karsh B.T. (2009). A systematic review of patient acceptance of Consumer Health Information Technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16, s. 550–560.
- OSOZ Polska (2023). Mapa drogowa e-zdrowia 2024: e-rejestracja, telemedycyna, opieka farmaceutyczna itd. *E-magazyn o Cyfryzacji Ochrony Zdrowia OSOZ*, 12, s. 41–43.
- OSOZ Polska. <https://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms/definicje>
- Östman M., Bäck-Pettersson S., Sundler A.J., Sandvik A.H. (2021). Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: A thematic analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (1–2), s. 276–286.
- Ostrowska A. (2006). Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie [w:] H. Domański, A. Ostrowska, P. Sztabiński (red.). *W środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo IFIS PAN, s. 185–200.
- Ostrowska I., Rosa G. (2015). Konsument na rynku usług medycznych [w:] G. Rosa (red.). *Konsument na rynku usług*. Seria: Zarządzanie, Marketing. Warszawa: Wydawnictwo C.H.Beck, s. 294–314.
- Otto J. (2000). Pojmowanie jakości w marketingu usług. *Problemy Jakości*, 32 (5), s. 23–28.
- Otto J., Olczak A. (2007). *Marketing w handlu i usługach*. Łódź: Politechnika Łódzka, 2007.
- Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S., Dason, B. (2010). Pomiar jakości usług i zadowolenia pacjentów z dostępu do publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. *International Journal of Public Sector Management*, 23 (3), s. 203–220.
- Pacenti G.C., Mancini P. (2015). *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla ochrony zdrowia*. Tłum. Z. Łucki. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Pai Y.P., Chary S.T. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29 (3), s. 300–323.
- Palmer R.H., Adams M.E. (1988). *Considerations in Defining Quality in Health Care*. Paper prepared for Institute of Medicine Study to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare.
- Palumbo R. (2017). *The bright side and the dark side of patient empowerment. Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment*. Cham: Springer International Publishing.
- Panasiuk A., Tokarz A. (2005). Specyfika i klasyfikacja usług [w:] S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa (red.). *Współczesna ekonomika usług*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 41–58.
- Panasiuk A., Dobska M., Urban W. (2016). *Metodyka pomiaru jakości usług*. Warszawa: Wydawnictwo Texter.
- Paolino L., Genser L., Fritsch S., de' Angelis N., Azoulay D., Lazzati A. (2015). The web-surfing bariatric patient: The role of the Internet in the decision-making process. *Obesity Surgery*, 25, s. 738–743.
- Parasuraman A., Berry L.L., Zeithaml V.A. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, 32, s. 39–48.

- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, s. 41–50.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perception of quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12–40.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67 (4), 420–450.
- Parsons T. (1951). *The social system*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Pawelec G. (2022). Rola nowych technologii w podnoszeniu jakości usług zdrowotnych w dobie pandemii COVID-19. *Marketing i Rynek*, 2, s. 15–25.
- PBI (2011). Internetowe serwisy o zdrowiu. Zawartość. Popularność. Profil użytkowników. Poszukiwane informacje. <http://pbi.org.pl/raporty/zdrowieserwisy.pdf>.
- PBI (2016). Raport: Internetowe serwisy o zdrowiu – zawartość i popularność serwisów, profil użytkowników. <https://pbi.org.pl/wp-content/uploads/2016/11/03-RAPORT-Internetowe-serwisy-o-zdrowiu-2016.pdf>
- Pearce, T.O. (1993). Lay Medical Knowledge in an African Context [w:] S. Lindenbaum, M.M. Lock (red.) *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- Pęgiel-Kamrat J., Zarzeczna-Baran M., Jędrzejczyk T., Wojdak-Haasa E., Zdrojewski T. (2006). Znaczenie strony internetowej w programach profilaktycznych na przykładzie Polskiego Projektu 400 Miast. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sect. D Med.*, 60, (6), suppl. 16, s. 56.
- Peña-Purcell N. (2008). Hispanics' use of Internet health information: an exploratory study. *Journal of the Medical Library Association*, 96 (2), e101.
- Perazzo J., Haas S., Webel A., Voss J. (2017). Role of the Internet in care initiation by people living with HIV. *Research in Nursing & Health*, 40 (1), s. 43–50.
- Pętlak M., Rudawska I. (2015). Pacjent jako konsument e-informacji w systemie opieki zdrowotnej. *Marketing i Rynek*, 2 (CD), s. 231–243.
- Petrocchi S., Iannello P., Lecciso F., Levante A., Antonietti A., Schulz P.J. (2019). Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication. *Social Science and Medicine*, 235, 112391.
- Pickering W.G. (1991). A nation of people called patients. *Journal Medical Ethics*, 17, s. 91–92.
- Pietrzak M. (2018). Dostęp do usług medycznych a zamożność Polaków. *Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze*, 9, s. 153–165.
- Pilnick A., Dingwall R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science and Medicine*, 72 (8), s. 1374–1382.
- Pintal-Ślimak M., Pietruczuk M., Eusebio M. (2018). Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych. *Diagnostyka Laboratoryjna*, 54 (4), s. 285–290.
- Piotrowicz M., Cianciara D., Wysocki M.J. (2009). Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – Karta z Tallina. *Przegląd Epidemiologiczny*, 63, s. 321–324.

- Pitts V. (2004). Illness and Internet empowerment: Writing and reading breast cancer in cyberspace. *Health*, 8 (1), s. 33–59.
- 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*, 65 (6), s. 696–712.
- Pluckhan M.L. (1972). The use of the word „client”. *The Kansas Nurse*, Oct (1–2), 47 (9).
- Pluye P., El Sherif R., Granikov V., Hong Q.N., Vedel I., Galvao M.C.B., Frati F.E.Y., Desroches S., Repchinsky C., Rihoux B., Légaré F., Burnand B., Bujold M., Grad R. (2019). Health outcomes of online consumer health information: A systematic mixed studies review with framework synthesis. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 70, s. 643–659.
- Popay J., Williams, G., Thomas, C., Gatrell, A. (2003). Theorizing inequalities in health. The place of lay knowledge [w:] R.Hofrichter (red.). *Health and social justice. Politics, ideology and inequity in distribution of disease*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Porter M.R. (2010). What is Value in Health Care. *The New England Journal of Medicine*, 363 (26), s. 2477–2481.
- Porter M.R., Teisberg E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Pourrazavi S., Kouzekanani K., Asghari Jafarabadi M., Bazargan-Hejazi S., Hashemiparast M., Allahverdi pour H. (2022). Correlates of older adults' E-health information-seeking behaviors. *Gerontology*, 68 (8), s. 935–942.
- Póździoch S. (2013). Prawo pacjenta do bezpieczeństwa – regulacje europejskie i polskie. *Państwo i Społeczeństwo*, 13 (1), s. 71–87.
- Prahalad C.K., Ramaswamy V. (2004). Co-creation experiences: The new practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18 (3), s. 5–14.
- Prakash B. (2010). Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3, s. 151–155.
- Prior L. (2003). Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health and Illness*, 25, s. 41–57.
- Procontent Communication (2012). Pacjenci w sieci. http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf.
- Putyło K. (2018). Tworzenie wartości dla pacjenta i dla podmiotu medycznego w usługach ochrony zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 530, s. 164–171.
- Pyplacz P., Skóra D., Mikos M. (2018). Jakość usług medycznych a satysfakcja pacjenta. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2 (55), s. 182–185.
- Radson D., Boyd A.H. (1997). The Pareto principle and rate analysis. *Quality Engineering*, 10 (2), s. 223–229.
- Ramsaran-Fowdar R.R. (2008). The relative importance of service dimensions in a health-care setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (1), s. 104–124.

- Raphael B., Emmerson B. (1991). Are patients clients or people? *The Medical Journal of Australia*, 154, s. 183–184.
- Reber A.S., Reber E.S. (2015). *Słownik psychologii*. Tłum. B. Janasiewicz-Kruszyńska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Reinartz W.J., Kumar V. (2000). On the profitability of long-life customers in a no contractual setting: An empirical investigation and implications for marketing. *Journal of Marketing*, 64 (4), s. 17–35.
- Reinartz W.J., Kumar V. (2002). The mismanagement of customer loyalty. *Harvard Business Review*, 80 (7), s. 86–94.
- Religioni U., Czerw A., Krajewska M., Krawczykowska K., Langer A. (2015). Metodyka badania satysfakcji pacjentów. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 410, s. 170–179.
- Resnicow K., Catley D., Goggin K., Hawley S., Williams G.C. (2022). Shared decision making in health care: Theoretical perspectives for why it works and for whom. *Medical Decision Making*, 42 (6), s. 755–764.
- Reykowski J., Owczynn timer O.W., Obuchowski K. (1985). *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Rider T., Malik M., Chevassut T. (2014). Haematology patients and the Internet: The use of on-line health information and the impact on the patient-doctor relationship. *Patient Education and Counseling*, 97 (2), s. 223–238.
- Rocha A., Costa A.S., Figueira J.R., Ferreira D.C., Marques, R.C. (2021). Quality assessment of the Portuguese public hospitals: A multiple criteria approach. *Omega*, 105, 102505.
- Rochaix L. (1989). Information asymmetry and search in the market for physicians' services. *Journal of Health Economics*, 8 (1), s. 53–84.
- Rogała A. (2020). Wyzwania realizacji koncepcji patient empowerment w kontekście kompetencji pacjentów. *e-mentor*, 3 (85), s. 41–49.
- Rogoziński K. (1993). *Usługi rynkowe*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Rogoziński K. (2000). *Nowy marketing usług*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Rogoziński K. (2006). *Zarządzanie relacjami w usługach*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Rogoziński K. (2012). *Zarządzanie wartościami z klientem*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Rogoziński K. (2023). *Nie tylko o usługach*. <https://usluga.edu.pl/asymetria-ii/>
- Romaniuk P., Brukała K. (2015). Ochrona zdrowia jako obowiązek państwa. Ewolucja polskiego ustroju konstytucyjnego w aspekcie przepisów dotyczących zdrowia. *Roczniki Nauk Społecznych*, 43 (1), s. 101–124.
- Rothschild M., Stiglitz J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*, 90 (4), s. 629–649.

- Rudawska I. (2005). Rola mass mediów w promocji zachowań sprzyjających zdrowiu. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (20), s. 239.
- Rudawska I. (2006). *Ekonomizacja relacji pacjent–usługodawca w opiece zdrowotnej*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Rudawska I. (2007). *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rudawska I. (2010). E-pacjent na rynku usług medycznych. *Marketing i Rynek*, 11, s. 8–15.
- Rudawska I. (2011). Ku rynkowi w opiece zdrowotnej. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*, 55, s. 131–138.
- Rudawska I. (2014). *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*. Warszawa: Wolters Kluwer SA.
- Rudawska I. (red.) (2009). *Usługi w gospodarce rynkowej*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Rudawska I., Sagan, A. (2006). Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS. *Problemy Zarządzania*, 2 (12), s. 80–91.
- Rudnicki L. (2012). *Zachowania konsumentów na rynku*. Warszawa: PWE.
- Rust R.T., Oliver R.L. (1994). Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier [w:] R.T. Rust, R.L. Oliver (red.). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Thousands Oaks: Sage Publications, s. 1–20.
- Rybarczyk-Szwajkowska A. (2016). Quality of healthcare services in the process of determining health priorities. *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*, 18, s. 41–48.
- Rzymiski P. (2001). A study of Internet use by doctors and patients in Poland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, s. 344–347.
- Sandmo A. (1999). Asymmetric information and public economics: The Mirrlees-Vickrey Nobel Prize. *Journal of Economic Perspectives*, 13 (1), 165–180.
- Sasser E., Olsen R.P., Wychoff D.D. (1978). *Management of Service Operations: Text and Cases*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Sbaffi L., Rowley J. (2017). Trust and Credibility in Web-Based Health Information: A Review and Agenda for Future Research. *Journal of Medical Internet Research*, 19 (6), e218.
- Schneider C. (1998). *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions*. Oxford: Oxford University Press, USA.
- Schneider W. (2000). *Kundenzufriedenheit. Strategie. Messung. Management*. Landsberg: Verlag Moderne Industrie.
- Schrank B., Sibitz I., Unger A., Amering M. (2010). How patients with schizophrenia use the Internet: qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 12 (5), e70.
- Schrijvers G. (2016). *Integrated Care. Better and Cheaper*. Amsterdam: Reed Business Information.

- Schulz P.J., Nakamoto K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90, s. 4–11.
- Seçkin G., Yeatts D., Hughes S., Hudson C., Bell V. (2016). Being an informed consumer of health information and assessment of electronic health literacy in a national sample of Internet users: Validity and reliability of the e-HLS instrument. *Journal of Medical Internet Research*, 18 (7), e161.
- Shortell S.M., Kaluzny A.D. (2001). *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Kraków: Fundacja Zdrowia Publicznego – Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius.
- Shum N. (1989). Patients and clients [letter]. *The Medical Journal of Australia*, 150, s. 167.
- Shum N. (2000). 'Patient' or 'Client'? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (3), s. 534.
- Silber D. (2003). *The case for e-health*. Brussels: European Institute of Public Administration.
- Singh A., Prasher, A. (2019). Measuring healthcare service quality from patients' perspective: Using fuzzy AHP application. *Total Quality Management and Business Excellence*, 30 (3–4), s. 284–300.
- Singh J.A., Sloan J.A., Atherton P.J., Smith T., Hack T.F., Kuschka M.M., Rummans T.A., Clark M.M., Diekmann B., Degner L.F. (2010). Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: A pooled analysis of studies using the Control Preferences Scale. *American Journal of Managed Care*, 16 (9), s. 688–696.
- Siuda P., Gomoliszek J. (2017). Słowem wstępu: Od protestu w sprawie polskich sądów do społecznej przestrzeni Internetu [w:] P. Siuda, J. Gomoliszek (red.). *Internet. Wybrane przykłady zastosowań i doświadczeń*. Gdańsk: Wydawnictwo Naukowe Katedra, s. 7–17.
- Siuda P., Pluta M. (2020). Doświadczenie zdrowia i choroby w dobie Internetu [w:] P. Siuda, M. Pluta (red.). *Internet, zdrowie i choroba – powiązania społeczne, kulturowe i edukacyjne*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 5–19.
- Sjöström A.E., Hörnsten A., Hajdarevic S., Emmoth A., Isaksson U. (2019). Primary health care nurses' experiences of consultations with Internet-informed patients: qualitative study. *JMIR Nursing*, 2, e14194.
- Skibińska M. (2021). Kompetencje informacyjne – przegląd tendencji rozwojowych koncepcji information literacy. *Przegląd Badań Edukacyjnych (Educational Studies Review)*, 34, s. 181–207.
- Skrzypek E. (2000). *Jakość i efektywność*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Słownik języka polskiego* (2021). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Smarżewska D. (2020). Rynek usług medycznych w Polsce. *Marketing i Rynek*, 11, s. 20–28.
- Smyczek S., Sowa I. (2005). *Konsument na rynku – zachowania, modele, aplikacje*. Warszawa: Difin.
- Sobczyk K., Wróblewski W., Holeccki T., Szałabska D. (2018). Ocena trafności prognoz map potrzeb zdrowotnych w kontekście zarządzania podażą wybranych usług w ochronie zdrowia. *Studia i Prace WNEIZ US*, 51 (3), s. 265–276.

- Sobierajski T. (2012). *Medyczni googlersi, czyli o komunikacji z nowym typem pacjenta*, cz. 1. *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*, 3, s. 27–28.
- Soboń M. (2013). Jakość informacji elektronicznej o lekach. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 34 (2), s. 131–146.
- Soboń M. (2018). Modern communication in the doctor–patient relationship – an educational aspect: needs and practice [w:] N. Grünwald, M. Zakrzewska (red.). *Proceedings of „11th ICEBE i 7th ICIE i PEESA III International conference on engineering and business education, innovation and entrepreneurship, and capacity building in higher education*. Series of the Robert-Schmidt-Institut Hochschule Wismar, s. 353–361.
- Soboń M. (2020). Użytkownik Internetu w obszarze informacji o zdrowiu – typologia postaw według modelu TAM [w:] K. Mazurek-Łopacińska, M. Sobocińska (red.). *Badania marketingowe w gospodarce cyfrowej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, s. 299–314.
- Soboń M. (2021). *Relacja lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe US.
- Sohal A., De Vass T., Vasquez T., Bamber G.J., Bartram T., Stanton P. (2022). Success factors for lean six sigma projects in healthcare. *Journal of Management Control*, 33, s. 215–240.
- Sommerhalder K., Abraham A., Zufferey M.C., Barth J., Abel T. (2009). Internet information and medical consultations: Experiences from patients’ and physicians’ perspectives. *Patient Education and Counseling*, 77, s. 266–271.
- Spence M. (1973). Job Market Signaling. *The Quarterly Journal of Economics*, 87 (3), s. 355–374.
- Spriggs M. (2005). *Autonomy and patients’ decisions*. Lanham, MD: Lexington Books.
- Stacey D., Légaré F., Lewis K., Barry M.J., Bennett C.L., Eden K.B., Holmes-Rovner M., Llewellyn-Thomas H., Lyddiatt A., Thomson R., Trevena L. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Systematic Review*, 1, CD001431.
- Stachura K. (2011). Towarzyskie aspekty interakcji w Internecie, czyli o uspołecznieniu przez zapośredniczenie. Internet jako paradoks [w:] M. Szpunar (red.). *Paradoksy internetu. Konteksty społeczno-kulturowe*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 105–115.
- Staempfli S., Lamarche K. (2020). Top ten: A model of dominating factors influencing job satisfaction of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 49, 100814.
- Stange K., Ferrer R. (2009). The paradox of primary care. *Annals of Family Medicine*, 7, s. 293–299.
- Stanton W. (1974). *Fundamentals of Marketing*. Tokyo: McGraw-Hill, Kogakusha.
- Starfield B., Shi L., Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83 (3), s. 457–502.
- Staszewski R., Kautsch M. (2015). Jakość w ochronie zdrowia [w:] M. Kautsch (red.). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer, s. 427–508.

- Stauss B. (1993). Using the Critical Incident Technique in Measuring and Managing Service Quality [w:] E.E. Scheuing, W.F. Christopher (red.). *The Service Quality Handbook*. New York: American Management Association, s. 408–427.
- Stauss B., Weinlich B. (1997). Process-Oriented Measurement of Service Quality: Applying the Sequential Incident Technique. *European Journal of Marketing*, 31 (1), s. 33–55.
- Steć A., Wołyniak M., Wdowiak L. (2007). Satysfakcja pacjentów z usług świadczonych przez wybrane niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88 (3), s. 272–276.
- Stefanowicz B. (2004). Informacja jako zasób strategiczny. *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*, 7, s. 11–21.
- Stefanowicz B. (2017). O analizie informacji. *Współczesne Problemy Zarządzania*, 2, s. 7–19.
- Stevenson F.A., Kerr C., Murray E., Nazareth I. (2007). Information from the Internet and the doctor-patient relationship: The patient perspective – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8, s. 47.
- Stiglitz J.E., Weiss A. (1981). Credit Rationing in Markets with Imperfect Information. *American Economic Review*, 71 (3), s. 393–410.
- Stiglitz J.E. (2004a). *Ekonomia sektora publicznego*. Tłum. R. Rapacki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stiglitz J.E. (2004b). Informacja i zmiana paradygmatu w ekonomii. *Gospodarka Narodowa*, 190 (3), s. 78–120.
- Stoeckle J.D. (red.) (1987). *Encounters between patients and doctors*. Cambridge Mass: MIT Press.
- Stoma M. (2012). *Modele i metody pomiaru jakości usług*. Lublin: Q&R Polska.
- Storbacka K., Strandvik T., Grönroos C. (1994). Managing customer relationships for profit: The dynamics of relationship quality. *International Journal of Service Industry Management*, 5 (5), s. 21–28.
- Styś A. (red.) (2003). *Marketing usług*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Suarez-Lledo V., Alvarez-Galvez J. (2021). Prevalence of health misinformation on social media: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23 (1), e17187.
- Suchecka J. (2016). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer SA.
- Suchecka J., Owczarek K. (2011). Wartość w sferze opieki zdrowotnej. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą* 55, s. 91–101.
- Sudoł S., Szymczak J., Haffer M. (2000). *Marketingowe testowanie produktów*. Warszawa: PWE.
- Sugiarto S., Octaviana V. (2021). Service Quality (SERVQUAL) Dimensions on Customer Satisfaction: Empirical Evidence from Bank Study. *Golden Ratio of Marketing and Applied Psychology of Business*, 1 (2), s. 93–106.
- Sun Y., Yu J., Chiu Y.L., Hsu Y.T. (2022). Can online health information sources really improve patient satisfaction? *Frontiers in Public Health*, 10, 940800.

- Sun Y., Zhang Y., Gwizdka J., Trace C.B. (2019). Consumer Evaluation of the Quality of On-line Health Information: Systematic Literature Review of Relevant Criteria and Indicators. *Journal of Medical Internet Research*, 21 (5), e12522.
- Suwarno B., Rizal S., Ginting N.C., Girsang E., Alamsyah B., Siregar, T.R. (2023). Analysis of Post-COVID-19 Hospital Service Quality: A Study Based on Patient Perceptions. *European Business & Management*, 9 (2), s. 22–31.
- Suzuki M., Yamamoto Y. (2021). Characterizing the influence of confirmation bias on web search behavior. *Frontiers in Psychology*, 12, 771948.
- Sewell C., Brown P.B. (1992). *Klient na całe życie*. Warszawa: Morrow and Company.
- Szalotka K. (2015). Strategie konkurowania na rynku ochrony zdrowia w Polsce – próba identyfikacji. *Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu*, 37, s. 93–105.
- Szczepanowska E., Fidler M. (2010). Internet jako medium o doniosłym wpływie na zdrowie człowieka u progu dorosłości. *Studia Periegetica*, 4, s. 195–228.
- Szeszycka I. (2000). Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. *Antidotum*, 12, s. 20–26.
- Szmigielska B., Wolski K., Jaszczak A. (2012). Modele wyjaśniające zachowania użytkowników Internetu. *e-mentor*, 3 (45), s. 17–24.
- 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*, 21 (2), s. 132–137.
- Sztompka P. (2020). *Słownik socjologiczny. 1000 pojęć*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Szumska M. (2016). Zachowania pacjenta w gabinecie medycznym i stomatologicznym. Cechy pacjenta i efekty, które buduje pacjent jako klient. *Medical Maestro Magazine*, 13, s. 1777–1924.
- Szychta P., Zieliński T., Rykała J., Kruk-Jeromin J. (2011). The Internet as a source of information for patients prior to rhinoplasty. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology*, 4 (3), s. 131–136.
- Szycman E., Boguszewicz-Kreft M. (2020). Postawy lekarzy wobec aktywności w mediach społecznościowych. *Zarządzanie Mediami*, 8 (1), s. 15–25.
- Szymczak J., Urbaniak M. (2006). Satysfakcja klienta jako wyznacznik działań przedsiębiorstw. *Marketing i Rynek*, 13 (12), s. 23–28.
- Szymczuk E., Zajchowska J., Dominik A., Makara-Studzinska M., Zwolak A., Daniluk, J. (2011). Media jako źródło wiedzy o zdrowiu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 17 (4), s. 165–168.
- Szymczyk D.M., Grela M., Horoch A., Smoleń A. (2015). Wykorzystanie Internetu jako źródła informacji o zdrowiu i chorobie w ocenie studentów uczelni lubelskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21 (2), 221.
- Światowy G. (2006). *Zachowania konsumentów*. Warszawa: PWE.

- Tan S.S., Goonawardene N. (2017). Internet health information seeking and the patient-physician relationship: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e9.
- Tanis M., Hartmann T., Te Poel F. (2016). Online health anxiety and consultation satisfaction: A quantitative exploratory study on their relations. *Patient education and counseling*, 99 (7), s. 122–232.
- Tariman J.D., Berry D.L., Cochrane B., Doorenbos A., Schepp K. (2010). Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: A systematic review. *Annals of Oncology*, 21 (6), s. 1145–1151.
- Taylor R., Mc Avoy B., O'Dowd T. (2003). *General Practice Medicine*. Amsterdam: Elsevier Science Limited.
- Teas R.K. (1994). Expectations: a comparison standard in measuring service quality: An assessment of a reassessment. *Journal of Marketing*, 58 (1), s. 132–139.
- Ten Have P. (1991). Talk and institution: A reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction [w:] D. Boden, D. Zimmerman (red.). *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press, s. 138–163.
- Tennant B., Stellefson M., Dodd V., Chaney B., Chaney D., Paige S., Alber J. (2015). eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 17 (3), e70.
- Thapa D.K., Visentin D.C., Kornhaber R., West S., Cleary M. (2021). The influence of online health information on health decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 104 (4), s. 770–784.
- Thi K., Huy T., Van C., Tuan P. (2020). The effects of service quality on international tourist satisfaction and loyalty: Insight from Vietnam. *International Journal of Data and Network Science*, 4 (2), s. 179–186.
- Thom D.H., Kravitz R.L., Bell R.A., Krupat E., Azari R. (2002). Patient trust in the physician: Relationship to patient requests. *Family Practice*, 19 (5), s. 476–483.
- TNS-OBOP (2008). Postawy Polaków wobec technologii teleinformatycznych w medycynie.
- Tomita H. (2016). *The Post-Mobile Society: From the Smart/Mobile to Second Offline*. London: Routledge.
- Tonsaker T., Bartlett G., Trpkov S. (2014). Health information on the Internet. Gold mine or minefield? *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*, 60, s. 407–408.
- Trela A. (2016). *Zarządzanie jakością w działalności leczniczej. Nowe wymagania systemów zarządzania – normy ISO i standardy akredytacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza i Praktyka.
- Trihastuti N., Putri S., Widjanarko B. (2020). The impact of asymmetric information in medical services: A study in progressive law. <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1058&context=balpapers>
- Trzcińska H. (2019). Satysfakcja pacjenta w wybranych aspektach oceny jakości usług medycznych. *Studia Ekonomiczne. Gospodarka, Społeczeństwo, Środowisko*, 1 (3), s. 119–136.

- Trzcińska H. (2020). Wybrane modele doskonałości jako przykład kształtowania jakości w placówkach medycznych. *Studia Ekonomiczne. Gospodarka – Społeczeństwo – Środowisko*, 1 (5), s. 85–107.
- Trzcińska H. (2022). Zarządzanie jakością usług w jednostkach sektora ochrony zdrowia w dobie pandemii w opinii klientów – główne problemy, rekomendacje. *Studia Ekonomiczne. Gospodarka – Społeczeństwo – Środowisko*, 1 (9), s. 38–56.
- Tucker J.L., Adams S.R. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: An integrative model of patients' evaluations of their care. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11 (4), s. 272–287.
- Twarowski A. (2024). *Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta. Komentarz*. <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze/ustawa-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwo-pacjenta-587954747>
- Tyson T.R. (2000). The Internet: tomorrow's portal to non-traditional health care services. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 23, s. 1–7.
- UE (2023). Digital Decade Country Report 2023: Poland, file:///C:/Users/masob/Downloads/Poland_p9A0jlZyq25jI6F0PMITWcnF4I_98661.pdf
- Ulanowska A. (2012). Umowa o świadczenie usług medycznych – zagadnienia wybrane. *Przegląd Sądowy*, 3, s. 58–70.
- Ulatowska-Szostak E., Marcinkowski J.T., Gromadecka-Sutkiewicz M., Krzywińska-Więwiórowska M., Stawińska-Witoszyńska B. (2009). Badania nad Internetem jako źródłem informacji o chorobie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90 (2), s. 246–253.
- Urban W. (2013). *Jakość usług w perspektywie klientów i organizacji*. Białystok: Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. z 2023 r. poz. 991.
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej Dz.U. z 2022 r. poz. 2527.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. z 2009 r. nr 52 poz. 417.
- Valero-Aguilera B., Bermúdez-Tamayo C., García-Gutiérrez J.F., Jiménez-Pernett J., Cózar-Olmo J.M., Guerrero-Tejada R., Alba-Ruiz R. (2014). Information needs and Internet use in urological and breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 22, s. 545–552.
- van de Belt T.H., Engelen L.J.L.P.G., Berben S.A.A., Teerenstra S., Samsom M, Schoonhoven L. (2013). Internet and social media for health-related information and communication in health care: Preferences of the Dutch general population. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (10), e:220.
- van de Poll-Franse L.V., van Eenbergen M.C. (2008). Internet use by cancer survivors: Current use and future wishes. *Supportive Care in Cancer*, 16, s. 1189–1195.
- van Deursen A., Helsper E.J. (2015). A nuanced understanding of Internet use and non-use among the elderly. *European Journal of Communication*, 30 (2), s. 171–187.

- Van Dyke T.P., Prybutok V.R., Kappelman L.A. (1999). Cautions on the Use of the SERVQUAL Measure to Assess the Quality of Information System Services. *Decision Sciences*, 30 (3), s. 1–9.
- Van Ossel G. (1998). Measuring Customer Satisfaction [w:] B. Van Looy, R. Van Dierdonck, P. Gemmel (red.). *Services Management. An Integrated Approach*. Lanham, MD: Pitman Publishing, s. 126.
- van Riel N., Auwerx K., Debbaut P., Hees S.V., Schoenmakers B. (2017). The effect of Dr Google on doctor–patient encounters in primary care: A quantitative, observational, cross-sectional study. *BJGP Open*, 1 (2).
- Vargo S.L., Lusch R.F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68 (1), s. 1–17.
- Vijayvargy L. (2014). Measuring service quality using SERVQUAL: A case of restaurant chain. *International Journal of Management and Innovation*, 6 (2), s. 60–72.
- Vuori H. (1987). Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13, s. 106–108.
- Waitzkin, H., Stoeckle, J.D. (1976). Information Control and the Micropolitics of Health Care [w:] J.D. Stoeckle (red.). *Encounters between Patients and Doctors: An Anthology*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Wang J., Ashvetiya T., Quaye E., Parakh K., Martin S.S. (2018). Online health searches and their perceived effects on patients and patient–clinician relationships: A systematic review. *The American Journal of Medicine*, 131 (10), 1250–e1.
- Warning A.M. (1997). Rola Światowej Organizacji Zdrowia w zapewnianiu jakości świadczeń medycznych, *Antidotum*, 3.
- Waszkiewicz A., Białecka B. (2012). Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie (Politechnika Śląska)*, 63a, s. 259–273.
- Waśniewski J., Strumiłło J., Szawłowska R. (2022). *Projektowanie działalności podmiotów leczniczych: w kierunku organizacji procesowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Wawak S., Trąbka G. (2024). *Encyklopedia zarządzania*. <https://mfiles.pl/pl/index.php?title=Jako%C5%9B%C4%87&action=history>
- Wawrzyniak A., Horst-Sikorska W. (2008). Motywacja pacjenta a przestrzeganie zasad terapii w chorobach przewlekłych. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2 (6), s. 420–423.
- Wdowiak L., Kapka L. (2012). Samoleczenie a zdrowie publiczne [w:] K. Krajewski-Siuda (red.). *Samoleczenie*. Warszawa: Instytut Sobieskiego, s. 13–25.
- West S., Kornhaber R., Visentin D.C., Thapa D.K., Cleary M. (2020). The role of the health professional supporting consumers who use ‘Dr Google’. *Journal of Advanced Nursing*, 10 (9), s. 2217–2219.
- WHO (1989). Quality Ace in Health Care, I, s. 79–95.

- WHO (2013). A universal truth: no health without a workforce. Forum Report. Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/ghwn/ghwa/ghwa_auniversaltruthreport.pdf
- WHO (2018). *Handbook for national quality policy and strategy – A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Regionalne Biuro WHO dla Europy (2021). Europejski program prac na lata 2020–2025. Wspólne działania na rzecz lepszego zdrowia. Kopenhaga.
- WHO Regional Office for Europe (2022). Primary health care: making our commitments happen. Realizing the potential of primary health care: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2024). https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- WHO, OECD, and The World Bank (2018). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage.
- Wieraszka A., Strzelczyk A. (2024). *Encyklopedia zarządzania*. https://mfiles.pl/pl/index.php/Asymetria_informacji
- Wiercińska A. (2012). Specyfika rynku usług zdrowotnych. *Zarządzanie i Finanse*, 2 (2), s. 165–176.
- Wierzińska-Karakuła S., Binkowska-Bury M., Burzyńska J., Januszewicz P. (2015). Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków*, 13 (1), s. 19–30.
- Wiklińska M., Kuźmińska A. (2011). Czynniki wpływające na satysfakcję pacjenta. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą/Studies & Proceedings Polish Association for Knowledge Management*, 55, s. 265–277.
- Wilkin J. (2016). *Instytucjonalne i kulturowe podstawy gospodarowania. Humanistyczna perspektywa ekonomii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Williams, G., Popay, J. (1994). Lay knowledge and the privilege of experience [w:] J. Gabe, D. Kelleher, G. Williams (red.). *Challenging Medicine*. London: Routledge.
- Williamson O.E. (1996). *The Mechanisms of Governance*. Oxford University Press.
- Wing P. (1997). Patient or client? If in doubt, ask. *Canadian Medical Association Journal*, 157, s. 287–289.
- Winnicki M., Basiński K., Szyndler A., Chrostowska M., Narkiewicz K. (2016). Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych i jakość współpracy lekarz–pacjent? *Choroby Serca i Naczyni*, 13 (3), s. 194–202.
- Wise T. (1996). Związek lekarz–pacjent [w:] J.M. Wiemer (red.). *Medycyna behawioralna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Wiśniewska M.Z. (2021). *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*. Radom: Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”.

- Włodarczyk C., Poździoch S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wójcik J. (2018). *Lekarz: zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Katowice: Oficyna Wydawnicza Waław Walasek.
- Wojtecka A., Wojnarowska M., Zarzeczna-Baran M. (2016). Wykorzystanie Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Przegląd wybranych badań na świecie. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 46, s. 107–113.
- Wolniak R. (2010). Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych. *Współczesne Zarządzanie. Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu*, 2, s. 128–140.
- Wolniak R., Skotnicka-Zasadzień B. (2008). *Wybrane metody badania satysfakcji klienta i oceny dostawców w organizacjach*. Gliwice: Wydawnictwo Politechniki Śląskiej.
- Wong D.K.K., Cheung M.K. (2019). Online health information seeking and eHealth literacy among patients attending a primary care clinic in Hong Kong: A cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, 21 (3), e10831.
- Wyród-Wróbel J., Biesok G. (2011). Satysfakcja – kryterium wpływające na decyzje konsumenta [w:] P. Ucieklak-Jeż (red.). *Społeczne aspekty gospodarki rynkowej: Nowe wyzwania ekonomiczne, społeczne, demograficzne i prawne*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, s. 291–311.
- Wyrzykowska M. (2007). Ocena opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 1, s. 3–10.
- Yanus T.A., Aknıpar A.T., Emre I.S. (2016). The effects of quality management system on patient safety culture in Hospitals Research. *Journal of Politics, Economics and Management*, 4 (2), s. 241–242.
- Yarmak V., Rollnik-Sadowska, E. (2022). Evaluation of the healthcare service quality-implementation of SERVQUAL method. *Marketing i Rynek*, 29 (10), s. 19–32.
- Yasin Y.M., Kerr M.S., Wong C.A., Bélanger C.H. (2020). Factors affecting nurses' job satisfaction in rural and urban acute care settings: A PRISMA systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (4), s. 963–979.
- Yigzaw K.Y., Wynn R., Marco-Ruiz L., Budrionis A., Oyeyemi S.O., Fagerlund A.J., Bellika J.G. (2020). The Association Between Health Information Seeking on the Internet and Physician Visits (The Seventh Tromsø Study – Part 4): Population-Based Questionnaire Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (3), e13120.
- Young G.J., Meterko M., Desai K.R. (2000). Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. *Medical Care*, 38 (3), s. 325–334.
- Zaid A.A., Arqawi S.M., Mwais R.M.A., Al Shobaki M.J., Abu-Naser S.S. (2020). The impact of total quality management and perceived service quality on patient satisfaction and behavior intention in Palestinian healthcare organizations. *Technology Reports of Kansai University*, 62 (03), s. 221–232.
- Zajonc R.B., Markus H. (1982). Affective and cognitive factors in preferences. *Journal of Consumer Research*, 9, s. 123–131.

- Zdun-Ryżewska A., Tartas M., Majkowicz M., Walkiewicz M., Basiński K. (2016). Eskulap na „czarnej liście”. Zjawisko oceniania lekarzy w internetowych rankingach. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 10 (5), s. 272–278.
- Zeithaml V.A., Berry L.L., Parasuraman A. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, 52 (2), s. 35–48.
- Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L., (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.
- Zeller P., Kapała W. (2004). Miejsce klienta w procesie oceny jakości usług medycznych. *Problemy Jakości*, 1, s. 11–15.
- Zgliczyński W.S. (2018). System ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia. *Studia BAS*, 4, s. 9–46.
- Ziebland S., Chapple A., Dumelow C., Evans J., Prinjha S., Rosmovits L. (2004). How the Internet affects patients' experience of cancer: A qualitative study. *British Medical Journal*, 328 (7439), s. 564–569.
- Żok A. (2012). Jak pacjent stał się klientem – analiza problemu samoleczenia na gruncie współczesnego społeczeństwa Polski [w:] K. Krajewski-Siuda (red.). *Samoleczenie*. Warszawa: Instytut Sobieskiego, s. 157–162.

Spis rysunków i tabel

Rysunek 1.1. Model relacji popytu do podaży w opiece zdrowotnej	22
Rysunek 1.2. Lekarze spędzający wystarczająco dużo czasu z pacjentem podczas konsultacji wg opinii pacjentów	49
Rysunek 1.3. Lekarz udzielający łatwych do zrozumienia wyjaśnień wg opinii pacjentów	49
Rysunek 1.4. Lekarze włączający pacjenta w decyzje dotyczące opieki i leczenia wg opinii pacjentów	50
Rysunek 2.1. Korzystanie przez Polaków z Internetu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	51
Rysunek 2.2. Wielkość rynku cyfrowego zdrowia na świecie (w mld USD)	54
Rysunek 2.3. Zastosowania Internetu związane ze zdrowiem	56
Rysunek 2.4. Wskaźnik dostępu i wymiany danych zdrowotnych w krajach OECD w 2022 r.	61
Rysunek 2.5. Poszukiwanie w Internecie informacji o zdrowiu w wybranych krajach Europy w 2023 r.	62
Rysunek 2.6. Wykorzystywanie Internetu w obszarze informacji o zdrowiu w 2022 r.	63
Rysunek 2.7. Popularność wyszukiwania w Internecie tematu „zdrowie” vs. „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy” i „wybory” w Polsce w latach 2004–2024	66
Rysunek 3.1. Model jakości Christiana Grönroosa	80
Rysunek 3.2. Model jakości usług GAP wg Parasuramana, Zeithaml i Berry’ego	83
Rysunek 3.3. Trend wzrostu liczby opublikowanych artykułów na temat jakości usług opieki zdrowotnej w latach 2012–2021	85
Rysunek 3.4. Proces kształtowania postrzeganej jakości usług	95
Rysunek 3.5. Wynik postrzegania przez klientów realizacji usługi i konsekwencje dla świadczeniodawcy	96
Rysunek 4.1. Model satysfakcji oparty na jakości	101
Rysunek 4.2. Reakcje pacjentów POZ na brak zadowolenia	104
Rysunek 4.3. Ogólne zadowolenie z opieki zdrowotnej w Polsce	106

Rysunek 4.4. Zależności pomiędzy fundamentalnymi kategoriami w relacji lekarz–pacjent	110
Rysunek 4.5. Najważniejsze kryteria w ocenie satysfakcji z usług zdrowotnych	111
Rysunek 4.6. Najczęściej stosowane kryteria w ocenie satysfakcji pacjenta.....	115
Rysunek 4.7. Podsumowanie kroków zastosowanych przy opracowywaniu skali jakości usług.....	123
Rysunek 4.8. Model jakości usług Servqual.....	125
Rysunek 4.9. Ważność wymiarów jakości w metodzie Servqual	127
Rysunek 4.10. Teorie stosowane w jakości usług opieki zdrowotnej.....	128
Rysunek 5.1. Podstawowe elementy systemu opieki zdrowotnej w Polsce.....	132
Rysunek 5.2. Etapy procesu badawczego.....	143
Rysunek 5.3. Model koncepcyjny badania	144
Rysunek 6.1. Oczekiwana jakość usług POZ.....	159
Rysunek 6.2. Ocena wymiarów jakości oczekiwanej przez pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w placówce POZ	159
Rysunek 6.3. Otrzymana jakość usług POZ.....	165
Rysunek 6.4. Ocena wymiarów jakości otrzymanej przez pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w placówce POZ	166
Rysunek 6.5. Postrzegana jakość usług POZ.....	167
Rysunek 6.6. Ocena wymiarów jakości postrzeganej przez pacjentów korzystających i niekorzystających z Internetu przed wizytą w placówce POZ	168
Rysunek 6.7. Model zależności między korzystaniem z Internetu jako źródłem informacji o zdrowiu a postrzeganą jakością usług POZ.....	174
Tabela 1.1. Konotacje medycyny i opieki zdrowotnej jako daru i towaru.....	16
Tabela 1.2. Zestawienie cech wspólnych usług i usług medycznych	17
Tabela 1.3. Zestawienie cech charakterystycznych wyłącznie usług medycznych.....	18
Tabela 1.4. Rynek doskonałej konkurencji a niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych.....	23
Tabela 1.5. Zachowania konsumenckie w ochronie zdrowia w zależności od rodzaju świadczenia	31
Tabela 1.6. Charakterystyka segmentów populacji według priorytetów zdrowotnych	34
Tabela 1.7. Najważniejsze zmienne reprezentujące kluczowe cechy relacji – adaptacja na potrzeby relacji lekarz–pacjent.....	38
Tabela 1.8. Kategorie więzi w relacji lekarz–pacjent.....	40

Tabela 1.9. Charakterystyka wartości dla pacjenta i podmiotu medycznego	42
Tabela 1.10. Wymiana wartości między pacjentem i podmiotem medycznym	43
Tabela 2.1. Kategorie zdrowia cyfrowego wraz z przykładami zastosowań.....	53
Tabela 2.2. Korzyści z wdrażania rozwiązań zdrowia cyfrowego	56
Tabela 2.3. Profil społeczno-ekonomiczny użytkowników Internetu do celów związanych ze zdrowiem	58
Tabela 2.4. Charakterystyka informacji medycznych na różnych platformach internetowych	63
Tabela 2.5. Czołowe serwisy o zdrowiu w styczniu 2024 r.	65
Tabela 2.6. Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach – analiza SWOT	67
Tabela 2.7. Wpływ wyszukiwanych informacji o zdrowiu na decyzje medyczne	72
Tabela 3.1. Wybrane definicje jakości.....	78
Tabela 3.2. Wymiary jakości w opiece zdrowotnej w definicjach XX w.	89
Tabela 4.1. Wybrane poprzedniki (czynniki) satysfakcji	99
Tabela 4.2. Wybrane następniki (efekty) satysfakcji występujące w modelach	101
Tabela 4.3. Poziomy satysfakcji pacjenta	103
Tabela 4.4. Zadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce.....	107
Tabela 4.5. Metodologiczne aspekty ankietowych badań satysfakcji klientów.....	114
Tabela 4.6. Etapy działania w metodzie zdarzeń krytycznych (CIT).....	116
Tabela 4.7. Etapy wdrażania koncepcji Six Sigma w organizacji rynkowej.....	119
Tabela 4.8. Procedura analizy Pareto	121
Tabela 4.9. Twierdzenia kwestionariusza Servqual	125
Tabela 5.1. Atrybuty wymiarów Servqual w usłudze podstawowej opieki zdrowotnej	145
Tabela 5.2. Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu badawczym	148
Tabela 5.3. Liczebności pacjentów w próbie według lokalizacji	150
Tabela 5.4. Charakterystyka badanej próby – pacjenci POZ	151
Tabela 5.5. Rzetelność skali pomiarowej.....	152
Tabela 6.1. Usługa oczekiwana przez pacjentów POZ.....	154
Tabela 6.2. Usługa otrzymana przez pacjentów POZ.....	161
Tabela 6.3. Zależności między częstotliwością korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu a postrzeganą jakością usług POZ.....	169
Tabela 6.4. Zależności między korzystaniem z Internetu jako źródłem informacji o zdrowiu przed wizytą u lekarza a postrzeganą jakością usług POZ.....	170
Tabela 6.5. Zależności między cechami charakteryzującymi pacjentów a postrzeganą jakością usług POZ.....	172

Streszczenie

Jakość jest priorytetem w opiece zdrowotnej. Jej znaczenie wciąż rośnie w konsekwencji postępującej standaryzacji, przybierającej na znaczeniu indywidualizacji podejścia do pacjenta, wzrostu wymagań, a także w kontekście efektywności podmiotów i systemu.

Ponieważ w systemach ochrony zdrowia na całym świecie szczególną rolę odgrywa podstawowa opieka zdrowotna, jej jakość i płynąca zeń satysfakcja pacjenta, dlatego jest to kwestia wyjątkowo istotna. Szansą na ustalenie opinii pacjentów o oferowanych usługach są badania jakości postrzeganej i satysfakcji, których rola wyraźnie wzrasta w kontekście uznania konsumenckiego obszaru jakości za istotny element procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Wymagania stawiane opiece zdrowotnej przez będącego w centrum zainteresowania pacjenta są efektem oddziaływania różnorodnych zmiennych. Szczególną rolę odgrywa tu Internet, który przede wszystkim umożliwia dostęp do informacji. Ponieważ jego popularyzacja i wykorzystanie w zdrowiu to jednocześnie szanse i wyzwania dla całego systemu, niniejsze opracowanie jest próbą oceny jakości usług POZ z punktu widzenia pacjenta w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu. U podstaw koncepcji leży założenie, iż satysfakcja wynika z jakości postrzeganej, bo tylko ta ma znaczenie z punktu widzenia klienta.

Celem opracowania jest wykazanie, czy korzystanie przez pacjentów z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu ma znaczenie z punktu widzenia postrzeganej jakości usług POZ. Z założenia aktywność nastawiona na pozyskiwanie informacji i wiedzy powinna bowiem wywoływać rozbieżności między oczekiwaną i otrzymaną usługą.

Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem autorskiej adaptacji kwestionariusza Servqual wśród korzystających i niekorzystających z Internetu świadczeniobiorców POZ w województwie zachodniopomorskim. Mimo że oceny jakości oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej znacząco różniły się między grupami na niekorzyść tej drugiej, zależność jakości postrzeganej od wykorzystania Internetu okazała się słaba. Jest ona widoczna przede wszystkim w wymiarze empatii oraz u pacjentów nieusatysfakcjonowanych jakością usług POZ. W wyniku korzystania z internetowej informacji o zdrowiu niska ocena usług pogłębia się, a dobra nie ulega istotnej zmianie. Placówki POZ muszą więc zadbać o poprawę wszystkich obszarów jakości ze szczególnym uwzględnieniem empatii, bo wiedza z Internetu kształtuje wymagania i sposób patrzenia na usługi, a te z kolei na jakość postrzeganą i satysfakcję pacjenta.

Słowa kluczowe

POZ, jakość, satysfakcja, Servqual, Internet, e-informacja o zdrowiu

Summary

Quality is a priority in healthcare. Its importance has been constantly growing as a consequence of the increasing standardization, the individualization of the approach to the patient and requirements, as well as in the context of the effectiveness of entities and the system.

As primary care plays a special role in healthcare systems around the world, its quality and the resulting patient satisfaction are extremely important. An opportunity to determine patients' opinions about the services offered are perceived quality and satisfaction studies, the role of which is clearly increasing in the context of recognizing the consumer area of quality issue as an important element of the process of providing healthcare services.

The requirements placed on healthcare by the patient, who is in the spotlight, are the result of the impact of various variables. The Internet plays a special role here, primarily enabling access to information. Since its popularization and use in health has been both opportunity and challenge for the entire system, this study is an attempt to assess the quality of primary healthcare services from the patient's perspective in terms of access to online health information. The concept is based on the assumption that satisfaction results from perceived quality, because only this is important from the customer's perspective.

The aim of the study is to demonstrate whether patients' use of the Internet as a source of health information is significant from the point of view of the perceived quality of primary healthcare services. In principle, activity aimed at obtaining information and knowledge should cause discrepancies between the expected and received service.

The study was conducted based on an original adaptation of the Servqual questionnaire among primary healthcare beneficiaries in the West Pomeranian Voivodeship, who use and do not use the Internet. Although the assessments of expected, received and perceived quality differed significantly between the groups, the relationship between perceived quality and Internet use turned out to be weak. It is observable primarily in the area of empathy and among patients who are dissatisfied with the quality of primary healthcare services. As a result of using Internet health information, the low service perceived quality deepens, while the good does not significantly change. Primary health care providers must therefore ensure the improvement of all areas of quality, with particular emphasis on empathy, because knowledge from the Internet shapes the requirements and way of seeing services, and these in turn shape the perceived quality and patient satisfaction.

Keywords

primary health care, quality, satisfaction, Servqual, Internet, health e-information

Magdalena Soboń – doktor nauk ekonomicznych, adiunkt Uniwersytetu Szczecińskiego; jej zainteresowania naukowe obejmują m.in. szerokie spektrum tematów związanych z wykorzystaniem ICT w obszarze zdrowia i usług zdrowotnych w tym wpływu Internetu na funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia oraz relacji lekarz-pacjent.

Ponieważ we współczesnym sektorze ochrony zdrowia, opartym na rynkowych zasadach, na konkurencyjności, podstawowa opieka zdrowotna odgrywa szczególną rolę, satysfakcja pacjenta POZ staje się kwestią wyjątkowo ważną. Wiodącym jej elementem jest jakość oferowanych usług, pojmowana jako działanie mające na celu spełnienie oczekiwań i wymagań pacjenta. W okolicznościach, w których Internet zmienia sposób, w jaki praktykuje się medycynę, pilną kwestią staje się więc rozpoznanie kształtowania satysfakcji przez to elektroniczne medium.

Książka jest próbą uchwycenia wpływu wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu na satysfakcję pacjentów POZ i propozycją sposobu oceny tej satysfakcji. Opisane tu badania świadczeniobiorców korzystających i niekorzystających w tym celu z Internetu prezentują poszczególne wymiary jakości (oczekiwanej, otrzymanej i postrzeganej) świadczeń POZ jako wielkości opisujących poziom satysfakcji pacjentów. Zestawienie danych o wystąpieniu satysfakcji lub nie z korzystaniem z sieci przed wizytą u lekarza oraz częstotliwością wykorzystania Internetu do celów informacji o zdrowiu pozwoliło ustalić zależności między zmiennymi.

Adresatami monografii są pracownicy ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy POZ i osób prowadzących tego typu placówki, studenci medycyny i kierunków powiązanych z ochroną zdrowia, naukowcy zajmujący się ekonomiką ochrony zdrowia.