**INFORMACJA PRASOWA**

Warszawa, 15 października 2015 r.

**Jak badać satysfakcję pacjentów z usług medycznych?**

**Propozycja przeprowadzania cyklicznych badań satysfakcji pacjentów pomoże w ocenie jakości świadczonych w Polsce usług medycznych. Ale specjalny formularz, który ma temu służyć nie ułatwi tej oceny. Dlatego trzeba go zmodyfikować – uważa Konfederacja Lewiatan, oceniając projekt programu monitorowania satysfakcji pacjenta z udzielanych świadczeń, przygotowany przez NFZ.**

- W pierwszej kolejności należałoby się zastanowić nad skróceniem formularza. Przygotowany dokument obejmuje 6 stron, co już samo może wzbudzać niechęć do jego wypełnienia. Należy również zastanowić się, które faktycznie informacje dadzą nam odpowiedź na pytanie o satysfakcję z udzielanych świadczeń – mówi dr Dobrawa Biadun, ekspertka Konfederacji Lewiatan.

Pierwsze osiem pytań ma charakter bardziej statystyczny i w żadnej mierze nie przybliży nas do odpowiedzi na powyższe zagadnienie. A takie badania można zlecić do wykonania ośrodkowi badań na grupie reprezentatywnej, co będzie miało bardziej miarodajny charakter.

Wątpliwości budzi pytanie dotyczące „nazwy i danych adresowych świadczeniodawców”. Czy ich podawanie faktycznie ma na celu ogólne badanie satysfakcji pacjenta POZ czy też wskazuje na kontrolny charakter badania konkretnej placówki. W przypadku tak skonstruowanej ankiety wydaje się, że badanie satysfakcji pacjenta POZ poprzez wskazanie miejscowości (województwa) udzielania świadczenia wydaje się być informacją wystarczającą.

W innym przypadku należałoby wprowadzić obowiązek przekazania tych informacji placówce. Nie chodzi o to, aby placówkę ukarać, ale aby przesłać do niej konkretne uwagi dotyczące jej funkcjonowania. Ankieta ma być anonimowa, więc daje możliwość uzyskania szczerej oceny. A tylko takie mogą zmienić na lepsze funkcjonowanie placówki.

W przypadku pytania o ocenę dostępnoścido rejestracji telefonicznej (łatwości dodzwonienia się) wątpliwości budzi, co należy rozumieć przez „łatwość”. Wiadomo, iż największe „oblężenie” przychodnie przeżywają w godzinach porannych, gdzie mogą wystąpić problemy z dodzwonieniem się (przeciążenie linii telefonicznych) natomiast w godzinach popołudniowych nie występują tego typu problemy. Stąd zasadnym w naszej ocenie jest uzupełnienie ankiety o podanie zakresów godzinowych.

Odnosząc się do pytania o ocenę dostępności do badań powstają wątpliwości, czy chodzi tutaj o możliwość wykonania badań w określonych dniach, godzinach czy liczbę badań wydawanych przez lekarza (jeżeli tak to powinno się zbadać słuszność wykonania takich badań – o zleceniu badań decyduje lekarz na podstawie przesłanek medycznych,
a nie pacjent na podstawie własnych życzeń bądź np. życzeń lekarzy z gabinetów prywatnych).

W przypadku pytania dotyczącego oceny dostępności do uzyskania skierowania do lekarza specjalisty należy wskazać, że podobnie jak w przypadku dostępności do badań o wystawieniu skierowania do lekarza specjalisty decyduje lekarz POZ a nie pacjent.
Czy w przypadku gdy pacjent chce uzyskać skierowanie do specjalisty bez przesłanek medycznych i spotka się z odmową lekarza - świadczeniobiorca ma wystawić ocenę negatywną?

Wątpliwości budzi również pytanie o sposób udzielania informacji o prawach pacjenta. W przypadku tak postawionego pytania należałoby doprecyzować, kto i w jakiej sytuacji udzielał informacji o prawach pacjenta. Pytanie bardziej powinno brzmieć czy w placówce są udostępnione informacje o prawach pacjenta, do czego placówka jest zobowiązana.

- W naszej ocenie, tak skonstruowany formularz w żaden sposób nie odpowie na pytania dotyczące faktycznej, obiektywnej „satysfakcji” z udzielonych świadczeń i nie pomoże w ocenie jakości udzielanych w Polsce świadczeń zdrowotnych – dodaje Dobrawa Biadun.

 **Konfederacja Lewiatan**