



POLITECHNIKA POZNAŃSKA
WYDZIAŁ INŻYNIERII ZARZĄDZANIA

Rozprawa doktorska

Zintegrowany model zarządzania gabinetem stomatologicznym

An integrated model for dental practice management

mgr Adrian Majewski

Promotor: Prof. dr hab. Agnieszka Merkisz-Guranowska

Promotor pomocniczy: Dr inż. Paweł Daszkiewicz

Poznań 2024

PODZIĘKOWANIA

Pragnę wyrazić serdeczne podziękowania Pani prof. dr hab. Agnieszce Merkisz-Guranowskiej za nieocenioną pomoc udzieloną w trakcie przygotowywania rozprawy doktorskiej, okazane zaangażowanie, wnikliwe uwagi oraz krytyczne spojrzenie na tematykę badawczą.

Dziękuję Panu dr inż. Pawłowi Daszkiewiczowi za okazaną życzliwość, pomoc w analizach badawczych, konsultacje i liczne dyskusje, które podtrzymywały moją motywację do działania.

W szczególności dziękuję Pani prof. dr hab. inż. Agnieszce Stachowiak, Pani prof. dr hab. Hannie Włodarkiewicz-Klimek i Pani prof. dr hab. inż. Joannie Kołakowskiej za cenne uwagi i sugestie, które wpłynęły na ostateczny kształt tej pracy.

Serdeczne podziękowania kieruję do Pana Mariusza Obody, za umożliwienie mi prowadzenia badań w środowisku stomatologicznym, podpowiedzi i interdyscyplinarne inspiracje. Dziękuję również Pani Marcie Nowojewskiej-Fosse za konsultacje z zakresu psychologii relacji lekarza dentysty z pacjentem oraz pomoc w realizacji badań.

Podziękowania należą się także mojej Rodzinie. Mojej Żonie Marlenie za ponadprzeciętną cierpliwość do mnie podczas pisania pracy doktorskiej, nieustające wsparcie i szczerzy feedback, Córkom Wiktorii i Zosi za czas, który pozwoliły mi przeznaczyć na realizację własnych celów oraz mojej Mamie Halinie za wiarę w moje możliwości.

Adrian Majewski

STRESZCZENIE

Rozprawa dotyczy opracowania modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym w obszarze obsługi pacjenta, który pozwala na efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów przy uwzględnieniu wpływu czynników pozamedycznych na decyzje pacjenta. Wykonano przegląd literatury w odniesieniu do kontekstu zarządzania w usługach stomatologicznych. Odniesiono się do popularnego na rynku, liniowego modelu funkcjonowania gabinetu stomatologicznego, w którym zarządzanie skoncentrowane jest na pozyskiwaniu nowych pacjentów, przy jednoczesnym wykonywaniu leczenia jedynie w zakresie, który sami zgłaszają. Zaobserwowano istniejącą potrzebę zbudowania modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym, który prowadzi do zmiany efektywności funkcjonowania i uwzględnia oczekiwania pacjentów dotyczące zapewnienia profesjonalnej obsługi.

Na podstawie konsultacji przeprowadzonych z dentystami i osobami zarządzającymi gabinetami stomatologicznymi wybrano kluczowe czynniki pozamedyczne, które zaprezentowano w podziale na obszary: techniczno-organizacyjny, finansowy oraz interpersonalny. Zrealizowano sondaż diagnostyczny celem zbadania stopnia istotności tych czynników dla pięciu grup: pacjentów, lekarzy dentystów, higienistów, zarządzających i pozostałych pracowników zespołów stomatologicznych. Zaprezentowano wyniki, wskazując na różnice i podobieństwa w wartościowaniu przez badane grupy, czynników wpływających na decyzje pacjentów o wyborze gabinetu stomatologicznego, rezygnacji z usług oraz leczeniu w zakresie szerszym niż pierwotna potrzeba.

Zaobserwowano, że zarządzanie gabinetami stomatologicznymi realizowane jest intuicyjnie z pominięciem monitorowania prowadzonej działalności. Towarzyszący temu zjawisku niedobór mierników do pomiaru efektywności funkcjonowania powoduje, że w procesie zarządzania powszechnie stosowane są jedynie informacje finansowe takie jak przychód i zysk. Zaproponowano autorskie wskaźniki do oceny poziomów działania gabinetu stomatologicznego. Na podstawie rzeczywistych danych liczbowych i finansowych, obliczono średnie wartości tych wskaźników. Wykonano obserwacje uczestniczące, podczas których oceniano przebieg wizyt pacjenta pierwszorazowego w gabinecie stomatologicznym, widzianych z jego perspektywy. Zaprezentowano średnie ocen przyznanych na każdym etapie wizyty.

Przedstawione w pracy rezultaty badań stanowiły podstawę do opracowania modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym w obszarze obsługi pacjenta, który uwzględnia oddziaływanie czynników pozamedycznych na dokonywane wybory pacjentów i pozwala wpływać na efektywność działania gabinetu, a w konsekwencji na jego wynik finansowy. Wskazano, które z czynników są istotne dla budowania przewagi gabinetu na rynku usług medycznych. Opracowano praktyczne rekomendacje dla osób zarządzających gabinetami w zakresie oceny i interpretacji parametrów działania poszczególnych gabinetów stomatologicznych oraz przedstawiono kierunki dalszych badań.

Słowa kluczowe: zarządzanie zasobami, efektywność placówki medycznej, czynniki pozamedyczne w stomatologii, model zarządzania gabinetem, komunikacja z pacjentem

SUMMARY

The following PhD thesis relates to creation of a model of dental office management in the area of patient service that allows efficient use of available resources while considering the influence of nonmedical factors on patient's decisions. A literature overview was performed on the topic of management, in the context of management in dental services. The reference was made to the commonly used linear model of dental practice operation, in which management is focused on winning new patients, while at the same time providing treatment only to the range of services that they request for. It was observed that there is an existing need to build a model for the management of a dental office, which, on the one hand, allows to change the efficiency of operation and, on the other hand, considers patients' expectations towards professional service.

Basing upon consultations conducted with dentists and dental office managers, key nonmedical factors were selected and presented in three areas: technical-organizational, financial and interpersonal. A diagnostic survey was conducted to examine the relevance of these factors for five groups: patients, dentists, hygienists, managers and dental staff. The results pointed out differences and similarities in evaluation of factors influencing patients' decisions to choose a dental office, drop out of services and treatment beyond the original need, in groups which were researched.

It has been observed that the management of dental offices is based on intuition, excluding monitoring of the business being run. The scarcity of effectiveness indicators results in the knowledge regarding financial information such as revenue and profit being commonly used in the management process. The author's indicators for assessing the levels of operation of a dental office have been proposed. Based on actual numerical and financial data, the average values of these indicators were calculated. Participatory observations were performed, during which the course of a first-time patient's visit was evaluated in the dental office, as seen from his perspective. The averages of the ratings given at each stage of the visit are presented.

Based on the conclusions of the research, a model of dental office management in the area of patient service was developed that considers the impact of nonmedical factors on the choices made by patients and allows influence on the efficiency of the office's operations and consequently, its financial result. It is indicated which factors are important for building the advantage of the practice in the market of medical services. Practical recommendations were developed for practice managers in evaluating and interpreting the performance parameters of individual dental offices, and directions for further research were presented.

Key words: resources management, medical facility efficiency, non-medical factors in dentistry, management model in dental office, patient communication

SPIS TREŚCI

1	WPROWADZENIE.....	7
1.1	Geneza	7
1.2	Koncepcja	12
2	FUNKCJONOWANIE GABINETU STOMATOLOGICZNEGO W MODELU LINIOWYM	17
2.1	Istota zarządzania.....	17
2.2	Charakterystyka liniowego modelu funkcjonowania gabinetu.....	22
2.3	Mierniki funkcjonowania gabinetu w modelu liniowym.....	28
3	IDENTYFIKACJA I PODZIAŁ WYBRANYCH CZYNNIKÓW POZAMEDYCZNYCH FUNKCJONOWANIA GABINETU STOMATOLOGICZNEGO	32
3.1	Wprowadzenie	32
3.2	Czynniki techniczno-organizacyjne.....	33
3.2.1	Ramy czasowe działania gabinetu	33
3.2.2	Lokalizacja i położenie placówki	34
3.2.3	Wygląd zewnętrzny, estetyka i wyposażenia wnętrza gabinetu	35
3.2.4	Standaryzacja strojów personelu	35
3.2.5	Dostęp pacjenta do zasobów gabinetu i informacji	36
3.2.6	Czynniki wspierające funkcjonowanie gabinetu	38
3.3	Czynniki interpersonalne	40
3.3.1	Komunikacja zespołu z pacjentem	40
3.3.2	Komunikacja lekarza dentysty z pacjentem.....	41
3.3.3	Obsługa realizowana przez rejestratora stomatologicznego	41
3.3.4	Pozamedyczne zadania asystenta stomatologicznego	42
3.3.5	Budowanie świadomości medycznej pacjenta przez higienistę	43
3.3.6	Komunikacja w zespole	44
3.4	Czynniki ekonomiczne	45
3.4.1	Ceny usług i zabiegów medycznych.....	45
3.4.2	Wynagrodzenie personelu.....	46
3.4.3	Reklama i działania promocyjne.....	47
3.4.4	Koszty funkcjonowania gabinetu.....	48
3.4.5	Materiały i usługi zewnętrzne.....	49
3.4.6	Metody płatności i finansowania leczenia.....	50
4	BADANIA PREFERENCJI INTERESARIUSZY ORAZ ANALIZA FUNKCJONOWANIA GABINETÓW.....	53
4.1	Sondaż diagnostyczny	53
4.2	Analiza parametrów funkcjonowania gabinetu stomatologicznego	81
4.3	Analiza ocen etapów obserwacji uczestniczącej	100
5	REKOMENDOWANY, ZINTEGROWANY MODEL ZARZĄDZANIA GABINETEM STOMATOLOGICZNYM	114
5.1	Założenia zintegrowanego modelu zarządzania	114
5.2	Standaryzacja obsługi pacjenta	127
5.3	Pozamedyczne procesy kompleksowego badania stanu zdrowia	133
5.4	Rola zarządzającego gabinetem stomatologicznym	136

5.5	Znaczenie wyodrębnienia gabinetu higieny	139
5.6	Rozwój i szkolenia umiejętności pozamedycznych zespołu.....	142
6	ZAKOŃCZENIE.....	147
6.1	Wnioski końcowe	147
6.2	Kierunki dalszych prac	153
	BIBLIOGRAFIA.....	154
	SPIS TABEL	160
	SPIS RYSUNKÓW	161
	ANKIETY BADAWCZE I FORMULARZE	164

1 Wprowadzenie

1.1 Geneza

Branża usług medycznych jest jednym z istotnych sektorów gospodarki. Wartość rynku usług stomatologicznych w Polsce w roku 2020 była szacowana na 8,6 mld zł i z uwagi na niewykorzystany potencjał branży prognozowany jest jej wzrost do 15,6 mld zł w roku 2024 [102]. Marek Szelągowski i Cezary Lipiński zauważają niewystarczającą popularyzację w placówkach ochrony zdrowia w Polsce nowoczesnych narzędzi i metod zarządzania [111]. Gabinetami stomatologicznymi kierują ich właściciele będący jednocześnie lekarzami dentystami. Tylko w nielicznych przypadkach są to doświadczeni menedżerowie, co powoduje, że zarządzaniu towarzyszą działania bazujące w większym stopniu na intuicji niż na wiedzy ekonomicznej. Poszukując metod poprawy pozycji w rynkowym współzawodnictwie, koncentrują swoje działania głównie na zarządzaniu czynnikami medycznymi. Realizują je poprzez: wprowadzenie nowoczesnych metod leczenia i procedur medycznych, zakup nowoczesnego sprzętu stomatologicznego oraz stosowanie wysokiej jakości materiałów. Podobny sposób myślenia o wyróżnieniu gabinetu można zaobserwować w przedstawionych w literaturze badaniach dotyczących polskiego rynku stomatologicznego [73, 8, 96, 112, 119]. Pozycję gabinetu wiązano z czynnikami wpływającymi na jego wybór przez pacjentów, skupiając się na działaniach podkreślających wysoką jakość medyczną świadczonych usług. Podobnie jak Thomas Stewart czy Annie Brooking doszukiwano się źródeł kreowania przewagi konkurencyjnej głównie w kapitale intelektualnym [4, 103], koncentrowano się na czynnikach bezpośrednio związanych z doświadczeniem i umiejętnościami lekarza dentysty oraz różnicami w dostępie do zaplecza technicznego. Bezspornie, podstawą funkcjonowania gabinetów dentystycznych jest specjalistyczna wiedza medyczna lekarzy dentystów, a odpowiedni dobór i jakość wykonywanych procedur medycznych są najważniejszymi czynnikami medycznymi wpływającymi na jakość leczenia oraz jego ocenę przez pacjentów. Jednakże wraz ze stopniowym zrównaniem poziomu jakości specjalistycznego sprzętu medycznego używanego w gabinetach, ogólną dostępnością szkoleń i możliwością udziału w międzynarodowych konferencjach, a dzięki internetowi również szybkiemu dostępowi do innowacji i konsultacji online z innymi specjalistami czynniki, które wcześniej decydowały o przewadze rynkowej gabinetu dentystycznego, stopniowo tracą na znaczeniu. Istotne dotychczas różnice zacierają się, a rosnąca liczba lekarzy dentystów i placówek medycznych wymusza poszukiwanie nowych obszarów oraz narzędzi pozwalających im skutecznie funkcjonować i się rozwijać. Obserwując rynek stomatologiczny, można zauważyć, że gabinety korzystające ze zbliżonych technologii oraz współpracujące z lekarzami dentystami o podobnej wiedzy i doświadczeniu zawodowym, wykonującymi zabiegi w oparciu o te same procedury medyczne, uzyskują odmienne efekty. Sugeruje to występowanie czynników innych niż medyczne, które w znaczący sposób różnicują funkcjonowanie tych gabinetów. Warto postawić pytanie, czy identyfikując te czynniki pozamedyczne i korzystając z wiedzy o ich istotności podczas zarządzania obszarem obsługi pacjentów, możliwe jest oddziaływanie na ich świadomość medyczną i podejmowane decyzje

o leczeniu, a w konsekwencji budowanie lepszej pozycji rynkowej gabinetu i wpływanie na osiągnięty wynik finansowy.

Na polskim rynku usług stomatologicznych można zaobserwować, że walka rynkowa pomiędzy gabinetami dotyczy głównie pozyskiwania nowych pacjentów do leczenia. Występuje zatem zjawisko, w którym uczestnicy rywalizują między sobą w dążeniu do analogicznych celów, nazwane przez Marka Stankiewicza konkurencją [101] i zdefiniowane przez Hannę Adamkiewicz-Drwiłło jako zdolność do tworzenia tendencji rozwojowych, wzrostu produktywności oraz rozwoju rynków zbytu [1]. Powszechny wśród zarządzających gabinetami stomatologicznymi, niewystarczający poziom wiedzy o wpływie czynników pozamedycznych na obszar obsługi pacjenta sprawia, że podejmowane próby wyróżnienia placówki na rynku rzadko dotyczą konkurencji o zakres leczenia pacjentów. Tym bardziej nie obejmują rywalizacji o kompleksowe ich wyleczenie. Istnieje tym samym niezagospodarowana przestrzeń do działania. Jej wypełnienie wiąże się ze zmianą nadrzędnego celu zarządzania i skoncentrowania go na pełnym, kompleksowym wyleczeniu wszystkich występujących dolegliwości stomatologicznych u każdego leczonego pacjenta, zamiast dotychczasowego dążenia do maksymalizacji liczby nowych osób pozyskanych do leczenia. Taki sposób zarządzania w obszarze obsługi pacjentów związany jest z odejściem od wykonywania jedynie interwencyjnego leczenia dolegliwości, z którymi zgłaszają się pacjenci, na rzecz pełnego wykorzystania zasobów, jakim niewątpliwie jest dostępny potencjał do leczenia rozumiany jako suma wszystkich bieżących problemów stomatologicznych u leczonych pacjentów. Powyższe prowadzi do zmiany struktury wykonywanych zabiegów w gabinecie, która następnie wpływa na efektywność działania i wynik finansowy. Rozważaniom towarzyszy etyczne założenie, że pacjentowi proponowane są wyłącznie zabiegi konieczne do przywrócenia zdrowia jego jamy ustnej i wykluczone jest kreowanie nieistniejących problemów medycznych.

W gabinetach stomatologicznych oferowane są pacjentom usługi zdrowotne, nazywane przez Mirę Lisiecką-Biełanowicz szczególnym rodzajem usług. Podkreśla, że polegają one na dostarczeniu przez wykonawcę na rzecz odbiorcy określonych świadczeń w celu zaspokojenia potrzeb i oczekiwań pacjenta [71]. Magdalena Syrkiewicz-Świtała zauważa, że wzrost liczby placówek medycznych powoduje zwiększenie konkurencyjności między nimi i zmienia preferencje pacjentów w zakresie jakości usług [109]. Należy podkreślić również stale rosnące oczekiwania pacjentów co do jakości obsługi. Potwierdzają to badania Kornela Cieślika i Katarzyny Przybylskiej dotyczące subiektywnej oceny jakości usług stomatologicznych przez pacjentów [11]. Alicja Domagała tę jakość warunkuje jako zależną od wiedzy, umiejętności oraz motywacji personelu medycznego [19]. Jednak na jakość usług medycznych składa się wiele obszarów. Aleksandra Czerw jako najważniejsze z nich wymienia: dostępność, równość, bezpieczeństwo, opiekę realizowaną zgodnie z zasadą „pacjent w centrum uwagi”, skuteczność i efektywność. Przy czym efektywność przedstawiana jest raczej jako wydajność i określana jest na przykład poprzez pomiar średniego czasu wykorzystania zasobów [15]. Również Kevin Worren łączy jakość ze skutecznością i efektywnością, która jego zdaniem wymaga określenia efektów działań zdrowotnych [121]. Jeżeli jednak za składowe skuteczności (ang. effectiveness) procesów realizowanych w gabinecie dentystycznym przyjąć wydajność (ang. performance) oraz efektywność (ang. efficiency), to mając na uwadze charakterystykę

zabiegów medycznych, można założyć, że ich skuteczność w mniejszym stopniu zależy od poprawy wydajności. W sektorze prywatnych usług stomatologicznych¹ oczekiwanie wzrostu liczby wykonywanych zabiegów w tym samym przedziale czasu może prowadzić do sztucznego ograniczania terminu ich wykonania i tym samym mieć negatywne skutki dla pacjenta. Poprawa wydajności w stomatologii nie powinna być jednym z głównych działań zarządczych, ponieważ krótszy czas przeznaczony na wizytę ogranicza możliwość komunikacji lekarza dentysty z pacjentem i budowanie jego świadomości medycznej. Istotniejsze są składowe realizowanego leczenia, zatem ważniejszą rolę odgrywa wzrost skuteczności uzyskiwany poprzez poprawę efektywności, w tym pełniejsze korzystanie z dostępnych zasobów i wykonywanie bardziej złożonych, droższych zabiegów. Na rynku brakuje mierników dedykowanych do oceny efektywności obszarów działania gabinetu dentystycznego, które w przejrzysty sposób wspomagają decyzje zarządcze.

Henryk Mruk dostrzega, że dzięki korzystnemu wizerunkowi podmiotu świadczącego usługi zdrowotne możliwe jest osiągnięcie przewagi konkurencyjnej poprzez budowanie relacji polegającej na lojalności i wierności pacjentów [80]. Agnieszka Bukowska-Pietrzyńska, a także badania Ireny Hejduk, Wiesławy Grudziewskiej, Anny Sankowskiej, oraz Moniki Wańtuhowicz nadają istotną rolę przedsiębiorczości lekarzy w procesie budowy konkurencyjności ich gabinetu [8, 44] jednak podkreślają znaczenie komunikacji lekarza z pacjentem podczas kreowania wizerunku placówki medycznej [6]. Również badania prowadzone przez Ji Min-Gyeonga [77] dowodzą, że właściwa komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem wykracza poza zwykłą komunikację, ponieważ dostarcza pacjentowi informacji o leczeniu nie tylko na podstawie prognozowanego wyniku usługi, procesu obsługi i środowiska, w którym wspólnie funkcjonują, ale również empatii i zrozumienia potrzeb osoby leczonej. Podobnie na komunikację z pacjentem zapatruje się zespół Lauren Howe. Z badań tych wynika, że zaangażowanie lekarza i personelu w komunikację oraz leczenie powoduje zawyżenie przez pacjentów oceny przyznanej za ilości czasu, który został im poświęcony [46]. Komunikacja bywa postrzegana jako proces przekazywania pacjentowi informacji medycznych, rzadziej jako metoda zwiększenia świadomości pacjenta o konsekwencjach nieleczonych chorób jamy ustnej oraz budowania jego motywacji do rozpoczęcia i kontynuowania leczenia. Wojciech Dworżański z Anną Dworżańską oraz Franciszkiem Burdanem zwracają uwagę na to, że niewłaściwa komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem może mieć negatywny wpływ na jego zdrowie [24]. Magdalena Szumska zauważa pozytywne efekty terapeutyczne właściwej komunikacji lekarza z pacjentem, jednak w procesie budowania konkurencyjności na rynku usług zdrowotnych nie skupia się na komunikacji zmieniającej świadomość medyczną i zaangażowanie pacjenta. W swoich rozważaniach większe znaczenie nadaje wpływowi powołania do wykonywania zawodu lekarza na jakość prowadzonej przez niego działalności gospodarczej [113]. Przekazanie komunikatu i zrozumienie przez pacjenta jego treści nie są tożsame z uruchomieniem procesów, w efekcie których podejmie decyzję

¹ Kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) dotyczące świadczenia usług stomatologicznych zawierają ograniczenia zakresu realizowanego leczenia i cen usług. Powyższe sprawia, że utrzymanie rentowności placówek związane jest z koniecznością zwiększania liczby wykonywanych zabiegów w tym samym czasie, co prowadzi do skracania czasu przeznaczonego na leczenie pacjenta. Z tego powodu zostały one wykluczone z zakresu analizowanego zagadnienia.

o leczeniu. Z tego powodu za skuteczną komunikację należy uznać taką, w następstwie której pacjent wykona zalecenia medyczne lekarza dentysty, a nie jedynie zrozumie przekazaną przez niego treść. Na podstawie badań neuromarketingowych, Henryk Mruk wskazuje potrzebę odwoływania się w komunikacji z pacjentami do emocji, ponieważ poprzez tworzenie odpowiedniego obrazu gabinetu oraz pozytywnego wrażenia powstają u pacjentów skojarzenia właśnie o charakterze emocjonalnym [79]. Wymaga to postrzegania komunikacji jako narzędzia do budowania świadomości medycznej pacjenta, przeciwdziałania jego niewiedzy, jak również zapobiegania skutkom niepodjęcia leczenia. Jej istotność ma związek z wynikami badań prowadzonych przez Łukasza Suchodolskiego. Zauważa on, że spośród 100 zębów ze zmianami zapalnymi aż 95 pozostaje bezobjawowych [107]. W sytuacjach, w których sygnał bólowy jest dla pacjenta kluczowym impulsem do podjęcia działania, jego niewystępowanie może być mylnie utożsamiane z brakiem problemów zdrowotnych i tworzyć błędny obraz rzeczywistego stanu zdrowia. Zauważa to również Sonal Shah podkreślając, że słaba świadomość zdrowotna wiąże się z większym ryzykiem chorób ograniczających życie pacjentów, a interwencje w zakresie świadomości zdrowotnej na poziomie praktyków mogą mieć pozytywny wpływ na zachowania i wyniki zdrowotne u osób z niskim poziomem świadomości medycznej [97]. Wynika z powyższego, że brak wiedzy i świadomości pacjentów o stanie własnego zdrowia oraz brak regularnych badań mogą skutkować postępującymi, ukrytymi zmianami chorobowymi. Przeciętna wizyta stomatologiczna obejmuje przeprowadzenie leczenia i udzielenie pacjentowi tylko podstawowych informacji medycznych związanych z wykonanymi zabiegami. Pomijana jest edukacyjna rola lekarza dentysty, który powinien dążyć do przekazania pacjentowi pełnej informacji o jego stanie zdrowia oraz do zrozumienia przez pacjenta następstw zaniedbań leczenia chorób jamy ustnej i ich negatywnego wpływu również na stan zdrowia organów wewnętrznych. Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, występowanie próchnicy w Polsce dotyczy 92% nastolatków i 99% osób dorosłych, z których każda ma przeciętnie prawie 13 zębów do leczenia [78]. Tak zły stan zdrowia jest wynikiem wielu czynników, w tym niskiego poziomu higieny jamy ustnej, nieodpowiednich nawyków żywieniowych oraz braku profilaktyki zdrowotnej i regularnych badań. Wynikają one z niskiego poziomu świadomości medycznej pacjentów o bieżącym stanie zdrowia swoich zębów i niewiedzy o konsekwencjach zaniedbań. Te z kolei wpływają na niski poziom ich motywacji do leczenia, który jest również następstwem braku zaangażowania lekarzy w realizację kompleksowego wyleczenia zamiast miejscowego podleczenia. Warte rozważenia jest podjęcie aktywności w tym obszarze mając na uwadze to, że większa wiedza medyczna pacjentów wpływa na ich świadome decyzje dotyczące zakresu podejmowanego leczenia, co następnie znajduje odzwierciedlenie w wynikach ekonomicznych gabinetu.

Właściwa forma komunikacji również ma znaczenie podczas budowania świadomości medycznej pacjenta. Właśnie w niej Magdalena Syrkiewicz-Świtała, Tomasz Hołlecki oraz Katarzyna Bryła dopatrują się podstawy kooperacji pomiędzy lekarzem a pacjentem w gabinecie stomatologicznym [110]. Nadanie informacji medycznej zrozumiałej dla odbiorcy formy wspiera proces akceptacji proponowanych rozwiązań i podejmowania decyzji o leczeniu. Szczególnie w sytuacjach, które nie dotyczą zagrożenia życia pacjenta, ale pomimo tego wymagają jego zaangażowania celem uniknięcia przyszłych

konsekwencji i możliwych powikłań. Barbara Szymoniuk zauważa, że dbałość o właściwe środki przekazu powinna uwzględniać rodzaj reakcji odbiorców, w tym przypadku pacjentów, na przekazywany komunikat [114]. Szczególnie że w ocenie Seyede Belin Tavakoly Sany i in. komunikacja skupiona na pacjencie wpływa w pozytywny sposób na wyniki leczenia [117]. Małgorzata Paszkowska proponuje, aby pomimo rosnącego znaczenia działań z zakresu public relations w placówkach ochrony zdrowia [89], które pozwalają dodatkowo wspierać aktywną i efektywną komunikację z pacjentem [110] to podobnie, jak w przypadku działań marketingowych, nie powinny jej zastępować.

Z uwagi na złożoność wykonywanych usług, zespoły stomatologiczne zbudowane są w oparciu o kwalifikacje i umiejętności ich członków, czyli cechy, które Władysław Kopaliński nazywa wykształceniem, uzdolnieniem oraz przygotowaniem do wykonywania zawodu [59]. Susan Frampton, Laura Gilipin oraz Patrick Charmel słusznie wskazują, że żaden z głównych powodów determinujących satysfakcję pacjenta nie dotyczy mierzalnych wyników leczenia, ale przede wszystkim zależy od kontaktu z personelem oraz satysfakcji z takiej relacji [30]. W podobnym kierunku zmierzają rozważania Rashida Al-Abri, który wraz z Aminą Al-Balushi wykazał, że umiejętna komunikacja realizowana przez lekarzy ma wpływ na zadowolenie pacjentów w większym stopniu niż ich kompetencje kliniczne [2]. Zdaniem Idy Rudawskiej pacjent ocenia nie tylko gabinet, ale również relację, która łączy go z lekarzem i porównuje ją ze swoimi wcześniejszymi oczekiwaniami [94]. Skłania to do rozważań czy przekaz powinien być skoncentrowany tylko wokół jakości komunikacji, czy również na spełnianiu wyobrażeń pacjentów o obsłudze. Za Agnieszką Bukowską-Pietrzyńską należy zaznaczyć, że za ocenę przez pacjenta jakości usługi odpowiada cały personel gabinetu, a nie jedynie lekarz dentysta [5]. Powyższe sprawia, że podczas rekrutacji do zespołu stomatologicznego poza wymogami formalnymi powinny być weryfikowane także posiadane przez kandydatów zdolności komunikacyjne oraz indywidualne cechy nabywane, które można rozwijać. Pacjenci mogą oceniać nie tylko jakość obsługi, która jest realizowana bezpośrednio wobec nich, ale również analizować jakość komunikacji w zespole medycznym, oczekując od niej profesjonalizmu i kultury. Zespół Ehsana Zarei zwraca uwagę na to, że jakość współpracy pomiędzy lekarzem i asystentem, w tym płynna komunikacja pomiędzy nimi, wpływa na zwiększenie satysfakcji pacjenta [122]. Powyższe sugeruje, że w procesie zarządzania gabinetem stomatologicznym istotne jest uwzględnienie zarówno czynników pozamedycznych dotyczących standardów komunikacji wewnątrz zespołu, jak i procesu jego budowania oraz zarządzania nim.

Zaobserwowano, że zarządzaniu gabinetem stomatologicznym towarzyszy niepełne wykorzystanie dostępnych zasobów. Wynika to z następujących powodów:

1. Budowanie konkurencyjności głównie w oparciu o cechy medyczne.
2. Pomijanie istotności czynników pozamedycznych w procesie obsługi pacjenta.
3. Przedkładanie pozyskiwania nowych pacjentów ponad ich kompleksowe wyleczenie.
4. Wykonywanie głównie leczenia interwencyjnego w zakresie, z którym pacjent zgłasza się do dentysty i niewykorzystywanie dostępnego potencjału do leczenia u pacjenta.

5. Komunikacja z pacjentem tylko w zakresie przekazywania podstawowych informacji, zamiast edukowania i budowania jego świadomości medycznej.
6. Brak na rynku mierników przeznaczonych do pomiaru efektywności działania gabinetów stomatologicznych umożliwiających generowanie informacji wspierających zarządzanie.

Przeprowadzone obserwacje wskazują na powstałą lukę badawczą, która dotyczy braku istniejącego modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym w obszarze obsługi pacjenta, który umożliwia zmianę podejścia do organizacji pracy gabinetu i podejścia do pacjenta, pozwala na poprawę efektywności działania poprzez lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów oraz uwzględnia wpływ czynników pozamedycznych, które poprzedzają zabieg i następują po nim, na ocenę jakości leczenia przez pacjentów.

Powyższa analiza kierunkuje na lukę badawczą, której głównym celem dysertacji jest opracowanie zintegrowanego modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym w obszarze obsługi pacjenta umożliwiającego efektywne wykorzystanie zasobów gabinetu w świetle zmieniającego się otoczenia.

Jako przedmiot badań zdefiniowano analizę i ocenę organizacji obsługi pacjenta w gabinetach stomatologicznych pod kątem efektywności wykorzystania zasobów oraz ocenę istotności czynników pozamedycznych decydujących o wyborze leczenia w danym gabinecie przez pacjenta.

Osiągnięcie założonego celu determinuje postawienie następujących pytań badawczych:

- W jaki sposób zorganizowana jest obsługa pacjenta w gabinecie stomatologicznym?
- Co decyduje, poza czynnikami medycznymi o wyborze przez pacjenta gabinetu stomatologicznego oraz wpływa na wystawioną przez niego ocenę?
- Jak statystyczny pacjent ocenia poszczególne etapy pierwszej wizyty stomatologicznej w gabinecie?
- Jak ocenić efektywność funkcjonowania gabinetu stomatologicznego niezależnie od przyjętego modelu zarządzania?
- Jak zarządzać obszarem obsługi pacjenta, aby efektywnie wykorzystać potencjał gabinetu?

1.2 Koncepcja

Zakresem pracy oraz badań objęte zostały obszary, które uznano za istotnie powiązane z projektowanym modelem zarządzania gabinetem stomatologicznym. Badano wpływ czynników pozamedycznych na decyzje pacjentów o podejmowanym leczeniu oraz na ich ocenę gabinetów stomatologicznych. Analizowano parametry funkcjonowania praktyk stomatologicznych bazując na informacjach finansowych i danych liczbowych pozyskanych z wielostanowiskowych praktyk stomatologicznych w Polsce, oferujących pacjentom usługi z co najmniej trzech różnych specjalizacji. Badano poszczególne etapy wizyty w gabinecie stomatologicznym pod kątem oceny realizowanej obsługi pacjenta w obszarze pozamedycznym.

Zdefiniowano następujące obszary czynników pozamedycznych:

1. Czynniki techniczno-organizacyjne funkcjonowania gabinetu.

2. Czynniki ekonomiczne.
3. Czynniki interpersonalne.

W zakresie podmiotowym uwzględniono właścicieli gabinetów, lekarzy dentystów, personel medyczny i niemedyczny oraz pacjentów korzystających z usług w gabinetach stomatologicznych.

Zakres rzeczowy obejmuje przegląd literatury dotyczącej zarządzania podmiotami medycznymi, w tym gabinetami stomatologicznymi oraz sondaże diagnostyczne, którymi objęci zostali pacjenci, właściciele, lekarze dentyści oraz pracownicy medyczni i pozamedyczni kilkustanowiskowych gabinetów stomatologicznych z całej Polski.

Zakres czasowy części teoretycznej obejmuje najważniejsze publikacje naukowe z lat 1960-2023, natomiast część empiryczna obejmuje lata 2015-2023. Przeprowadzono szczegółowy przegląd literatury zwartej i czasopiśmienniczej, wykonano pięć sondaży diagnostycznych z użyciem metody CAWI (Computer Assisted Web Interview), przeprowadzono analizę funkcjonowania gabinetów stomatologicznych na podstawie danych liczbowych i finansowych zebranych od właścicieli i osób zarządzających gabinetami oraz wykonano obserwacje uczestniczące tajemniczy pacjent w gabinetach stomatologicznych w kilkudziesięciu różnych miastach w Polsce. Dobór próby pacjentów, lekarzy dentystów, higienistów i personelu do badania był losowy oraz ochotniczy, przy czym nie zakładano reprezentatywności terytorialnej próby. Wybrano metodę losowania zależnego, wybrana do sondażu diagnostycznego osoba nie była wskazywana do udziału w innym sondażu oraz metodę losowania indywidualnego, ponieważ odniesiono się do populacji złożonej z niepogrupowanych elementów, w tym przypadku osób, a nie całych zespołów.

W dysertacji zastosowano zróżnicowane narzędzia badawcze. Analizę statystyczną wykonano w celu prezentacji wyników. Analizy porównawcze szczegółowe posłużyły do wskazania różnic pomiędzy czynnikami pozamedycznymi oraz ich niespójnego znaczenia dla pacjenta i członków zespołów stomatologicznych. Interpretacja i wnioskowanie posłużyły do zdefiniowania powiązań pomiędzy czynnikami pozamedycznymi a decyzjami pacjentów zarówno o wyborze gabinetu, jak i kontynuacji leczenia. Syntezę wykorzystano celem połączenia wyników sondaży, obserwacji i analiz z wnioskami w wyniku czego opracowano model zarządzania i rekomendacje dla osób kierujących gabinetami stomatologicznymi w zakresie podejmowania działań w procesach dotyczących oceny i interpretacji parametrów działania gabinetu, których właściwa implementacja umożliwi budowanie przewagi na rynku.

Na strukturę rozprawy składa się sześć rozdziałów obejmujących również wprowadzenie oraz zakończenie.

Pierwszy rozdział będący wprowadzeniem zawiera dwa podrozdziały. W pierwszym z nich przedstawiono genezę dysertacji. Wskazano obserwacje i wątpliwości towarzyszące analizie bieżącej sytuacji na rynku usług stomatologicznych. Zaprezentowano w nim cel pracy i pytania badawcze oraz określono przedmiot badań. W drugim podrozdziale przedstawiono zakres pracy oraz wskazano zakres badań związanych z modelem zarządzania gabinetem stomatologicznym. Omówiono strukturę pracy i zawartość poszczególnych rozdziałów.

W rozdziale drugim zawarto część teoretyczną opracowaną na podstawie przeglądu literatury przedmiotu w temacie zarządzania, w tym ogólnie zarządzania w usługach medycznych w kontekście kierowania gabinetem stomatologicznym, a także zarządzania w innych obszarach oraz wpływu czynników pozamedycznych na funkcjonowanie gabinetu i decyzje pacjentów. Przedstawiono popularny na rynku model funkcjonowania gabinetu stomatologicznego. Omówiono liniowe schematy przepływu pacjenta w procesie leczenia oraz metody budowania relacji z pacjentem skoncentrowane głównie na utrzymaniu zaplanowanych terminów wizyt. Wskazano istotne aspekty wpływające na ocenę przez pacjentów procesu leczenia i obsługi. W rozdziale omówiono także mierniki działania gabinetu stosowane w modelu liniowym.

W rozdziale trzecim poruszono wątek występowania zagadnienia czynników pozamedycznych w literaturze i badaniach. Kluczowe czynniki pozamedyczne w stomatologii zidentyfikowano podczas przeprowadzonych konsultacji z lekarzami dentystami i osobami zarządzającymi gabinetami stomatologicznymi. Zebrano i zaprezentowano wybrane czynniki, które realnie wpływają na decyzje pacjentów w aspekcie leczenia, dzieląc je na trzy kluczowe obszary:

- a. techniczno-organizacyjny,
- b. interpersonalny,
- c. ekonomiczny.

Zaproponowano autorską definicję czynnika pozamedycznego.

W czwartym rozdziale zaprezentowano wyniki wykonanych badań empirycznych, w szczególności sondaży diagnostycznych przeprowadzonych z pacjentami oraz członkami zespołów medycznych, analiz funkcjonowania gabinetów oraz obserwacji uczestniczących. Sondaże diagnostyczne zostały zrealizowane w celu ustalenia, które z czynników pozamedycznych powinny być uwzględniane w procesie zarządzania gabinetem stomatologicznym. Przedstawiono różnice wynikające z ich odmiennego wartościowania przez badane grupy docelowe, które obejmowały: pacjentów, lekarzy dentystów, pracowników obsługi klienta, higienistów i osoby zarządzające. Zaprezentowano wyniki obrazujące co członkowie zespołów stomatologicznych myślą, że dla pacjentów jest istotne w ich kontaktach z gabinetami stomatologicznymi oraz pokazano, które z nich w istotny sposób odbiegają od tego, co pacjenci wskazali w sondażach jako ważne. W ramach wykonanych analiz funkcjonowania wykorzystano dane liczbowe i finansowe z gabinetów stomatologicznych obejmujące:

1. Parametry działania gabinetu.
2. Efektywność pracy zespołu.
3. Przychody i koszty działania gabinetu.

Zaproponowano autorskie wskaźniki do oceny funkcjonowania gabinetów stomatologicznych z trzech różnych poziomów działania. Pierwszy z nich nazwano poziomem potencjału i zaproponowano wskaźniki służące do oceny poziomu wykorzystania w gabinecie dostępnych zasobów. W drugim, obejmującym poziom efektywności, przedstawiono wskaźniki do oceny efektywności pracy z pacjentem i pomiaru efektywności godzinowej pracy lekarza. Trzeci poziom dotyczy oceny aspektów finansowych działania gabinetu stomatologicznego i obejmuje wskaźnik przychodów obliczanych w ujęciu na

jeden unit stomatologiczny oraz do oceny struktury kosztów. Na podstawie rzeczywistych danych liczbowych i finansowych zebranych z gabinetów, zaprezentowano obliczone średnie wartości proponowanych wskaźników.

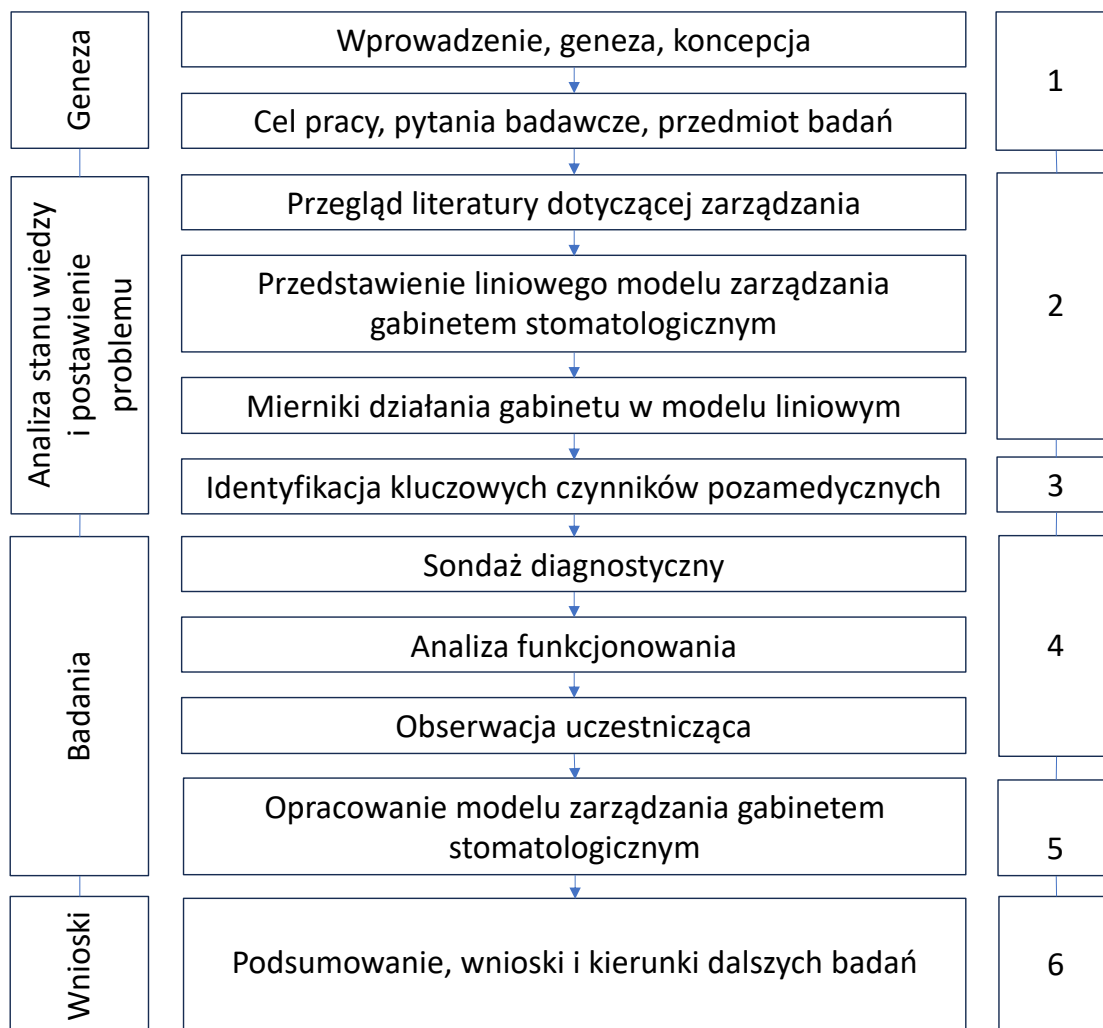
Ponadto przedstawiono oceny poszczególnych etapów wizyty stomatologicznej widzianych z perspektywy przeciętnego pacjenta zebrane w ramach przeprowadzonych obserwacji uczestniczących tj. wnioski z nazwanego dla potrzeby pracy wizyt tajemniczego pacjenta.

W rozdziale piątym, po zrealizowaniu założonego planu badań, wykonano analizę uzyskanych wyników, która pozwoliła na sformułowanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz realizację postawionego celu pracy. Opracowano zintegrowany model funkcjonowania gabinetu stomatologicznego w obszarze obsługi pacjenta umożliwiający efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów. Sformulowano praktyczne rekomendacje dla osób zarządzających w zakresie oceny i interpretacji parametrów działania gabinetów stomatologicznych, które umożliwiają pełniejsze wykorzystanie potencjału zespołu medycznego oraz wzrost prawdopodobieństwa wyboru gabinetu stomatologicznego przez pacjenta i podjęcia decyzji o leczeniu w szerszym zakresie niż tylko interwencyjny. Zaproponowano praktyczne zastosowanie zaprezentowanych wskaźników, w tym do oceny komunikacji zespołu medycznego z pacjentem oraz oceny satysfakcji pacjentów z leczenia. Użyte metody badawcze polegające na syntezie wyników w aspekcie użytkowym i teoretycznym pozwoliły ocenić zasadność stawianych w założeniach celów.

W rozdziale szóstym będącym zakończeniem odniesiono się do realizacji celu dysertacji. Zaprezentowano odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Określono przesłanki do dalszych badań oraz celowość sformułowanych rekomendacji w obszarze zarządzania gabinetem stomatologicznym, dzięki czemu praca ma również charakter użytkowy i uzupełnia dorobek teoretyczny w obszarze luki. Schemat postępowania przyjęty w pracy przedstawiono na rys. 1.1.

Struktura pracy

Rozdziały:



Rys. 1.1. Schemat rozwiązania postawionego celu naukowego pracy

2 Funkcjonowanie gabinetu stomatologicznego w modelu liniowym

2.1 Istota zarządzania

Zarządzaniem można ogólnie nazwać celowe podejmowanie, przez wybrane osoby, decyzji i działań prowadzących do osiągnięcia założonych celów dzięki wykorzystaniu posiadanych zasobów. Jest to również, trwała analiza otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego przedsiębiorstwa, zapewnienie wysokiej jakości produktów i usług oraz nieprzerwana rywalizacja o klienta. Bez względu na zmiany podejść w literaturze ekonomicznej występują różne definicje zarządzania zarówno będące krótkimi i zwięzłymi sformułowaniami, jak i obszernymi opisami. Ich mnogość potwierdza trudność stworzenia jednoznacznego i pełnego opisu zarządzania. W Oxford Advanced Learner's Dictionary zarządzaniem nazwano kontrolę i podejmowanie decyzji w przedsiębiorstwie [86]. W Encyklopedii PWN zarządzanie zdefiniowano jako „zbiór działań zmierzających do osiągnięcia określonego celu związanego z interesem (potrzebą) danego przedmiotu zarządzania, realizowanych w następującej sekwencji: planowanie (wybór celów i sposobów ich osiągania oraz precyzowanie stosownych zadań i terminów ich wykonania); organizowanie (przydzielanie i zapewnianie zasobów, niezbędnych do realizacji zaplanowanych działań, w sposób gwarantujący skuteczność i sprawność zarządzania); przewożenie (kierowanie, motywowanie do współpracy w trakcie realizacji zadań); kontrolowanie (stała obserwacja postępów i podejmowanie korygujących decyzji)”.

Koncepcja zarządzania jako dyscypliny naukowej opracowana została na przełomie XIX i XX wieku przez Fredericka Taylora, Henriego Fayola, Karola Adamieckiego, Maxa Webera oraz Harringtona Emersona i rozpoczęła ponad stuletnie poszukiwanie równowagi pomiędzy podejściem rzeczowym a humanistycznym [55]. Henri Fayol, francuski teoretyk i praktyk zarządzania jako pierwszy wyodrębnił funkcje rozumiane, jako kierownicze, wyróżniając: przewidywanie, organizowanie, rozkazywanie, koordynowanie i kontrolowanie. Właśnie do tej, klasycznej koncepcji zarządzania odwołuje się Andrzej Koźmiński, korzystając z wymienionych w niej funkcji kierowniczych [65], jednocześnie nazywając zarządzanie konstruowaniem rzeczywistości z dostępnych zarządzającemu elementów. W stomatologii można dostrzec praktyczne odniesienie właśnie do tej definicji zarządzania. Wynika to z faktu, że zakres wykonywanych usług ograniczany jest głównie przez posiadane zasoby, a nie poprzez brak kreatywności czy przedsiębiorczości osób zarządzających. Pomimo funkcjonującej w stomatologii klasycznej struktury podległości i hierarchicznej struktury zespołu to jednak wymieniona przez Andrzeja Koźmińskiego funkcja rozkazywania obecnie częściej zastępowana jest przez wydawanie poleceń lub przydzielanie zadań. Tym samym, bliżej jest jej do działań nazwanych przez Ricky Griffina przewożeniem. Zauważa on, że zarządzanie stanowi zestaw działań obejmujący:

- a. planowanie,
- b. podejmowanie decyzji,
- c. organizowanie,
- d. przewożenie, rozumiane jako kierowanie ludźmi.

Skierowane są one na zasoby organizacji: ludzkie, finansowe, rzeczowe oraz informacyjne i wykonywane z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny i skuteczny [37]. Działania te umożliwiają podejmowanie czynności wyprzedzających i rozwiązywanie przyczyn problemów, zanim te wystąpią.

Wydana przez Fredericka Taylora w 1911 roku książka „The Principles of Scientific management” wprowadziła dyscyplinę zarządzania do działalności biznesowej. Sądzono wówczas, że wspólnym motywatorem wszystkich pracowników są pieniądze, a ówczesny nurt zarządzania naukowego skupiał się na niskiej wydajności pracy, jako jednym z wymiarów kontrproduktywności. Niska produktywność wynikała wówczas z jednej strony z braku określonych procedur i niesprawiedliwego traktowania pracowników, z drugiej strony z negatywnych skłonności pracowników manifestowanych przez lenistwo. Odnosząc to do współczesnych czasów i funkcjonowania gabinetów stomatologicznych można zauważyć, iż produktywność niższa od oczekiwanej przez zarządzających nie jest następstwem nierównego traktowania pracowników czy ich lenistwa, lecz konsekwencją niewłaściwego zarządzania procesami pozamedycznymi i częstym brakiem standardów pracy z pacjentem, gdy ten przebywa poza fotelem dentystycznym.

Rozumiane klasycznie zarządzanie dotyczy sytuacji, w których polega na kierowaniu i dysponowaniu zarówno zasobami materialnymi, jak i osobami pozostającymi w relacji w ramach jednej organizacji tj. pracownikami. Z uwagi na aktualną sytuację rynkową, obowiązujące przepisy i charakter współpracy lekarzy dentystów z gabinetami stomatologicznymi nie jest możliwe wskazywanie jedynie pracowników, jako osób pozostających w relacji podwładnej z zarządzającymi. Konstrukcja obowiązujących na rynku umów o pracę i współpracy czy samozatrudnienie tworzą zależności również pomiędzy osobami działającymi w pozornie niepowiązanych firmach. Podążając za rozważaniami Mary Parker Follett należy zauważyć, że zarządzanie jest kierowaniem zadań wykonywanych z przez inne osoby, a nie osobiście [105]. I chociaż w gabinetach stomatologicznych nie wszystkie osoby formalnie pracują w tej samej organizacji, to jednak funkcjonują w ramach jednej struktury, która umożliwia delegowanie oraz rozliczanie wykonywanych zadań i z tego powodu nazywana jest zespołem lub gabinetem. Bezpośrednie kojarzenie zarządzania z delegowaniem zadań i kontrolą ich wykonania Tadeusz Pszczółkowski określa dysponowaniem zasobami ludzkimi, rzeczowymi i finansowymi [92], a Frederick Winslow Taylor nazywa zarządzanie dokładnym poznaniem tego, czego oczekuje się od ludzi, a następnie dopilnowaniem, by wykonali to w najlepszy i najtańszy sposób. Przy czym w przypadku usług stomatologicznych może pojawić się uzasadniona obawa o to, czy najtańszy sposób nie wyklucza zapewnienia jakości na poziomie wymaganym przez pacjenta.

Jan Zieleniewski uważa, że istotą funkcji zarządzania jest w szczególności formułowanie celu działania, planowanie, organizowanie, pozyskiwanie i rozmieszczanie zasobów, a następnie kontrolowanie stopnia osiągnięcia celów [123]. Zgodnie z powyższym, zarządzanie obejmuje zatem kilka wymiarów, polega na nadzorowaniu różnych czynników jednocześnie i według Janusza Gościńskiego jest wieloetapowym procesem podejmowania decyzji [35]. W praktyce stomatologicznej wymaga procesowania w sposób, jaki definiuje Bohdan Gliński tj. poprzez działania zmierzające do funkcjonowania

rzeczy, organizacji lub osób podległych zgodnie z celami zarządzającego [34]. James Erwin Rosenzweig i Fremont Ellsworth Kast dowodzą, że jest również procesem koordynowania zbiorowych wysiłków dla osiągnięcia celów organizacyjnych, przy wykorzystaniu techniki, w złożonych strukturach, w oparciu o wyznaczone zadania [48]. W stomatologii tym nadrzędnym zespołowym wysiłkiem jest wyleczenie pacjenta i temu podporządkowane powinny być wszystkie działania podejmowane przez osoby zarządzające i zadania delegowane członkom zespołu. Andrzej Koźmiński i Dariusz Jemieliński podkreślają, że zarządzanie polega również na świadomym stworzeniu warunków, by organizacja działała zgodnie ze swymi założeniami, czyli realizowała swoją misję, osiągała zgodne z nią cele i zachowywała niezbędny poziom spójności umożliwiający przetrwanie, czyli wyodrębnienie z otoczenia, oraz rozwój, czyli realizację misji i osiąganie celów w przyszłości, a co za tym idzie, identyfikowała i minimalizowała ryzyko [47].

W literaturze autorstwa Alfreda Czermińskiego można zauważyć, że proponowane obecnie koncepcje i metody zarządzania należy postrzegać jako wsparcie procesów realizowanych

w organizacji funkcjonującej w zmieniającym się otoczeniu [14]. W przypadku gabinetów stomatologicznych zmiany dotyczą w największym stopniu rosnących oczekiwań pacjentów co do jakości usług medycznych i jakości obsługi. Tym samym zarządzanie gabinetem stomatologicznym powinno polegać na umiejętnym łączeniu przez menedżera zarządzania operacyjnego z zarządzaniem strategicznym. Umożliwia to długofalowe planowanie realizacji codziennych zadań oraz skoncentrowanie na stałym dążeniu do zapewnienia pacjentom obsługi na wysokim poziomie. Małgorzata Cygańska zwraca uwagę, że w placówkach ochrony zdrowia nie są stosowane popularne w innych branżach metody zarządcze takie jak na przykład benchmarking [12]. Powyższe sprawia, że pomimo, iż Bohdan Gliński z Bolesławem Kucem podkreślają istotny udział w zarządzaniu wykwalifikowanego kierownictwa, które posługuje się bieżącym i strategicznym planowaniem, właściwą strukturą organizacyjną oraz rozwiniętym motywowaniem [33], to jednak lekarze pełniący funkcje zarządcze nieświadomie kreują rzeczywistość, w której planowanie i motywowanie są realizowane na niewystarczającym poziomie. Na obrany przez nich styl przywództwa oprócz wiedzy i doświadczenia w zarządzaniu oddziałują również reprezentowane przez nich sposoby myślenia oraz stosowane wzorce. Jak twierdzi zespół Edwarda Nęckiego, to styl percepcji wpływa na to, czy uwaga zwracana jest na obraz w całości, czy na poszczególne detale [82]. Styl ten symbolicznie określany jest jako swego rodzaju indywidualna mapa mózgu lub schemat myślenia. W psychologii poznawczej wzorce percepcji nazywane są „reprezentacjami kategorii”, czymś, co podpowiada umysłowi, w jaki sposób podczas podejmowania decyzji uwzględniać pewne aspekty, a ignorować inne. Dla właścicieli gabinetów stomatologicznych są one często nie tylko pierwszymi podmiotami medycznymi, ale w ogóle pierwszymi przedsiębiorstwami, którymi kierują. Brak doświadczenia w zarządzaniu rzutuje na liczbę dostępnych wzorców, a tym samym posiadane opcje do wyboru.

Według Alfreda Czermińskiego zarządzanie jest dysponowaniem majątkiem przedsiębiorstwa i wyznaczaniem mu celu gospodarczego [13], a Peter Drucker określa zarządzanie, jako podejmowanie działań zmierzających do osiągnięcia tego celu, jednocześnie

nazywając je funkcją społeczną i sztuką wyzwoloną [22] oraz konkretnym i wyróżniającym instrumentem działania każdej organizacji [20]. Osiąganie celów występuje w wielu definicjach zarządzania. W „Encyklopedii organizacji i zarządzania” opisano zarządzanie jako działalność kierowniczą polegającą na ustaleniu celów i powodowaniu ich realizacji [27]. Monika Kostera nazywa zarządzaniem proces planowania, organizowania, motywowania i kontrolowania pracy, organizacji i jej uczestników oraz wykorzystywania dostępnych zasobów do osiągnięcia celów organizacji [63]. Ryszard Manteuffel zarządzaniem nazywa z kolei robienie wszystkiego, co jest możliwe, aby doprowadzić do maksimum realizację celu przedsiębiorstwa. Podobnie spoglądają na temat William Shrode, Dan Voich Jr. definiując zarządzanie jako zespół działań koordynujących i integrujących zasoby dla osiągnięcia celu organizacyjnego [64]. W zbliżony sposób zagadnienie postrzega Jan Zieleniewski, opisując zarządzanie jako działania zmierzające do spowodowania działania rzeczy zgodnie z celem kierującego [124] oraz Witold Kieżun, który widzi zarządzanie jako powodowanie, aby ktoś lub coś zachowywał się zgodnie z celem organizacji [56]. Również James Stoner oraz Charles Wankler właśnie w zarządzaniu pracownikami dostrzegają możliwość osiągnięcia ustalonych celów, które określają procesem planowania, organizowania, przewodzenia, kontrolowania działalności członków organizacji oraz korzystania z wszystkich jej zasobów [104].

Jerzy Kurnal analizuje temat organizacji z perspektywy właścicielskiej, definiując zarządzanie jako szczególny rodzaj kierowania oparty na władzy wynikającej z praw własności do rzeczowych środków [69]. Prowadzenie własnej działalności gospodarczej, jaką jest gabinet stomatologiczny, bez względu na przyjętą formę prawną wymaga czytelnego zdefiniowania decydenta i zarządzania uwzględniającego aspekt finansowy przedsięwzięcia. Tymczasem jak podkreślają Donald Brecon, Brick Lancaster i John Harvey, lekarze postrzegają swoją pracę przede wszystkim jako służbę, misję i powołanie [3]. Nie stoi to w sprzeczności ze sprzedażą usług medycznych oraz zyskiem, ale może powodować, że nie są one kluczowe podczas ustalania celów praktyki stomatologicznej. Jednak to właśnie zysk umożliwia zakup sprzętu, szkolenie zespołu, a w konsekwencji pozwala wpływać na poprawę dostępności i jakości świadczonych usług oraz rozwój gabinetu. Roland Caude oraz Abraham Moles definiują zarządzanie jako zespół czynności zmierzających do osiągnięcia pozytywnych rezultatów finansowych przy końcu określonych okresów, wybór, podział i zastosowanie środków przedsiębiorstwa, jak również stosunki wszelkiego rodzaju, jakie może ono utrzymywać z innymi osobami prawnymi [9]. Linda Swayne, Jack Duncan, Peter Ginter prezentują zarządzanie strategiczne z wykorzystaniem klasycznych narzędzi do analiz sektora ochrony zdrowia [108]. Bez względu na wybrany model zarządzania gabinetem stomatologicznym miarami jego efektywności i sukcesu funkcjonowania są generowane przychody i rentowność działalności.

Zarządzanie gabinetem stomatologicznym jest ciągłą próbą optymalnego dostosowania przyszłych i bieżących działań do zmieniających się oczekiwań pacjentów i nie tylko ich nieustannego spełniania, lecz wręcz przekraczania. Ponieważ wartość będąca różnicą pomiędzy realizacją a oczekiwaniami jest istotą wywierania na pacjencie efektu pozytywnego zaskoczenia i źródłem jego otwartości na dalsze leczenie i rekomendowanie gabinetu innym pacjentom. Jak słusznie zauważają Aneta Czerwiak i Karol Ćwik wzrost świadomości pacjentów i zmieniające się oczekiwania wobec usług zdrowotnych

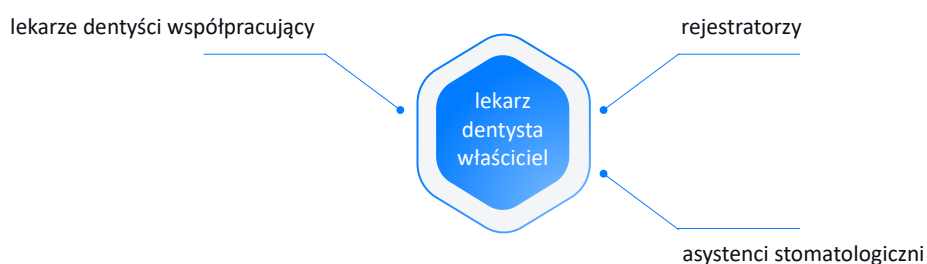
wymuszają budowanie pozytywnego wizerunku placówek medycznych [16]. Ewa Chmielewska-Kemicer z Beatą Karakiewiczek uważają, że pacjenci oceniają wizerunek przez pryzmat własnych kryteriów, za pomocą których tworzą zbiór skojarzeń, przypisując je placówce. Część z nich powstaje w efekcie zaplanowanych czynności, a na pozostałe zarządzający mają mniejszy wpływ. Z tego powodu istotne jest optymalne wykorzystanie działań, za pomocą których zarządzający mogą wpłynąć na wizerunek gabinetu na rynku, szczególnie, że ów wizerunek zawiera w ocenach dokonywanych przez pacjentów zarówno elementy racjonalne, jak i emocjonalne [10]. Terrence Rynne zauważa, że wizerunek placówki medycznej to zbiór informacji, dzięki którym placówka jest zapamiętywana, a tym samym znana przez pacjentów [95]. Wizerunek gabinetu stomatologicznego to nie tylko wygląd zewnętrzny placówki i estetyka wnętrza, to również profesjonalny wizerunek kreowany przez zespół stomatologiczny i metody pracy z pacjentem. Z tego powodu Jolanta Świdarska z Leszkiem Graczem wskazują na rozwój zaufania pacjentów do placówki jako główny cel kształtowania dobrego wizerunku placówki medycznej [115], a dodatkowo Jolanta Świdarska zauważa, że wizerunek placówki medycznej powinien odzwierciedlać realne działania, aktywność oraz inicjatywy charakterystyczne dla danej firmy [116].

W zarządzaniu gabinetem stomatologicznym można dostrzec również wiele analogii do klasycznej szkoły zarządzania, tej, którą zauważa Adam Strybała - wyłonionej na początku dwudziestego wieku obok podejścia behawioralnego i ilościowego [100]. Placówka medyczna analizowana jako całość jest systemem racjonalnym, który dąży do osiągnięcia określonych przez zarządzających celów z możliwie największą sprawnością poprzez realizowanie przydzielonych pracownikom indywidualnych funkcji i zadań. Kierowanie gabinetem stomatologicznym zawiera cechy trzech klasycznych podejść do zarządzania. W pierwszym nurcie, stworzonym przez Fredericka Taylora, Lillian Gilbreth, Franka Gilbretha, Henry Gantta, Harringtona Emersona można zestawić naukowe podejście z uwagą skierowaną na poprawę działania poszczególnych pracowników gabinetu i optymalizacją osiąganych przez nich wyników prowadzącą do wzrostu ich efektywności. W ujęciu administracyjnym, stworzonym głównie przez Henriego Fayola, Lyndalla Urwicka i Chestera Barnarda osiągnięcie celów w gabinecie stomatologicznym wymaga koncentrowania się na zarządzaniu organizacją w oparciu o cztery główne funkcje kierownicze z uwzględnieniem skutecznej komunikacji w zespole. Komunikacja, może być w skrócie zdefiniowana jako zrozumienie i zdolność członków zespołu do wykonywania poleceń. Trzecie z klasycznych podejść dotyczące teorii biurokracji, jest modelem wprowadzonym przez Maxa Webera, w gabinecie stomatologicznym przejawia się poprzez schemat organizacyjny zbudowany na formalnych i zalegalizowanych uprawnieniach władczych, wyraźny podział pracy pomiędzy stanowiskami oparty na specjalizacji oraz stosowanie szczegółowych procedur medycznych dotyczących realizacji usług. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że w gabinetach stomatologicznych funkcjonujących na rynku stosowana jest hierarchia stanowisk oraz utrzymywany jest zauważalny dystans w relacjach pomiędzy właścicielem i pozostałymi członkami zespołu.

2.2 Charakterystyka liniowego modelu funkcjonowania gabinetu

Z przeprowadzonych obserwacji i badań audytowych gabinetów stomatologicznych wynika, że na rynku usług stomatologicznych dominuje liniowy model funkcjonowania gabinetu, którego główną cechą jest realizowanie całości leczenia pacjenta przez jednego lekarza dentystę. Hanna Foltyn liniowy rodzaj struktury określa mianem klasycznego scentralizowanego [29]. Na rys. 2.1. przedstawiono strukturę zespołu gabinetu stomatologicznego najczęściej złożonego z²:

- lekarza dentysty będącego właścicielem,
- lekarzy dentystów współpracujących,
- asystentów stomatologicznych wykonujących również zadania higienistów,
- rejestratorów.

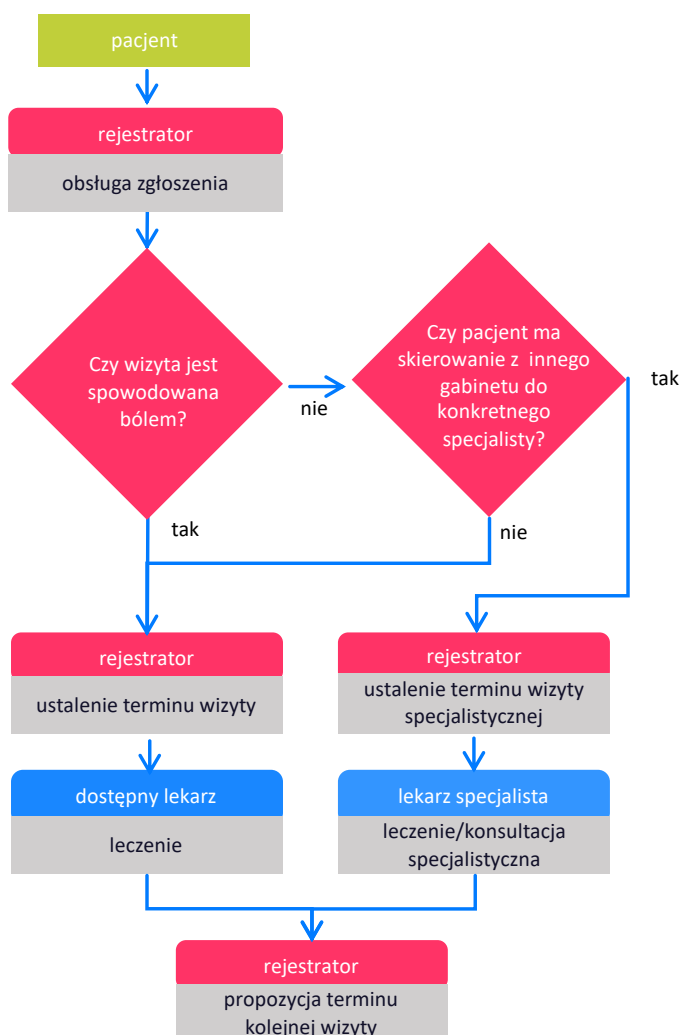


Rys. 2.1. Struktura organizacyjna gabinetu stomatologicznego w modelu liniowym.

W modelu liniowym wszystkie procedury medyczne u pacjenta są realizowane przez jednego lekarza dentystę, do którego pacjent zostaje losowo skierowany przez rejestrację. Podczas kontynuacji leczenia konsekwentnie umawiany jest na kolejne wizyty i kompleksowo leczony przez tego samego lekarza. Model ten powoduje, że zabiegi z różnych specjalizacji wykonuje jeden lekarz, a pacjent jest przekazywany na specjalistyczne zabiegi i konsultacje do innych lekarzy tylko w skrajnych przypadkach związanych z ryzykiem wystąpienia trwałego ubytku na zdrowiu lub w następstwie konieczności wykonania zabiegów medycznych wykraczających poza wiedzę i umiejętności medyczne lekarza leczącego pacjenta. Jest to następstwem popularnej na rynku metody rozliczania wynagrodzenia lekarzy dentystów opartej na procentowym udziale prowizyjnym w wartości każdego wykonanego zabiegu. Dzieje się tak z powodu historycznych naleciałości w zakresie leczenia pacjenta przez jednego lekarza oraz obawy przed przesunięciem pacjenta wraz z wynagrodzeniem za kolejne zabiegi do innego specjalisty. Takie rozwiązanie powoduje ograniczenie dostępu pacjenta do lekarzy różnych specjalizacji. Na rys. 2.2. przedstawiono obsługę pacjentów w modelu liniowym, w którym pacjent zapisywany na wizytę jest przez rejestrację do pierwszego dostępnego lekarza i leczony jest w zgłoszonym przez niego zakresie, bez podejmowania próby rozmowy na temat innych problemów stomatologicznych, o których występowaniu pacjent dotychczas nie miał świadomości. Powodem występowania tego zjawiska jest nieuzasadniona obawa o utożsamienie

² W celu zapewnienia przejrzystości pracy oraz zgodnie z zamierzoną intencją unikania przypisywania funkcji zawodowych do płci, w dysertacji zastosowano jednolitą odmianę nazewnictwa wszystkich stanowisk i zawodów w odniesieniu do rodzaju męskiego.

dentysty ze sprzedawcą proponującym pacjentowi niepotrzebne rozwiązania. Powstaje ona w następstwie pominięcia podczas komunikacji istotnego etapu, jakim jest budowanie świadomości i zbyt wczesne przejście do etapu prezentowania rozwiązań. To sprawia, że pacjent nie rozumiejąc wpływu chorób przyzębia na stan zdrowia organizmu, uznaje prezentowane rozwiązania jako niepotrzebne i nie podejmuje leczenia. Zignorowanie etapu omówienia planu leczenia skutkuje węższym zakresem wykonywanych zabiegów oraz może zagrażać zdrowiu pacjenta, utrzymując go w stanie nieświadomości o bieżącym stanie zdrowia jamy ustnej. Odpowiedzialność za kontynuację leczenia przez pacjenta przesunięta zostaje na rejestratora.



Rys. 2.2. Model przepływu pacjenta w modelu liniowym. Źródło: badania własne.

Usługa medyczna według Joanna Hołub-Iwan została opisana i zdefiniowana jako zbiór korzyści dla pacjenta, do których należą [45]:

- poprawa stanu zdrowia psychicznego i fizycznego,
- zniesienie bólu,
- ratowanie życia,
- profilaktyka zdrowotna,

- eliminacja: ryzyka, niepokoju, stresu.

Jadwiga Suchecka usługę medyczną nazywa produktem o nazwie „zdrowie”, który jednak nie znajduje się w sprzedaży, a w zamian oferowane są pacjentom usługi przywrócenia, utrzymania i poprawy stanu zdrowia [106]. Proces świadczenia usługi medycznej obejmuje przygotowanie, realizację oraz obsługę pacjentów będących w trakcie leczenia oraz po jego zakończeniu. Wizyty pacjentów w gabinetach stomatologicznych związane są z potrzebą wykonania usług medycznych w zakresie zniesienia bólu lub poprawy stanu zdrowia poprzez usunięcie dyskomfortu korzystania z narządu żucia. Należy dodać, że do zadań lekarza dentysty poza leczeniem należy również przekazywanie pacjentom informacji związanych z profilaktyką prozdrowotną i wyjaśnienie konsekwencji zaniedbań w zakresie utrzymania higieny jamy ustnej dla zdrowia całego organizmu. W gabinetach, w których stosowany jest liniowy model zarządzania, praktykowane jest wykonywanie przez lekarzy dentystów również zabiegów higienizacji. W części gabinetów wynika to z tego, że nie zostały w nich wydzielone specjalistyczne gabinety higienizacji i nie wyznaczono higienistów dedykowanych wyłącznie do wykonywania tego typu usług. Również z tego, że lekarze celowo nie przekazują pacjentów do higienistów i sami wykonują zabiegi kosmetyczne, pomimo że jest to sprzeczne z postulowanym przez Jolanta Meller optymalnym wykorzystaniem personelu medycznego i zobowiązaniem kadry zarządzającej do zapewnienia usług medycznych na wysokim poziomie [75] oraz efektywnym zarządzaniem zasobami, którymi dysponuje gabinet. Z ekonomicznego punktu widzenia higienizacja powinna być wykonywana przez higienistów, ponieważ ich koszt pracy jest niższy niż lekarzy. Dentysta osiąga wyższą efektywność podczas wykonywania specjalistycznych zabiegów, a higienizacja może być z powodzeniem realizowana przez wyspecjalizowanych w tym obszarze higienistów.

Role pracowników gabinetów stomatologicznych powinny być dopasowane do posiadanych przez nich kompetencji. Tadeusz Oleksyn definiuje kompetencje jako zakres wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i zachowań oraz innych cech psychofizycznych ważnych w danej pracy, gotowość pracownika do działania w określonych warunkach i zdolność przystosowania do zmian, a także formalne wyposażenie w możliwości działania i podejmowania decyzji związanych z pracą [84]. Małgorzata Kossakowska i Iwona Sołtysińska opisują kompetencje jako zbiór cech pracownika: wiedzy dotyczącej określonej dziedziny, umiejętności dotyczących wykorzystania posiadanej wiedzy, a także postaw zmierzających do wykorzystania wiedzy we właściwy dla organizacji sposób [62]. Marcin Kęsy twierdzi, że cechy stałe kompetencji niezwykle trudno zmienić, a czasami jest to niemożliwe [54]. Szczególnie istotne jest zatem dopasowanie zadań realizowanych przez rejestratorów i asystentów z uwzględnieniem ich naturalnych predyspozycji w zakresie obsługi pacjentów. Zatem również podczas rozważań nad rozwojem kompetencji pracowników powinny zostać wzięte pod uwagę cechy nabywane. Do cech zmiennych, które można rozwijać, zalicza się: doświadczenie, zainteresowania, umiejętności, kwalifikacje zawodowe i pozazawodowe. Magdalena Szumska słusznie zauważa, że gabinetami zarządzają na ogół lekarze i w mniejszej części managerowie niebędący lekarzami. Określa kompetencje zarządcze lekarzy jako niewystarczające w następstwie niedoskonałości współczesnej dydaktyki, która nie przygotowuje lekarzy do prowadzenia działalności gospodarczej [112]. Rola zarządcza, którą są zobowiązani pełnić, stawia

przed nimi nowe wyzwania, spoza obszarów medycznych i zmusza w wielu sytuacjach do działania intuicyjnego, na bazie własnego doświadczenia i powoduje wybór sposobu zarządzania, który w ich ocenie jest odpowiedni do potrzeb i oczekiwań pacjentów oraz zespołu. Peter Drucker zauważa, że w chwili uświadomienia sobie przez zarządzającego swoich własnych wartości oraz przewagi, którą dzięki nim może uzyskać, pojawia się zdolność do identyfikacji pojawiających się szans [21]. Zarządzający gabinetami w modelu liniowym nie dostrzegają możliwości, jakie przynosi pełniejsze wykorzystanie potencjału do leczenia u obecnych pacjentów oraz zwiększenie liczby zabiegów na jednej wizycie i w efekcie koncentrują się głównie na pozyskiwaniu nowych osób do leczenia. Marcin Kautsch zwraca uwagę na oczekiwania wobec kadry zarządzającej dotyczące posiadania również wiedzy z zakresu marketingu, finansów i zarządzania zasobami ludzkimi [53]. To właśnie kierowanie profesjonalistami wykonującymi wolne zawody medyczne Mieczysław Pasowicz uważa za jedno z największych wyzwań stojących przed zarządzającymi [88]. Powyższe powoduje, że zarządzanie lekarzami dentystami wymaga stosowania metod odmiennych od używanych w relacjach z personelem pozamedycznym. Według Donalda Brecona, Bricka Lancastera i Johna Harveya lekarze polegają przede wszystkim na własnych ocenach i cenią niezależność w swoich działaniach, którą manifestują bierną postawą wobec motywacji finansowych [3]. Piotr Karniej twierdzi, że lekarzy powinna cechować nie tylko wiedza z zakresu medycyny, lecz również dyscyplin niemedycznych stosowanych w organizacji [50]. Jednak w obserwowanym liniowym modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym, lekarze wolniej ulegają trendom spoza nauk medycznych i wykazują większą bezwładność wdrażania rozwiązań z obszaru psychologii, ekonomii czy zarządzania. Lekarze będący właścicielami gabinetów podczas komunikacji ze współpracującymi z nimi dentystami dobierają niewystarczające argumenty, przedstawiając wpływ rozwoju kompetencji pozamedycznych na jakość pracy z pacjentem oraz skuteczność finalizacji procesów leczenia. Równie rzadko zatrudniają pracowników dedykowanych do kierowania gabinetem. Jeżeli to robią, zatrudniają osoby niebędące lekarzami i nadają im kompetencje do zarządzania tylko czynnościami operacyjnymi w zakresie nadzoru pomieszczeń, sprzętu, kontaktów z dostawcami usług i materiałów oraz zarządzania personelem niemedycznym w zakresie realizacji bieżących zadań i konstruowania grafików. W ramach efektywnego zarządzania kluczowe według Mieczysława Pasowicza jest zapewnienie odpowiednich warunków i narzędzi motywujących ich do skutecznej pracy oraz premiowania osiągniętych sukcesów [88]. Konsekwencją stosowania podziału zadań jest to, że osoba organizująca techniczne aspekty funkcjonowania gabinetu nosi wyłącznie cechy managera operacyjnego i jest uznawana przez członków zespołu za administratora, a nie za osobę zarządzającą gabinetem. W modelu liniowym zarządzanie personelem lekarskim, wszystkie decyzje personalne dotyczące zespołu, decyzje inwestycyjne, strategiczne i finansowe pozostają w kompetencjach właściciela, który osobiście realizuje tzw. triadę funkcji kierowniczych, w skład których wchodzi funkcje projektanta, stratega oraz lidera opisane przez Arnolda Kaluznego oraz Stephena Shortella [49]. W zakresie tych funkcji oczekiwane jest od zarządzającego kierowanie gabinetem, w sposób który prowadzi do budowania przewagi konkurencyjnej na rynku. Kierowanie według Bolesława Kuca polega na ingerowaniu w poszczególne etapy działania podległego zespołu [68]. Wraz z Marcinem Kautshem

należy zauważyć, że posiadanie umiejętności przywódczych jest jedną ze szczególnie przydatnych umiejętności w kierowaniu placówkami medycznymi [52]. Przywództwo lekarza będącego właścicielem gabinetu wzmacnia jego autorytet medyczny, który oddziałuje na lekarzy współpracujących skuteczniej niż narzędzia stosowane przez zarządzających, którzy nie są lekarzami. Niewystarczający poziom kompetencji należy rozwijać, co zauważają Marzenna Furtak, Piotr Książek oraz Cezary Rzemek podkreślając, że wobec wyzwań zachodzących w sektorze usług medycznych od zarządzających w opiece zdrowotnej oczekuje się kształcenia o charakterze ciągłym [31]. Zakres kształcenia menedżerów obejmuje obszary związane bezpośrednio z medycyną i nowymi metodami leczenia, rozwijaniem umiejętności twardych dotyczących kierowania procesami oraz umiejętności miękkich z zakresu budowania i utrzymywania relacji w zespole.

Rola asystentów stomatologicznych w modelu liniowym ograniczona jest do zadań związanych bezpośrednio ze wsparciem lekarzy dentyistów podczas wykonywania zabiegów i obejmuje:

- a. przygotowanie i dezynfekcję pomieszczenia przed wizytą pacjenta,
- b. dostosowanie ustawień unitu stomatologicznego do potrzeb lekarza dentyisty i wygody pacjenta,
- c. przygotowanie materiałów i narzędzi niezbędnych do zaplanowanego zabiegu,
- d. asystowanie lekarzowi dentyście podczas zabiegu,
- e. posprzątanie pomieszczenia po wizycie.

Ich działania skoncentrowane są na czynnej pomocy lekarzowi i biernej komunikacji z pacjentem ograniczającej się do zdawkowej interakcji podczas wprowadzania i wyprowadzania pacjenta z gabinetu. Opinie na temat wpływu relacji pomiędzy pacjentami a asystentami stomatologicznymi na satysfakcję pacjentów są wśród ekspertów podzielone. Fellani Danasra Dewi, Grita Sudjana oraz Yevis Marty Oesman twierdzą, że dostrzegają pozytywny wpływ tej relacji na chęć pacjentów do ponownego odwiedzenia kliniki [18], jednocześnie Sewon Park, Han-Kyoul Kim, Mankyu Choi i Munjae Lee wykazują, że komunikacja pacjentów z asystentami nie wpływa na satysfakcję osób leczonych dentyistycznie [87]. Bezspornym pozostaje fakt, że pacjenci oczekują od asystentów gotowości do reagowania na zgłaszany im dyskomfort. W modelu liniowym zarządzania gabinetem stomatologicznym popularne jest stosowanie rozwiązania, w którym asystenci dodatkowo wykonują również zadania higienistów oraz rejestratorów. Podział uwagi pomiędzy kilka pełnionych funkcji oraz wielozadaniowość w kilku obszarach negatywnie wpływają na budowanie ich profesjonalizmu i pogłębianie specjalizacji z zakresu asystowania podczas zabiegów. Stosowanie takiego rozwiązania sprawia, że obsługa pacjenta wykonywana jest w sposób pobieżny, a higienizacje są usługami okazjonalnymi, które nie stanowią elementu kompleksowości leczenia.

Rejestratorzy stomatologiczni w modelu liniowym koncentrują się na obsłudze pacjentów wykonywanej przez telefon i podczas bezpośredniego kontaktu w gabinecie oraz rozliczaniu płatności za wykonane zabiegi. Z prowadzonych obserwacji wynika, że podczas rozmów telefonicznych w ramach połączeń przychodzących, udzielają głównie odpowiedzi na pytania pacjentów dotyczące cen i zabiegów oraz zapisują na wizytę osoby zdecydowane. Obsługa pacjentów w tym modelu sprowadza się do rzeczowej komunikacji wyłącznie w obszarze zapytania skierowanego przez pacjenta i nie obejmuje działań,

które konwertują na wizytę pacjentów niezdecydowanych lub sondujących rynek. Rejestratorzy skoncentrowani są na realizacji przydzielonych zadań, a nie na zaspokojeniu potrzeb pacjenta. Ich podejście do wykonywanej obsługi można określić mianem wymuszonej uprzejmości, która zakłada udzielenie odpowiedzi i wykonywanie procedur, ale pozbawiona jest życzliwości oraz gotowości niesienia pomocy. Zauważalne jest to szczególnie w sytuacjach niestandardowych, wymagających indywidualnego podejścia rejestratora do pacjenta. W gabinetach z mniejszą liczbą unitów stomatologicznych i mniejszych zespołach, rolę rejestratorów pełnią asystenci, obsługując pacjentów w przerwach między zabiegami, rotacyjnie wykonując zadania związane z prowadzeniem kalendarzy lekarskich i rozliczaniem płatności za zabiegi.

Wszystkie procesy zachodzące w gabinecie stomatologicznym niebędące procesami medycznymi, czyli niezwiązane bezpośrednio z leczeniem pacjenta i procedurami medycznymi nazwać można umownie procesami pozamedycznymi. Występują na wszystkich etapach poprzedzających leczenie oraz po jego zakończeniu. Procedury te wspierają pozyskiwanie nowych i zachęcają pacjentów, którzy przerwali leczenie, przygotowują ich do leczenia od strony formalnej (zgody, oświadczenia, zbieranie danych), wprowadzają w proces leczenia, służą uświadamianiu konsekwencji jego zaniechania lub przerywania, obejmują działania w zakresie profilaktyki i utrzymania relacji z pacjentem po zakończeniu leczenia oraz wspierają zarządzającego podczas budowania zespołu, a następnie kierowania nim. Obszar procesów pozamedycznych obejmuje również czynności dotyczące standaryzacji pracy rejestracji, współpracy asystenta z pacjentem oraz komunikacji lekarza z pacjentem w ramach budowania jego świadomości związanej ze stanem zdrowia jamy ustnej. Zespoły pracujące w modelu liniowym koncentrują się na realizacji tylko podstawowych procesów w zakresie, który przedstawiony został na rys. 2.3.



Rys. 2.3. Procesy pozamedyczne realizowane w modelu liniowym.

W dominującym na rynku modelu liniowym również część procesów pozamedycznych pozostaje nieaktywna a te z nich, które są realizowane, obejmują wyłącznie bazowy zakres działań:

- a. Obsługa pacjentów skoncentrowana jest tylko na deklarowanych przez pacjentów potrzebach i informowaniu o zaplanowanych terminach wizyt. Zauważalna jest niska elastyczność dopasowania do potrzeb pacjentów.

- b. Gromadzenie danych obejmuje wyłącznie zakres informacji medycznych wymaganych prawem. Nie są pozyskiwane od pacjenta informacje mogące wpływać na jego stopień zadowolenia z przeprowadzonego leczenia. Nie są zbierane dane liczbowe obrazujące funkcjonowanie gabinetu i tym samym nie jest wykonywana analiza rentowności poszczególnych zabiegów.
- c. Zarządzanie zespołem rozumiane jest jako przydzielanie zadań i rozliczanie realizacji ich wykonania. Nie są analizowane przyczyny fluktuacji oraz nie jest wykonywana ocena pracochłonności wykonywanych procesów i zajętości czasowej poszczególnych członków zespołu. Rekrutacja jest procesem nieorganizowanym, realizowanym metodą intuicyjną, podobnie jak wdrożenie nowych pracowników. Brakuje szkoleń wprowadzających i wyznaczenia opiekunów wdrożenia.
- d. Współpraca z kontrahentami dotyczy wyłącznie zakresu uzgadniania warunków handlowych przy braku wspólnej komunikacji w zakresie współpracy. Nie występuje budowanie trwałych więzi z dostawcami usług zewnętrznych wykonującymi prace protetyczne.
- e. Zapewnienie ciągłości funkcjonowania gabinetu rozumiane jest jako zagwarantowanie mediów niezbędnych do prowadzenia działalności. Brakuje analizy indywidualnych potrzeb lekarzy dentystów i czynności prowadzących do zapewnienia kontynuacji zawartych z nimi kontraktów.

2.3 Mierniki funkcjonowania gabinetu w modelu liniowym

Ocena skuteczności działania gabinetu stomatologicznego może być mierzona wieloma różnymi wskaźnikami, jednak do efektywnego zarządzania niezbędne jest wybranie przez zarządzającego najważniejszych, które w jego ocenie będą pozwalały porównywać realizację z oczekiwaniami, a niejednokrotnie również osiągnięte wyniki z rynkiem. Jak zaznacza Jan Siwiec, monitorowanie wskaźników jakości jest obarczone trudnościami, ale jednocześnie podkreśla wagę systemu monitorowania jakości poprzez wskaźniki i dzieli je na dwie grupy: medyczne oraz subiektywne [98]. Wskaźniki efektywności, określane są jako KPI (Key Performance Indicator), według Adriana Grycuka pozwalają na ocenę bieżącej działalności i poprawę wyników firmy [38]. Sandra Grabowska podkreśla, że wskaźniki KPI nie służą do sprawdzania wszystkich informacji. Prowadzą do pomiaru kluczowych obszarów organizacji, to znaczy takich, których pomiar dostarcza miarodajne wyniki [36]. Pozwalają zobrazować faktyczny stan, w jakim znajduje się firma i jednocześnie dostarczać informację, która jest kluczowa przy założeniu, że cel jest osiągalny. Zdaniem Donalda Lightera, pomiar efektywności organizacji służy zarówno jakości usług zdrowotnych, jak i poprawie wyników finansowych [70].

W dysertacji założono zbliżony, wysoki poziom jakości usług medycznych świadczonych w gabinetach stomatologicznych. Z tego powodu nie są rozpatrywane wskaźniki medyczne dotyczące pomiarów standardów stosowanych procedur medycznych oraz ich jakości wykonania. W rozważaniach skoncentrowano się na pozamedycznych miernikach ilościowych oraz jakościowych, obrazujących skuteczność funkcjonowania zespołu gabinetu stomatologicznego i umożliwiających kontrolę kolejnych etapów kontaktu pa-

cjenta z zespołem. Jak twierdzi Michał Kornatowski, badania poziomu satysfakcji pacjenta z usług medycznych w warunkach konkurencyjności usług stały się niezbędne [61], a według Jarosława Fedorowskiego i Rafała Niżankowskiego wykonywane są z konieczności monitorowania jakości oraz również w celu marketingowym [28]. Realizacji procesów medycznych towarzyszy potrzeba pomiaru jakości wykonania prowadząca do stałego ich ulepszania. Jakość usług zdrowotnych jest wypadową wielu czynników, dlatego funkcjonują różne mierniki oceniające jej składowe. W medycynie stosowany jest popularny podział wskaźników zgodny z klasyczną koncepcją Avedisa Donabediana [74], który obejmuje monitorowanie jakości w trzech wymiarach:

- a) struktury (pomieszczenie, sprzęt, materiały, wyposażenie, personel i poziom jego wykształcenia),
- b) procesu (powikłania, zakażenia szpitalne, zagrożenia życia),
- c) wyniku (śmiertelność, czas leczenia).

Wśród wskaźników, których podstawą nie jest analiza składowych lub wysokości przychodów i kosztów, Katarzyna Dubas wymienia wskaźnik produktywności przeliczany na 1 łóżko w szpitalu lub 1 etap [23]. Do podobnych należą wskaźniki statystyczne takie jak: wskaźnik zajętości łóżek, liczba pacjentów przypadających na jedno łóżko, średni czas wykonania zabiegu, stosunek liczby pacjentów do wielkości zespołu medycznego czy wyrażony w dniach, wskaźnik czasu oczekiwania na konsultację.

Niektóre międzynarodowe organizacje zbierają dane i opracowują wskaźniki jakości usług medycznych. W internetowej bazie OECD [83] udostępniane są dane statystyczne dotyczące zdrowia i systemów opieki zdrowotnej z 38 wysokorozwiniętych państw, które można wykorzystać do analiz porównawczych. Wśród danych dotyczących stomatologii, dostępne są informacje o liczbie praktykujących lekarzy dentystów. Podobne statystyki zbierane są w bazie European Core Health Indicators w celu monitorowania poziomu zdrowia w UE [58]. Gromadzone są w niej dane dotyczące między innymi przeciętnego czasu życia pacjentów, liczby odniesionych urazów, śmiertelności wynikającej z wybranych chorób. Jedyne wskaźniki w bazie ECHI związane ze stomatologią dotyczą równości dostępu do usług opieki stomatologicznej i zawierają dane dotyczące m.in. odsetka osób deklarujących niezaspokojone potrzeby w zakresie usług stomatologicznych z powodu barier finansowych, czasu oczekiwania na wizytę lub odległości dojazdu do lekarza. Dane ujęte są w podziale na wiek, płeć, poziom wykształcenia oraz osiągnięte dochody. Na stronie internetowej European Centre for Disease Prevention and Control dostępne są interaktywne bazy chorób zakaźnych, a wśród nich geoportal ECDC [26] przedstawiający powiązanie występowania chorób z danymi geograficznymi. Baza ta nie zawiera statystyk na temat próchnicy pomimo powszechnego uznania jej za chorobę zakaźną. Nie zawiera żadnych danych bezpośrednio związanych ze stomatologią. Organizacją również działającą na rzecz poprawy zdrowia publicznego i opracowywania uniwersalnych wskaźników jakości usług zdrowotnych jest Division of Country Health Systems działająca w ramach World Health Organization [120]. Organizacja ta opracowała narzędzie Performance Assessment Tools for Quality Improvement in Hospitals (PATH), w którym gromadzone są dane dotyczące:

- a. efektywności opieki medycznej (zakażenia szpitalne, śmiertelność, ponowne przyjęcia pacjentów),

- b. efektywności obsługi (średni czas wykorzystania bloku operacyjnego, czas od przyjęcia do zabiegu, długość pobytu),
- c. personelu medycznego (wykształcenie, nieobecności, rotacje, nadgodziny, zranienia igłą),
- d. komfortu pacjentów (dostęp do leczenia i jakość obsługi),
- e. efektywności ekonomicznej (udział kosztów na pacjenta, cash flow do zadłużenia).

Podobnie jak w wymienionych poprzednio bazach, dane dotyczące stomatologii gromadzone są w wąskim zakresie i obejmują główne ilościowe wskaźniki branżowe.

Z przeprowadzonych badań parametrów działania praktyk stomatologicznych wynika, że 90,8% gabinetów funkcjonuje w modelu liniowym, a osoby zarządzające nimi nie gromadzą danych liczbowych dotyczących funkcjonowania placówki, nawet z zakresu struktury wykonywanych zabiegów. W tych, w których dane są zbierane, nie są one poddawane szczegółowej analizie, a przeczuć i intuicja są podstawami zarządzania. Mimo, że Aleksandra Krawczyńska oraz Dariusz Trzmielak zwracają uwagę na istotność zapewnienia wysokiej jakości szczególnie w opiece zdrowotnej, ponieważ świadczone usługi dotyczą życia i zdrowia człowieka [66], to jednak przy braku podstawowych danych o gabinecie, trudno jest nie tylko mierzyć poziomy jakości, ale również planować cele i weryfikować ich realizację. Jakość może być traktowana również jako szersze pojęcie, które oprócz oceny poziomu usługi medycznej, zawiera dodatkowo obszary obsługi i komunikacji, które również podlegają pomiarowi, a ich wyniki odnoszone są do poziomów oczekiwanych przez pacjentów. Z tego powodu Krzysztof Opolski, Grażyna Dykowska i Monika Możdżonek zauważają, że jakość nie jest najlepszym możliwym stanem, ale celem, często obiektywnym, do którego powinno się dążyć [85]. W modelu liniowym zauważalne jest skoncentrowanie zarządzających na zaledwie niewielkiej części wskaźników obrazujących parametry jego funkcjonowania. Nie są stosowane proponowane przez Adama Kopińskiego i Dariusza Porębskiego wskaźniki udziału przychodów ze sprzedaży poszczególnych usług w przychodach ogółem lub wskaźniki udziału w kosztach działalności operacyjnej, kosztów wynagrodzeń i ich pochodnych [60]. Uwaga osób zarządzających skupiona jest w większym stopniu na kwocie generowanego zysku niż badaniu efektywności pracy z pacjentem i umiejętności wykorzystania dostępnego potencjału. Stosowane mierniki dotyczą głównie obszaru ekonomicznego w zakresie przychodów oraz ilościowego obejmującego liczbę przyjętych pacjentów. Jakość usług medycznych w tak działających gabinetach jest błędnie utożsamiana z liczbą zgłoszonych przez pacjentów reklamacji, a brak czytelnego sygnalizowania przez nich niezadowolona finalnie odbierany jest jako ocena pozytywna.

Robert Furtak dostrzega w jakości usługi jeden z kluczowych czynników wpływających na głębokość oraz trwałość więzi z pacjentem, który zwiększa ich skłonności do leczenia w danym podmiocie [32]. Tymczasem zaledwie w kilku gabinetach z obserwowanej grupy, zarządzający pozyskiwali wiedzę o rzeczywistej ocenie wystawianej gabinetowi przez pacjentów, korzystając z badań poziomu obsługi z wykorzystaniem narzędzia tajemniczy pacjent. Jest ono znane zarządzającym w wielu branżach, ponieważ funkcjonuje na rynku od wielu lat pod nazwą tajemniczy klient i zostało szczegółowo przed-

stawione w literaturze oraz licznych publikacjach [90, 25, 51, 118]. W ocenie Anny Piątek jakość oznacza poziom, który w zestawieniu z zalecanymi lub oczekiwanymi normami jest na skali wartości na wyższym stopniu [91]. Nie znając oczekiwań pacjentów i wystawianej przez nich oceny, mierzenie jakości pracy zespołu z pacjentem jedynie w oparciu o własne, subiektywne odczucia zarządzających rzadko przedstawia rzeczywisty poziom spełnienia oczekiwań pacjentów.

Kazimierz Rogoziński uważa, że zaangażowanie pracowników ma równie duże znaczenie w procesie świadczenia usługi jak wiedza, specjalistyczne umiejętności i postępowanie w zgodzie ze standardami [93]. W części z obserwowanych placówek zarządzanych w modelu liniowym pracownicy rozumieją zaangażowanie jako działanie zgodne z procedurami i próbę możliwie najlepszego zastosowania ustalonych reguł, nawet jeżeli stoją w sprzeczności z oczekiwaniami pacjenta i mogą mieć wpływ na negatywną ocenę gabinetu. Jest to następstwem koncentrowania się osób zarządzających na przestrzeganiu realizacji procesów wewnętrznych podczas obsługi i braku szkolenia personelu w zakresie wrażliwości na potrzeby pacjentów. Katarzyna Krot zauważa, że istnieje drugie oblicze zapewnienia jakości usług i wskazuje na zjawisko, w którym jego poprawa jest następstwem stworzenia personelowi sprzyjających warunków pracy, w których możliwe jest świadczenie usług zbieżnych z oczekiwaniami pacjentów [67]. W efekcie takich działań istnieje możliwość zbudowania zespołu, który nie jest pozbawiony umiejętności i motywacji do łączenia procedur z potrzebami pacjentów. Jak podkreśla Jacek Klich, personel medyczny będąc ważnym zasobem dla firmy, wymaga precyzyjnego opracowania i wdrożenia metod motywacji [57], a Elżbieta Skrzypek celnie uzupełnia niniejsze rozważania uwagą, że poziom tej motywacji zależy od przyznawanych nagród za osiągnięte przez nich sukcesy, ale również od stopnia wykorzystania ich wiedzy i unikatowego doświadczenia [99]. Dostrzeżono potrzebę popularyzacji wśród osób zarządzających gabinetami stomatologicznymi pomiaru i analizy wskaźników efektywności pracy lekarzy i higienistów. Dane te są źródłem wartościowej informacji zarządczej, podstawą do podejmowania decyzji i budowania konkurencyjności gabinetu na rynku. Analiza skuteczności pracy z pacjentem na różnych etapach leczenia daje obraz poziomu obsługi, skuteczności budowania motywacji pacjenta do leczenia i umiejętności rekomendowania rozwiązań medycznych.

3 Identyfikacja i podział wybranych czynników pozamedycznych funkcjonowania gabinetu stomatologicznego

3.1 Wprowadzenie

W literaturze podjęto próby zdefiniowania czynników pozamedycznych, nazywając je czasami przedsiębiorczością, satysfakcją, wizerunkiem lub komunikacją. Omawiano je dotychczas częściowo, wartościowano niepełnie lub całkowicie pomijano. Agnieszka Bukowska-Pietrzyńska dostrzega w swoich obserwacjach nie tyle czynniki pozamedyczne, co pozamedyczne właściwości usług świadczonych przez dentystów i związane z nimi szanse na kreowanie wizerunku gabinetu w oczach pacjentów [5]. W publikacjach zauważalny jest brak modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym w obszarze obsługi pacjentów, który uwzględnia wpływ czynników pozamedycznych na decyzje pacjentów oraz brakuje naukowej charakterystyki zagadnienia. W internetowej bazie publikacji ekonomicznych bazekon.icm.edu.pl, pod hasłem „czynniki pozamedyczne” wyszukiwany jest zaledwie jeden artykuł [7]. W bazie Master Journalist List będącej częścią Web of Science Group, żadna z publikacji nie zawiera hasła „non-medical factors”. Baza ScienceDirect wyszukuje 541 pozycje zawierające zwrot „non-medical factors”, jednak wszystkie dotyczą obszarów medycyny poza stomatologią.

Czynnikiem pozamedycznym można zatem nazwać czynnik spoza obszaru wiedzy i umiejętności medycznych, niezwiązany z procedurami leczenia i jakością ich wykonania, sprzętem czy zastosowanymi materiałami, który wpływa na decyzje pacjenta dotyczące leczenia oraz na ocenę jego przebiegu.

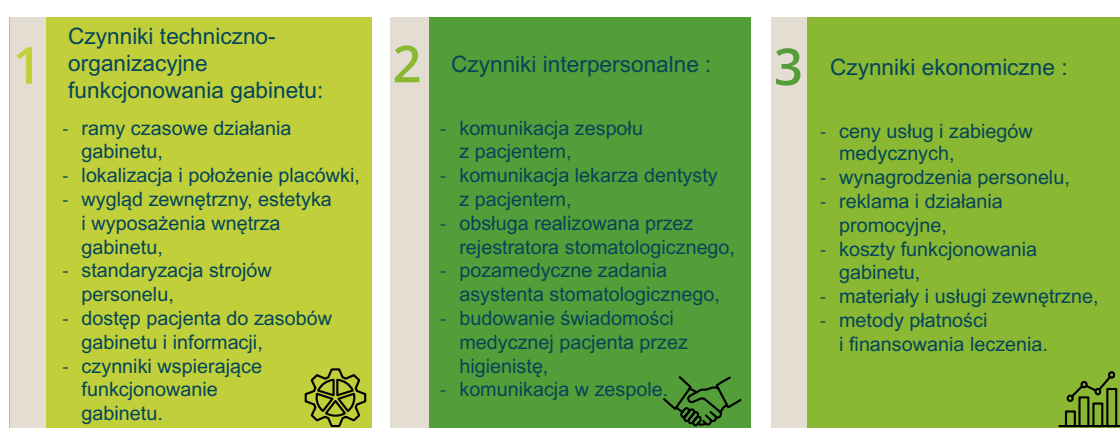
W badaniach, które prowadził Ji Min-Gyeong, podjęto próbę identyfikacji czynników wpływających na gotowość do ponownego skorzystania przez pacjentów z leczenia w tym samym gabinecie dentystycznym [77]. Zbliżoną narrację przyjął Sewon Park z zespołem, którzy opublikowali wyniki badań, podczas których skoncentrowali się na poszukiwaniu czynników wpływających na powrót pacjentów do gabinetów stomatologicznych, które mogą w efekcie wpływać na wyniki placówek medycznych [87]. W tych dwóch badaniach nie poświęcono jednak wystarczającej uwagi temu, jaki wpływ na efektywność ma wykorzystanie potencjału do leczenia u bieżących pacjentów i wzrost liczby zabiegów wykonywanych podczas jednej wizyty. Jako powroty pacjentów badacze zdefiniowali ponowne wybory tego samego gabinetu przy kolejnym leczeniu, podczas gdy powroty są rozumiane szerzej, również jako kontynuacje leczenia problemów stomatologicznych, które na dany moment nie powodują odczuwalnych dla pacjenta objawów, ale zostały zdiagnozowane przez lekarza dentystę jako występujące. Zatem dotyczą sytuacji, w których powroty pacjentów do gabinetu identyfikowane są nie tylko jako rozpoczęcie całkowicie nowego leczenia, ale również kontynuowanie zdiagnozowanych wcześniej problemów pozostających w ocenie pacjentów jako bezobjawowe i tym samym w ich błędnej ocenie niewymagających podejmowania natychmiastowego leczenia.

Zidentyfikowane czynniki pozamedyczne zostały zebrane w obszary z wykorzystaniem posiadanej wiedzy eksperckiej, na podstawie kilkuletnich analiz funkcjonowania gabinetów stomatologicznych i przeprowadzonych konsultacji z lekarzami i osobami zarządzającymi placówkami medycznymi. Zebrano i zaprezentowano wybrane z nich, które

mają realny wpływ na ocenę gabinetu przez pacjentów oraz ich decyzje medyczne. Wykonano sondaż diagnostyczny, podczas którego zapytano pacjentów o istotność tych czynników. Wyniki zaprezentowano i omówiono w rozdziale 4.1. Na rys. 3.1. zebrano i zaprezentowano wybrane czynniki, które realnie wpływają na decyzje pacjentów w aspekcie leczenia, pochodzące z trzech kluczowych obszarów:

- a. techniczno-organizacyjnego,
- b. interpersonalnego,
- c. ekonomicznego.

Podczas prowadzonych badań, których wyniki przedstawiono w rozdziale 4, zapytano pacjentów oraz grupy zawodowe związane ze stomatologią o czynniki z powyższych obszarów. Dzięki temu otrzymano odpowiedzi z różnych perspektyw, obrazujące odmienne spojrzenia w zakresie istotności czynników i ich wpływu na decyzje pacjentów.



Rys. 3.1. Obszary czynników pozamedycznych.

Możliwości czasowe odbycia wizyty u lekarza dentysty są różne wśród pacjentów i kierują nimi odmienne przyczyny. Najczęściej pozostają one poza obszarem, na który mogą wpływać pracownicy gabinetu stomatologicznego, choć część z nich wynika z nawyków i przyzwyczajeń pacjentów, a nie z powodu niemodyfikowalnych ograniczeń. Zależą od rozkładu aktywności dziennej, wykonywanej pracy i związanego z nią systemu zmianowego, planu lekcji w szkole lub zajęć na uczelni, jak również preferencji dotyczących określonego dnia tygodnia lub jego pory. Część z tych przyczyn można pogrupować w główne kategorie, pozostałe dotyczą indywidualnych oczekiwań.

3.2 Czynniki techniczno-organizacyjne

3.2.1 Ramy czasowe działania gabinetu

Jednym z podstawowych czynników pozamedycznych z obszaru technicznego funkcjonowania gabinetu są ramy czasowe jego działania. Parametry dotyczące godzin i dni, w których usługi stomatologiczne są dostępne dla pacjenta, kształtowane są przez osoby zarządzające gabinetami zgodnie z ich własną identyfikacją oczekiwań pacjentów i są projekcją na ten temat. Wynika to z chęci dostosowania godzin i dni działania gabinetu do oczekiwań możliwie największej grupy odbiorców. Powyższe sprawia, że

w gabinetach stomatologicznych proces ten następuje z pominięciem etapu analizy rzeczywistych potrzeb pacjentów w tym zakresie i wybór przedziałów aktywności czasowych gabinetu jest po prostu ustalony jako możliwie najszerszy i jednocześnie zbliżony do konkurencji.

3.2.2 Lokalizacja i położenie placówki

W grupie osób zarządzających gabinetami stomatologicznymi dominuje przekonanie o bezpośrednim związku pomiędzy liczbą pacjentów a lokalizacją. Z tego powodu często wybierane są lokale znajdujące się w centrach miast, niejednokrotnie w bezpośrednim sąsiedztwie innych praktyk stomatologicznych. Pacjenci nie przychodzą jednak pierwszy raz do placówki przypadkowo i nie wybierają gabinetów, ponieważ przechodzili obok i postanowili skorzystać z usług. Lokalizacja lokalu jest czynnikiem wpływającym na całościową ocenę gabinetu przez pacjentów, jednak jednym z wielu. Odmienne niż w przypadku sprzedaży detalicznej lub innego rodzaju usług, wybór lokalizacji nie różnicuje sposobu dokonywania zakupu przez pacjentów. Pomimo że usługi stomatologiczne noszą klasyczne cechy usług i występuje w nich nierozzerwalność procesów konsumpcji i wytworzenia, to jednak pomimo integralności usługi z osobą wykonawcy wybór lokalizacji, który potencjalnie umożliwia dostęp do większej liczby klientów, nie wpływa bezpośrednio na liczbę osób, które z tych usług korzystają. Wybór lokalizacji, w której zostaje otwarty gabinet, dotyczy dwóch poziomów: ogólnego i szczegółowego. Pierwszy z nich definiuje obszar prowadzenia usług rozumiany jako ogólna lokalizacja tj. wybór konkretnego miasta lub regionu, drugi precyzuje miejsce prowadzenia działalności, wskazując na dzielnicę, ulicę lub galerię handlową, bądź centrum medyczne. Lokalizacje w ścisłych centrach miast przestają być atrakcyjne i gabinety stomatologiczne częściej otwierane są bliżej miejsc zamieszkania pacjentów, niż ich miejsc aktywności zawodowej. Nie bez znaczenia pozostaje zachodząca na rynku zmiana modelu wykonywania pracy i wzrastająca popularność świadczenia pracy zdalnej. Wpływa ona na ograniczenie codziennej migracji osób z osiedli sypialnych i miejscowości okalających duże miasta do ich centrów. Pacjenci, decydując o wyborze gabinetu stomatologicznego, biorą pod uwagę również takie czynniki jak: odległość od placówki medycznej i czas dojazdu do niej z miejsca ich zamieszkania lub pracy, opłaty za parkowanie, dostępność miejsc parkingowych oraz łatwość dojazdu. Powoduje to, że wybór lokalizacji gabinetu poza ścisłym centrum miasta, z prostym dojazdem nieobciążonym utrudnieniami w ruchu i łatwo dostępnymi miejscami parkingowymi może być argumentem dla pacjentów. Dodatkowym utrudnieniem dla części pacjentów, szczególnie starszych, może być procedura związana z automatyzacją opłat za parkowanie, wymaganych do tego aplikacji oraz konieczności korzystania z płatności elektronicznych lub przedpłat. Możliwość parkowania w bezpośrednim sąsiedztwie placówki medycznej oraz jej umiejscowienie na parterze budynku wpływają na możliwość realizacji potrzeb pacjentów z dysfunkcjami lub ograniczeniami mobilności.

3.2.3 Wygląd zewnętrzny, estetyka i wyposażenia wnętrza gabinetu

Wygląd zewnętrzny i oznakowanie gabinetu stomatologicznego służą informowaniu pacjenta o zakresie świadczonych usług medycznych i ułatwiają pacjentom pierwszorazowym odszukanie placówki. Plafony i banery będące częścią wizerunku gabinetu służą temu, aby pacjent poprzez identyfikację oznakowania w łatwy sposób mógł zlokalizować i odnaleźć placówkę, jeżeli korzysta z usług po raz pierwszy lub w dużych odstępach czasu. Odczucia wizualne dotyczące oceny przez pacjenta procesów otaczających leczenie budują wiarygodność marki gabinetu. Wygląd zewnętrzny gabinetu, jego lokalizacja oraz estetyka wyposażenia pomieszczeń stanowią uwiarygodnienie domniemanego lub prawdopodobnego poziomu jakości świadczonych usług medycznych i potwierdzają profesjonalizm pracowników gabinetu. Są również wstępną informacją o poziomie cen usług medycznych, która umożliwia pacjentowi szacunkową ocenę tego, czy budżet, którym dysponuje, pozwala na korzystanie z zabiegów w tym gabinecie.

Nadawanie wizerunkowi zewnętrznemu gabinetu nadrzędnej wartości jest jednym z powszechnych błędów popełnianych przez osoby zarządzające, które nie tylko przypisują mu większe znaczenie, niż jest w rzeczywistości, ale dodatkowo przedkładają narzędzia marketingowe i kreowanie kwestii wizualnych podczas tworzenia pozytywnego wizerunku gabinetu ponad budowanie długofalowych relacji z pacjentami opartych na zaufaniu do wysokiej jakości obsługi. Czynniki związane z wyglądem zewnętrznym gabinetu oddziałują na pacjentów w zakresie wzrostu rozpoznawalności placówki na rynku. Oznakowanie może przypomnieć przechodzącemu obok gabinetu pacjentowi o bieżącym problemie stomatologicznym i być jednym z impulsów do podjęcia kontaktu z lekarzem. Nadużyciem jest jednak stwierdzenie, że pacjenci rozpoczynają leczenie stomatologiczne z powodu atrakcyjnego plafonu reklamowego czy logo umieszczonego na budynku.

Estetyka jest subiektywnym odczuciem dotyczącym doboru elementów wyposażenia wnętrza i przekazu wizualnego. Wygląd i kolorystyka ścian, podłóg, mebli oraz dodatków wpływają na odbiór placówki przez pacjentów. Modele i schematy uznawane w powszechnej opinii za mniej krzykliwe i niekontrowersyjne kojarzone są z powagą świadczonych usług medycznych. Ocena wizualna obejmuje również aspekt czystości pomieszczeń i dbałości o higienę powierzchni wspólnych. Ponieważ może ona wpływać na proces gojenia oraz ewentualne powikłania leczenia, to na jej podstawie pacjenci szacują prawdopodobną sterylność pomieszczeń zabiegowych. Sporną kwestią pozostaje to, czy ekskluzywnie wyposażenie wnętrza stanowi dla pacjentów potwierdzenie wysokiego poziomu realizowanych w placówce usług i jest czynnikiem, który korzystnie wpływa na ocenę gabinetu, czy sugeruje, że luksusowemu wyposażeniu towarzyszą wysokie ceny zabiegów, co finalnie prowadzi do negatywnych wniosków.

3.2.4 Standaryzacja strojów personelu

Zunifikowany wygląd strojów personelu stomatologicznego wprowadzający kolorystyczny podział z uwagi na pełnione funkcje zawodowe zapewnia pacjentowi przejrzystość kontaktów. Stroje umożliwiają rozróżnienie personelu od innych osób przebywających w praktyce stomatologicznej. Zapewniają pacjentowi dodatkowe poczucie bezpieczeństwa, ponieważ zmniejszają ryzyko podjęcia działań medycznych przez osoby do

tego nieuprawnione. W branży medycznej kojarzonej z wymogiem sterylności, czyste i jednolite stroje personelu są powszechnie obowiązującym standardem. Odgrywają istotną rolę w utrzymaniu higieny i podkreślają funkcjonowanie zespołu w ramach tych samych, obowiązujących wszystkich reguł. Pomagają kreować fachowy wizerunek, podkreślając prestiż grupy zawodowej związanej z medycyną. W stomatologii rzadziej stosowane są uniformy w kolorze białym, częściej wybierane są stroje zgodne z paletą barw firmowych, w odcieniach pastelów i szarości. Lekarze specjalizujący się w leczeniu dzieci noszą stroje z wesołymi motywami, których zadaniem jest pozytywne oddziaływanie na najmłodszych pacjentów i skupienie ich uwagi na interesujących elementach otoczenia zamiast na samym leczeniu.

Stroje posiadają logotyp gabinetu wykonany jako nadruk lub haft umiejscowiony tak, aby był widoczny dla pacjenta oraz identyfikator zawierający imię, nazwisko i stanowisko służbowe. Jest on elementem dopełniającym przekaz informacyjny, wskazującym na pełnioną funkcję i ważnym ułatwieniem w sytuacjach, w których członkowie zespołu noszą maski ochronne i trudne jest ich rozróżnienie. Dla pacjenta stroje i identyfikatory stanowią istotną część przekazu wizualnego placówki, potwierdzają profesjonalizm zespołu, porządkują rzeczywistość oraz spełniają potrzebę informacyjną. Pacjent w każdym momencie ma jasność, z kim z zespołu rozmawia, co w przypadku zaistnienia takiej potrzeby w przyszłości, ułatwi mu odwołanie się do czynności wykonywanej przez konkretną osobę, a nie bliżej niezidentyfikowaną.

3.2.5 Dostęp pacjenta do zasobów gabinetu i informacji

Zidentyfikowane czynniki pozamedyczne, które obejmują szeroko rozumiane odczucia pacjenta dotyczące oceny posiadanych w gabinecie zasobów przez pryzmat możliwości rzeczywistego korzystania z nich, zebrano i podzielono według kategorii dostępu do:

- a. lekarza rozumianego jako dostępność terminów wizyt,
- b. leczenia przez określonego lekarza,
- c. określonych, specjalistycznych usług i zabiegów medycznych,
- d. kontaktu z rejestratorem,
- e. zabiegów higienizacji,
- f. wsparcia procesu przez koordynatora pacjenta,
- g. informacji i opinii o gabinecie w internecie i social mediach,
- h. informacji o gabinecie w reklamach tradycyjnych i internetowych.

Najbliższy dostępny termin wizyty jest czynnikiem, który wpływa na decyzję pacjenta o wyborze gabinetu. Jeżeli jest zbyt odległy, pomimo że może świadczyć o dużej liczbie pacjentów korzystających z usług w danym gabinecie, może też zniechęcić do oczekiwania. Krótki termin odbierany jest przez pacjentów pozytywnie, chociaż dla części z nich, jest również sygnałem świadczącym o niższym zainteresowaniu usługami. Z pewnością termin dostępu do lekarza dentystry ma większe znaczenie dla tej grupy pacjentów, która odczuwa dolegliwość bólową i poszukuje możliwości szybkiego rozpoczęcia leczenia.

Czynnik, który również wpływa na decyzje pacjentów, obejmuje możliwości dostępu do leczenia realizowanego przez określonego lekarza dentystę. Dotyczy on przede wszystkim pacjentów, którzy otrzymali rekomendacje leczenia przez konkretnego lekarza oraz tych, którzy wcześniej korzystali z leczenia przez danego lekarza podczas jego pracy w innym gabinecie. Czynnik ten jest inicjowany, gdy udzielane polecenia nie dotyczą leczenia w gabinecie tylko określonej osoby. Przeplata się z innym czynnikiem pozamedycznym, który dotyczy dostępności określonych specjalistycznych usług, ponieważ na wybory części pacjentów wpływa to, czy w gabinecie wykonywane są zabiegi, których potrzebują. Dotyczy to głównie specjalistycznych zakresów leczenia obejmujących periodontologię, pedodontologię czy ortodontologię.

Możliwość nawiązania kontaktu z rejestracją jest czynnikiem pozamedycznym, który wpływa na ocenę gabinetu przez pacjentów. Uwzględnia możliwość dodzwonienia się do gabinetu, stosowany standard oddzwaniania przez rejestratorów na połączenia nieodebrane oraz czas, po jakim zostają udzielane odpowiedzi na pytania wysyłane drogą mailową lub za pośrednictwem social mediów. Zarówno dostępność rejestratora, jak i czas odpowiedzi mają znaczenie dla pacjentów. Szczególnie dla pierwszorazowych, których komunikacja z rejestracją jest pierwszym kontaktem z gabinetem. Trudność w dodzwonieniu się lub brak odpowiedzi na wysłaną wiadomość sugerują niski poziom dbałości o budowanie relacji z pacjentem.

Dostęp do usług higienizacji jest istotnym czynnikiem dla grupy pacjentów o wysokiej świadomości znaczenia regularnej higienizacji w profilaktyce zdrowia jamy ustnej. Możliwe jest przyjęcie uogólnienia, że pacjenci poszukujący dostępu do zabiegów higienizacji mają wyższą od przeciętnej świadomość medyczną i mniejszą liczbę problemów stomatologicznych. Podobna reguła towarzyszy czynnikowi dotyczącemu dostępu do koordynatora pacjenta. Pacjenci z większą świadomością medyczną, realizujący szeroki zakres leczenia, pragnący pozostać w stałym kontakcie z gabinetem, oczekują wyznaczenia osoby dedykowanej do ich obsługi. Takiej, która ma szczegółową wiedzę o procesie ich leczenia. Rozumiejąc, że obsługującym ich nie może być lekarz dentysta, poszukują możliwości pilnowania terminów wizyt właśnie przez koordynatora. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów, którzy planują dłuższe, wieloetapowe leczenie wymagające kilku wizyt. Obsługa realizowana przez koordynatora zapewnia pacjentowi łatwiejszy kontakt z gabinetem i przesuwą nadzorowanie ustalania oraz kontrolowania terminów wizyt na osobę do tego dedykowaną. Stanowisko koordynatora zapewnia wybranym pacjentom wyjątkową, spersonalizowaną opiekę.

Pacjenci wyszukują w internecie informacje o możliwości podjęcia leczenia i opinii zarówno o jakości usług medycznych, jak i poziomie obsługi, współpracy z lekarzem oraz ułatwieniach dostępu. Chcąc potwierdzić zasłyszane informacje i polecenia korzystają zarówno z internetowych wyszukiwarek, jak i profili w social mediach prezentujących gabinet. Informacje, do których mają dostęp, wpływają na budowaną przez nich własną ocenę gabinetu i możliwość skorzystania z wykonywanych w nim usług. Przekaz o gabinecie dociera do nich również z reklam. Zarówno tych tradycyjnych rozumianych jako przekaz w radio oraz lokalnej telewizji, jak i reklam zamieszczonych w internecie.

3.2.6 Czynniki wspierające funkcjonowanie gabinetu

Na działanie gabinetu stomatologicznego wpływają również czynniki pozamedyczne, które dotyczą zapewnienia ciągłości działania oraz usprawniania bieżącego funkcjonowania gabinetu oraz jego zespołu. Zidentyfikowano i przedstawiono sześć z nich, które mają istotny wpływ na jakość świadczonej obsługi pacjenta, dostępność terminów oraz wykorzystanie posiadanych zasobów. Są to:

- a. oprogramowanie do zarządzania gabinetem stomatologicznym,
- b. procedury wewnętrzne,
- c. szkolenia i rozwój,
- d. wybór i wdrożenie nowych osób,
- e. kompetencje zarządzającego,
- f. model zarządzania zespołem.

Oprogramowanie jest czynnikiem, który oddziałuje na jakość pracy zespołu i zakres wymienianych informacji. Jego funkcjonalność, przejrzystość i intuicyjność wpływają na decyzję o tym, z których dostępnych opcji będą korzystali pracownicy. Łatwość użytkowania danego oprogramowania sprawia, że informacje gromadzone są w jednym wskazanym miejscu zamiast wielu, często papierowych rejestrów. W takim przypadku zarówno agregowanie danych, jak i ich późniejsze analizowanie jest ograniczone poprzez źródło ich pochodzenia i różne formaty przechowywania. Stosowanie oprogramowania umożliwia za pomocą wymuszeń określonych działań, standaryzację formatu danych i systemową redukcję obszarów, w których istnieje możliwość popełnienia błędu przez pracownika. Jest alternatywą wobec systemu pamięciowego zapamiętywania schematów postępowania.

Na polskim rynku funkcjonuje kilka podobnych aplikacji dedykowanych do zarządzania gabinetem stomatologicznym. Oferują zbliżone funkcjonalności bazowe obejmujące przechowywanie kartotek medycznych pacjentów oraz prowadzenie kalendarzy lekarskich. Różnią się dodatkowymi funkcjami w zakresie wymiany informacji w zespole, obsługi pacjentów i automatyzacji komunikacji z nimi, tworzeniem cenników usług oraz opcjami raportowania zdarzeń. Oprogramowanie, które umożliwia przesyłanie danych pomiędzy lekarzem, asystentem i rejestratorem przyspiesza komunikację wewnętrzną, upraszcza schematy postępowania i skraca czas wykonywania procesów. Rejestrator, który otrzymuje w systemie informacje o kwocie do zapłaty za leczenie, nie podejmuje osobistego kontaktu z asystentem lub lekarzem w celu otrzymania takich informacji po zakończonej wizycie i sprawniej prowadzi etap rozliczenia płatności z pacjentem. Podobnie jest z przekazywaniem przez asystenta informacji o dłuższym niż zaplanowany czasie trwania bieżącej wizyty. Wiadomość przesłana rejestratorowi za pośrednictwem aplikacji nie wymusza ich bezpośredniego kontaktu i opuszczania przez asystenta gabinetu lekarskiego. Dotyczy to również sytuacji wymiany informacji pomiędzy osobami pracującymi w systemie zmianowym lub zastępującymi się na stanowisku podczas nieobecności. Oprogramowanie ułatwia rejestratorowi pełnienie funkcji centrum planowania czasu pracy całego zespołu medycznego. Integracja z komunikatorami internetowymi i zautomatyzowana komunikacja z pacjentami poprzez wykorzystanie systemowego wysyłania

wiadomości (np. sms) z informacją o nadchodzącym terminie wizyty pozwala na usprawnienie procesu potwierdzania obecności na wizytach i zmniejsza liczbę czynności wykonywanych przez rejestratora. Stwarza możliwość szybszego umawiania przez rejestratora pacjentów na powstałe wolne terminy i wpływa na efektywność wykorzystania dostępnego czasu pracy unitów stomatologicznych i lekarzy.

Na sposób przechowywania i przekazywania informacji w gabinecie stomatologicznym oprócz stosowanego oprogramowania wpływają również nawyki towarzyszące korzystaniu z niego. Są one konsekwencją stosowanych w gabinecie procedur wewnętrznych i sposobów ich respektowania. Określone schematy postępowania dotyczą wszystkich aspektów funkcjonowania gabinetu. Definiują podejmowane w określonych sytuacjach działania i kolejność ich wykonywania. Usprawniają pracę zespołu, czyniąc zadania przewidywalnymi i powtarzalnymi. W podobny sposób do procedur medycznych pozamedyczne procedury wewnętrzne narzucają stosowanie określonych kroków postępowania i skracają czas reagowania poprzez wykluczenie każdorazowego podejmowania decyzji. W tych samych sytuacjach pracownicy zachowują się w podobny sposób, niejako automatycznie. Nie muszą każdorazowo zastanawiać się, w jaki sposób rozwiązać określony problem, czy jaką czynność wykonać tylko działają zgodnie z ustalonym wcześniej schematem. Procedury wewnętrzne opisujące ważne i powtarzalne sytuacje budują w zespole poczucie bezpieczeństwa i niwelują obawy o błędnie podjęte decyzje. Dotyczą istotnych dla działania gabinetu kwestii, obejmujących przykładowe zakresy:

- zbieranie informacji o bieżących potrzebach materiałowych i na ich podstawie składanie zamówień u dostawców,
- przekazywanie pacjentowi informacji o przebiegu wizyty,
- sposób i metoda rozliczania płatności za zabieg,
- stosowane odpowiedzi i działania podczas sytuacji konfliktowych z pacjentem,
- odkładanie przedmiotów i narzędzi w ustalone miejsca,
- uzupełnianie zużytych materiałów na koniec dyżuru,
- stosowanie procedur udzielania odpowiedzi pacjentom,
- używanie jednolitych zasad wyceny podobnych zabiegów,
- stosowanie cyklu czynności związanych z otwieraniem i zamykaniem placówki,
- bieżące utrzymanie i serwisowanie sprzętu,
- współpraca z dostawcami usług zewnętrznych w zakresie zamawiania i odbierania wykonanych prac protetycznych,
- przygotowanie gabinetu lekarskiego do wizyty,
- sterylizacja narzędzi i utylizacja odpadów,
- wymiana informacji pomiędzy pracownikami.

Stosowanie przez zespół stomatologiczny jednolitych procedur wewnętrznych jest korzystne również dla pacjenta. Buduje profesjonalny wizerunek gabinetu i nie pozostawia przestrzeni na interpretację działań pracowników jako przypadkowe. Poprzez różnice w postępowaniu w tych samych sytuacjach pozamedycznych pacjent może nieświadomie projektować i przenosić swoje obawy na obszar medyczny, utożsamiając brak lub niestosowanie wewnętrznych standardów obsługi z brakiem jednolitych procedur medycznych.

Możliwość rozwoju zawodowego poprzez dostęp do szkoleń zewnętrznych wpływa na ocenę gabinetu przez członków zespołu stomatologicznego. Ich celem jest zapewnienie możliwości uczenia się i otrzymania merytorycznego wsparcia od doświadczonych specjalistów. Umożliwiają nabycie praktycznych umiejętności medycznych, poznanie standardów pracy z pacjentem oraz zrozumienie zasadności stosowania jednolitych procedur wewnętrznych. Wszystko powyższe wpływa na kształtowanie oczekiwanych nawyków zawodowych i wymiany doświadczeń pomiędzy współpracownikami. Częstotliwość szkoleń i ich zakres merytoryczny wpływają na jakość współpracy w zespole oraz jakość obsługi pacjenta. Procesy rozwojowe pozwalają na uzupełnienie brakujących w gabinecie zasobów, ale ich drugim równie istotnym zadaniem jest wzrost świadomości zespołu na temat istotności wdrożenia standardów postępowania z pacjentem. Umożliwiają przedstawienie zespołowi procesu leczenia widzianego z perspektywy pacjenta i jego obaw. Również tych, które są oceniane przez osoby funkcjonujące w branży stomatologicznej jako drugorzędne lub nieistotne. Tymczasem dla przeciętnego pacjenta to właśnie te drobne niepokoje i metody ich łagodzenia wpływają na całościową ocenę gabinetu. Strach przed bólem, niechęć do długotrwałego leczenia i obawy związane z jego finansowaniem czynią proces obsługi pacjenta i dostarczanie oczekiwanych rozwiązań ważnym dla niego elementem leczenia.

Kolejnym czynnikiem pozamedycznym wpływającym na funkcjonowanie gabinetu są kompetencje zarządzającego. Realizowane przez zarządzającego zadania obejmują: kierowanie procesami, zarządzanie zespołem, planowanie oraz delegowanie i rozliczanie przydzielanych zadań. Posiadana przez niego wiedza, doświadczenie i umiejętności z zakresu zarządzania ograniczają przypadkowość i wpływ intuicji na świadomość podejmowanych decyzji. Kompetencje zarządzającego wpływają na wybrany przez niego model zarządzania. W zależności od tego, czy jest on skoncentrowany na procesach, na współpracownikach czy na pacjentach, dobiera narzędzia wspierające realizację założonych celów. Różnice w schematach myślenia o gabinecie, o najbliższym otoczeniu biznesowym, o współpracownikach, o pacjentach, jak również sposoby podejmowania decyzji tworzą określony rodzaj kultury organizacyjnej gabinetu stomatologicznego, który stanowi jeden z jego wyróżników na rynku. Stosowany model zarządzania jest następstwem sposobu myślenia i postrzegania świata przez zarządzającego, zarówno tego wewnętrznego, w gabinecie, jak i zewnętrznego zbudowanego z pacjentów, dostawców i konkurencji. Wynika z unikatowego interpretowania rzeczywistości w oparciu o wcześniejsze doświadczenia.

3.3 Czynniki interpersonalne

3.3.1 Komunikacja zespołu z pacjentem

Ocena jakości medycznej wykonania zabiegu stomatologicznego jest trudna do prawidłowego wykonania przez przeciętnego pacjenta. W związku z powyższym, z reguły ogranicza się do oceny pozamedycznych efektów leczenia analizowanych w zakresie estetyki, odczuć własnych pacjentów, oceny organoleptycznej językiem wykonanych wypełnień oraz dopasowania zgryzu szczęki i żuchwy. Wszystkie pozostałe aspekty zabie-

gów dentystycznych pozostają poza wiedzą i zdolnościami poznawczymi większości pacjentów. Przy założeniu, że pacjent nie odczuwa żadnego dyskomfortu po zabiegu, różnice pomiędzy gabinetami obejmują poziom komunikacji z pacjentem i zakres przekazywanych informacji. Dotyczy to zarówno etapu poprzedzającego zabieg, etapu omawiania wyników badań, jak i prezentowania po wykonanym zabiegu zastosowanych rozwiązań. Profesjonalna komunikacja z pacjentem realizowana jest na bazie standardów obsługi zdefiniowanych przez zakres przekazywanych informacji i stosowane metody obsługi pacjenta. Jej istotność wynika, z tego, że dotyczy obszaru, który łatwo jest oceniany przez pacjenta i może stanowić wyróżnienie na tle podobnych placówek. Konieczność stosowania komunikacji opartej na kulturze i uprzejmości jest oczywista i nie podlega rozważaniom co do zasadności. Komunikacja z pacjentem obejmuje udzielanie odpowiedzi na wszystkie pytania i przekazywanie informacji, które uwzględniają potrzeby pacjenta.

3.3.2 Komunikacja lekarza dentysty z pacjentem

Na zmieniającym się rynku usług stomatologicznych rola lekarza dentysty przestaje być ograniczona wyłącznie do bycia specjalistą skupionym na procesie leczenia, który pozostawia komunikację z pacjentem innym członkom zespołu. Pozamedyczna funkcja pełniona przez lekarza dentystę obejmuje również edukację pacjenta na temat sytuacji w jego jamie ustnej. Sposób prowadzenia rozmowy, kolejność przedstawianych informacji, korzystanie ze zdjęć prezentujących stan bieżący i możliwe do osiągnięcia efekty wpływają na zrozumienie przez pacjenta istotności rozpoczęcia oraz kontynuacji leczenia. To wszystko sprawia, że poprzez budowanie świadomości medycznej pacjentów możliwe jest wpływanie na akceptowalność przez nich proponowanych rozwiązań medycznych, a zatem i wyleczenie. Przez skuteczną pracę z pacjentem rozumieć należy więc zarówno leczenie, jak i komunikację w zakresie leczenia, która obejmuje:

- a. ustalenie potrzeb pacjenta i ograniczeń wpływających na możliwość leczenia,
- b. prezentację i omówienie wyników badań diagnostycznych,
- c. przedstawienie planowanego przebiegu i zakresu leczenia,
- d. wyjaśnienie konsekwencji nieodpowiedniej profilaktyki oraz zaniedbania leczenia,
- e. rekomendacje zabiegów u innych lekarzy oraz higienistów z zespołu.

Czynnik pozamedyczny dotyczący komunikacji lekarza z pacjentem oprócz treści zawartej w przekazie obejmuje towarzyszący jej sposób i ton dzielenia się nią. Zawiera również informacje o tym, czy jest on przejrzysty, dostosowany do poziomu reprezentowanego przez odbiorcę i spójny z komunikacją niewerbalną. Niewypowiedziane zachowania lekarza, gesty, mimika oraz przyjmowane postawy ciała informują pacjenta o wiedzy, cechach temperamentu, oczekiwaniach, ale przede wszystkim o jego intencjach.

3.3.3 Obsługa realizowana przez rejestratora stomatologicznego

Rejestrator stomatologiczny obsługuje zdalne oraz bezpośrednie kontakty z pacjentami. Nie inicjuje ich, ale jego zadaniem jest ich podtrzymywanie. Jego działania kierowane są do różnych grup pacjentów, w tym: potencjalnych pacjentów, pacjentów sondu-

jących rynek, pacjentów pierwszorazowych rozpoczynających leczenie, pacjentów pozostających w procesie leczenia oraz pacjentów nieaktywnych, którzy opuścili ścieżkę leczenia. Rejestrator jako jedyny z zespołu stomatologicznego ma kontakt z nimi wszystkimi, podczas gdy pozostali komunikują się wyłącznie z pacjentami leczonymi. Jakość obsługi realizowanej przez rejestratora jest czynnikiem pozamedycznym podlegającym ocenie pacjentów. Wykonywane przez niego czynności obejmują:

- a. udzielanie informacji o zabiegach, cenach, możliwościach finansowania i dostępnych metodach płatności,
- b. komunikację z pacjentami w zakresie zmian terminów wizyt i potwierdzania obecności,
- c. planowanie wizyt w kalendarzach lekarskich,
- d. obsługę pacjenta wchodzącego do placówki i oczekującego na rozpoczęcie wizyty,
- e. rozliczenie płatności za wizytę oraz planowanie terminu kolejnej,
- f. rozwiązywanie sytuacji konfliktowych z pacjentem,
- g. odbudowę wygasłych relacji i przywracanie do leczenia nieaktywnych pacjentów.

Sposób, w jaki realizuje ten proces, wpływa na to, ilu pacjentów zostanie objętych opieką dentystyczną i w jaki sposób zostaną przez proces przeprowadzeni. Ocena jego pracy koncentruje się na trzech aspektach:

1. Jakościowym – rozumianym jako obsługa bazująca na uprzejmości i życzliwości, standaryzacji powitania i pożegnania pacjenta.
2. Ilościowym – związanym z dostępnością rejestracji dla pacjenta, pozwalającą na łatwy kontakt z gabinetem.
3. Technicznym – odnoszącym się do sposobu prowadzenia rozmowy z pacjentem i stosowanej terminologii medycznej sprawiających, że od początku kontaktu z gabinetem, pacjent ma poczucie, że rozmawia z osobą o wysokich kompetencjach medycznych.

Rejestrator jest swoistym centrum planowania pracy całego zespołu stomatologicznego, mającym realny wpływ na sposób jego funkcjonowania oraz sprzedaż. Pomimo iż nie podejmuje aktywności prowadzącej do samodzielnego pozyskiwania pacjentów jednak w istotny sposób, chociaż pośrednio, uczestniczy w sprzedaży usług medycznych. Rejestrator sprzedaje pacjentom czas pobytu w gabinecie lekarskim oraz dostęp do wiedzy medycznej lekarza.

3.3.4 Pozamedyczne zadania asystenta stomatologicznego

Zadania asystenta w zakresie pozamedycznym obejmują obsługę pacjenta podczas przygotowania go do zabiegu i po jego zakończeniu oraz podczas wykonywania zdjęć. Jest to czas, w którym asystent ma możliwość zbudowania życzliwej i profesjonalnej relacji z pacjentem. Obsługę pacjenta rozpoczyna od przyjęcia go w gabinecie lekarskim oraz wskazania miejsca do odłożenia rzeczy osobistych. Pomimo, że są to czynności niezwiązane bezpośrednio z samym leczeniem, to jednak wpływają na ocenę przez pacjenta całego procesu. Asystuje lekarzowi dentyście podczas leczenia i wykonuje zalecone

przez niego zdjęcie: RTG, tomograficzne, pantomograficzne oraz cefalometryczne. Prowadzi pacjenta do pomieszczenia, w którym znajdują się urządzenia, wykonuje zdjęcia oraz odprowadza pacjenta z powrotem do gabinetu lekarskiego na dalszą część wizyty. Pacjenci wykorzystują ten moment na zadanie asystentowi pytań o przebieg leczenia, o kompetencje lekarza i zasadność stosowanych rozwiązań medycznych. Stwarza to okazję do bezpośredniego kontaktu z pacjentem, krótkiej rozmowy i zbudowania relacji, w której możliwe jest potwierdzenie kompetencji medycznych lekarza i udzielenie odpowiedzi na wątpliwości pacjenta. Również podczas etapu pożegnania pacjenta wychodzącego z gabinetu lekarskiego po zakończonej wizycie asystent ma możliwość wykonania dodatkowych czynności i uzupełnienia ich gestami, które powodują, że troska o komfort pacjenta realizowana jest przez cały czas trwania wizyty.

Czynnik pozamedyczny związany z zadaniami realizowanymi przez asystenta obejmuje nie tylko ich wykonanie, ale również związaną z nimi postawę. Ocenie pacjentów podlega to czy i w jaki sposób asystent angażuje się w rozmowę, jakie ma nastawienie do wykonywanych czynności, w jaki sposób spełnia oczekiwania pacjenta, czy reaguje w sposób zasadniczy i wycofany, czy z entuzjazmem oraz to w jaki sposób komunikuje się z lekarzem. Zadania pozamedyczne realizowane przez asystenta mają na celu zapewnienie pacjentowi poczucia bycia otoczonym opieką przez osobę, która gotowa jest pomóc w przypadku zaistnienia potrzeby.

3.3.5 Budowanie świadomości medycznej pacjenta przez higienistę

Czynnikiem pozamedycznym związanym z nietechnicznym aspektem wykonywania zabiegu higienizacji jest etap budowania wiedzy i świadomości medycznej w zakresie profilaktyki i dbania o utrzymanie zdrowej jamy ustnej. Rola higienisty nie ogranicza się jedynie do wykonania samego zabiegu. Obejmuje również czynności pozamedyczne:

- a. omówienie przebiegu planowanego zabiegu,
- b. prezentację obecnego stanu kamienia nazębnego,
- c. przedstawienie efektu zabiegu,
- d. wyjaśnienie związku pomiędzy postępowaniem pacjenta a stanem zdrowia jego jamy ustnej.

Oceniane przez pacjenta czynniki pozamedyczne dotyczą zatem także jakości realizowanej z nim komunikacji przez higienistę, jego umiejętności edukowania w zakresie regularnej higieny jamy ustnej, przekazywania instruktażu poprawnego szczotkowania zębów i nauczania, w jaki sposób właściwie dbać o zdrowe zęby oraz dziąsła. Świadomość medyczna jest pojęciem, które obejmuje nie tylko budowanie u pacjenta zrozumienia profilaktyki utrzymania zdrowej jamy ustnej, ale również proces skutecznego wytłumaczenia pacjentowi etiologii powstawania kamienia nazębnego oraz próchnicy. Zawiera także umiejętność wzbudzenia u pacjenta poczucia odpowiedzialności za zdrowie swoich zębów oraz powiązanie nawyków żywieniowych z ich stanem. Świadomość medyczna to również zrozumienie konieczności odbywania regularnych wizyt w gabinecie higieny. Spełniają one funkcję dodatkowej profilaktyki i są badaniami przesiewowymi, podczas których higienista wstępnie sprawdza stan jamy ustnej i kieruje pacjenta na wizytę u le-

karza dentystę, jeżeli dostrzeże taką potrzebę. Ten czynnik pozamedyczny nie jest związany z oceną jakości technicznego wykonania zabiegów przez higienistę. Dotyczy jego umiejętności dzielenia się informacjami w sposób, który jest zrozumiały dla pacjenta i prowadzi do zmiany jego codziennych nawyków dotyczących higieny.

3.3.6 Komunikacja w zespole

Całościowa ocena procesu leczenia przez pacjenta nie jest budowana jedynie na bazie jakości usług medycznych. Wpływa na nią również ocena występujących w gabinecie czynników pozamedycznych, w tym tych dotyczących komunikacji pomiędzy członkami zespołu. To, w jaki sposób jest ona realizowana, decyduje o relacjach występujących między nimi, które są obserwowane przez pacjenta. Wynikają one z postrzegania świata przez zarządzającego, a co za tym idzie wybranego przez niego sposobu zarządzania oraz wprowadzonej kultury organizacji. Są zależne od warunków kulturowych, w których funkcjonuje zarządzający, od stereotypów i przekonań, jakimi interpretuje role swoje i innych oraz od otaczającej go rzeczywistości.

Formy zwracania się członków zespołu pomiędzy sobą i sposób wymiany informacji pokazują kulturę panującą w placówce i sugerują zakres dopuszczalnych w niej zachowań. Zarówno rozmowy wewnętrzne odbywające się w bezpośredniej obecności pacjenta, jak i te, które słyszane są przez niego pomimo tego, że prowadzone są w innych pomieszczeniach wpływają na budowany przez niego obraz całego gabinetu. Cała komunikacja wewnątrz zespołu bez względu na to, czy dociera do niego w sposób zamierzony czy nie, jest przez pacjenta oceniana. Relacje uznawane kulturowo za uprzejme, życzliwe czy realizowane z dwustronnym szacunkiem nie przykuwają jego uwagi, ponieważ właśnie takie są oczekiwane od profesjonalnie działającego zespołu. Jednak zachowania o negatywnym wydźwięku przykuwają jego zainteresowanie i mogą powodować:

- a. mylne uznanie ich za akceptowalne w danym gabinecie, co prowadzi do poczucia bycia upoważnionym do ich stosowania w relacjach z pracownikami podczas ewentualnych sytuacji konfliktowych,
- b. niechęć do odbycia kolejnej wizyty, z uwagi na niechęć udziału w sytuacjach, w których pacjent nie czuje się komfortowo, nawet jeżeli pozostaje w nich bierny,
- c. obawę, że wynikają z popełnionego podczas zabiegu błędu medycznego, który może mieć wpływ na jego zdrowie,
- d. powstawanie domysłów dotyczących źródła konfliktu i wiązanie ich z niewłaściwym zarządzaniem lub niskim poziomem wynagrodzeń pracowników,
- e. łączenie niskiego poziomu jakości komunikacji interpersonalnej z niskimi umiejętnościami zawodowymi zatrudnionych osób,
- f. postrzeganie relacji lekarza z asystentem jako pochodnej braku kompetencji jednej ze stron,
- g. zmiany nastroju pacjenta i jego nastawienia do przebiegu wizyty.

Jakość komunikacji wewnętrznej świadczy o relacjach oraz atmosferze panujących w zespole. Pośrednio stanowi potwierdzenie profesjonalizmu oraz zawodowego doświadczenia członków zespołu. Poprzez jakość i ton wypowiedzi oraz używane słownictwo, oceniana jest kultura osobista członków zespołu stomatologicznego.

3.4 Czynniki ekonomiczne

3.4.1 Ceny usług i zabiegów medycznych

Ceny są czynnikiem towarzyszącym zarówno sprzedaży realizowanej w klasycznym ujęciu tj. rozumianej jako wymiana produktów i usług za środki pieniężne, jak również sprzedaży obejmującej świadczenie specjalistycznych usług, w tym także medycznych. Pacjentów stomatologicznych można podzielić na segmenty według kryterium cen, które są oni gotowi zapłacić za leczenie zębów. Zaobserwować można zjawisko, w którym pacjenci o akceptacji cen zabiegów na niższym poziomie wykazują gotowość do dłuższego oczekiwania na wizytę niż pacjenci tolerujący wyższe ceny. Ustalony poziom cen usług jest czynnikiem wpływającym na to, który segment pacjentów wybiera leczenie w danej placówce. Możliwe jest przyjęcie założenia, że zmiana cen zabiegów wpływa na strukturę pacjentów w wyniku zmiany segmentu osób leczących się w danym gabinecie. Aktualny stan zdrowia zębów przeciętnego polskiego pacjenta, który statystycznie posiada kilkanaście zębów do leczenia, sprawia, że w każdym segmencie występuje liczba osób wymagających leczenia i jest ona na tyle duża, że nie ma potrzeby dodatkowego wzmacniania popytu poprzez inicjowanie u pacjentów nagłego impulsu zakupowego bądź sztuczne kreowanie nieistniejących potrzeb. Sprzedaż w stomatologii nosi cechy sprzedaży pasywnej, ponieważ klient wie jakiego typu usługi oferuje dostawca, jest zainteresowany ich zakupem, ale nie jest w pełni świadomy, które z nich są rzeczywiście jemu potrzebne i z tego powodu niepoprawnie identyfikuje ich zakres. Sprzedaż aktywna występuje w uproszczonej formie, ponieważ jest utożsamiana przez pacjentów jako namawianie i przekonywanie, przez co może być przez nich niewłaściwie oceniana.

Powyższe sprawia, że zarówno obniżenie cen, jak i działania promocyjne w mniejszym stopniu aktywują do leczenia grupę obecnych pacjentów gabinetu, a w większym powodują przyływ osób z segmentów o niższych akceptowalnych poziomach cen. Usługi stomatologiczne łączą w sobie cechy zarówno dóbr normalnych, których popyt rośnie pod wpływem wzrostu dochodów nabywców, co w odniesieniu do branży stomatologicznej odnosi się do potrzeb związanych z utrzymaniem stanu zdrowia na poziomie umożliwiającym funkcjonowanie bez towarzyszącego bólu, jak i dóbr luksusowych związanych z usługami premium. Usługi cechuje wysoka elastyczność popytowa oraz niska elastyczność podażowa. Wraz ze wzrostem zamożności pacjenta rośnie jego potrzeba poprawy jakości życia, w tym zmiany komfortu związanego ze stanem jamy ustnej. Jednocześnie warunki brzegowe wejścia nowych podmiotów na rynek usług stomatologicznych związane z koniecznością posiadania wymaganych uprawnień medycznych są na tyle wysokie, że uniemożliwiają szybkie reagowanie rynku na nadwyżkę popytu i ograniczają możliwość zaspokojenia występujących potrzeb.

Różnice w zakresie stosowanych sposobów konstruowania cennika zabiegów wynikają z tego, że dla części osób zarządzających najważniejszy punkt odniesienia stanowi poziom cen u bezpośredniej konkurencji na lokalnym rynku. Ceny usług rzadziej są wartością wypadkową analizy kosztu wykonania zabiegu, poziomu specjalizacji lekarzy dentystów, ich praktycznego doświadczenia, czasu funkcjonowania gabinetu na rynku i wie-

dzy medycznej zespołu. Decyzje dotyczące cen są ubocznym efektem modelu mentalnego stosowanego przez zarządzających oraz sumą prognoz i obaw związanych z ustaleniem ich maksymalnego poziomu, możliwego do zaakceptowania przez pacjentów. Przy czym nie jest to poziom rzeczywisty, ale projekcja i wyobrażenia zarządzającego. Wynika to z przekonania, które ogranicza racjonalne działanie zarządzającego i stanowi granicę niepozwalającą na ustalenie cen powyżej jej poziomu, który jego zdaniem jest właściwy. Ceny usług stomatologicznych są czynnikiem pozamedycznym, który może wpływać na podejmowanie przez pacjenta decyzji o zakupie lub rezygnacji z usług medycznych, decydować o leczeniu w szerszym zakresie niż pierwotnie rozważany oraz wpływać na ocenę całego gabinetu.

3.4.2 Wynagrodzenie personelu

Niska dostępność na rynku pracy lekarzy dentyistów z doświadczeniem oraz skomplikowane pozyskiwanie ich do współpracy sprawiają, że proces rekrutacji lekarzy podczas zwiększania skali działalności jest dużym wyzwaniem. Szczególnie, że w branży stomatologicznej niedobór personelu medycznego w gabinecie praktycznie uniemożliwia świadczenie usług. Lekarze dentyści realizują komercyjne usługi medyczne na podstawie umów o współpracy zawartych z gabinetami. Powszechnie stosowane jest rozwiązanie zakładające, że wynagrodzenie lekarza dentyisty jest ustalonym procentem wartości przychodów gabinetu, pochodzących z wykonanych przez niego zabiegów. Występują zauważalne rozbieżności w jego wysokości, które wynikają z przyjętych w gabinetach systemów wynagradzania, różnych oczekiwań lekarzy, dostępności innych dentyistów na danym terenie oraz specjalizacji i kompetencji, jakie posiada. Na wysokość wynagrodzenia lekarza dentyisty wpływa w związku z tym również poziom cen usług medycznych obowiązujący w gabinecie oraz poziom wykorzystania jego dostępnego czasu pracy. Konstrukcja umów sprawia, że stomatolodzy częściej wybierają do współpracy gabinety, których kalendarze wizyt lekarskich wypełnione są z kilkutygodniowym wyprzedzeniem oraz oferujące pacjentom zabiegi w wyższych cenach. Z tego samego powodu, zauważalne jest mniejsze zainteresowanie dentyistów podejmowaniem współpracy z gabinetami rozpoczynającymi działalność, ponieważ współpraca taka obciążona jest ryzykiem pracy w niepełnym wymiarze, a co za tym idzie, wiąże się z niższym wynagrodzeniem.

Wszyscy pozostali członkowie zespołów stomatologicznych zatrudnieni są w oparciu o umowę o pracę lub umowę o świadczenie usług. To powoduje, że ich wynagrodzenie miesięczne nosi cechy stałego i jego wartość jest predyktywna. W przypadku asystentów wykonujących zabiegi higienizacji, wynagrodzenie za te zabiegi zawarte jest w podstawowej kwocie wynagrodzenia lub w niektórych przypadkach wypłacane jest w charakterze premii.

Podobnie, jak jest to w innych branżach, pracownicy różnią się między sobą kompetencjami, co sprawia, że osoby lepiej wynagradzane tworzą skuteczniejsze i lepiej zmotywowane zespoły. Wysokość wynagrodzenia, terminowość jego wypłacania oraz przejrzystość zasad naliczania wpływają na decyzje o kontynuacji współpracy, a w przypadku kandydatów do pracy o jej rozpoczęciu. Zrozumiały i przewidywalny system wynagrodzeń w gabinecie stomatologicznym wpływa na:

- a. satysfakcję pracowników i ich zaangażowanie w wykonywane czynności,
- b. motywację zespołu do podejmowania dodatkowych działań wykraczających poza zadania podstawowe,
- c. przejrzystość komunikacji w zakresie obustronnych oczekiwań,
- d. zmniejszenie liczby potencjalnych konfliktów wynikających z różnic w interpretacji zapisów w umowie dotyczących wysokości i sposobów naliczania wynagrodzenia,
- e. budowanie pozytywnego wizerunku pracodawcy (Employer Branding),
- f. pozyskiwanie nowych osób do współpracy,
- g. zmniejszenie rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami pracownika a rzeczywistością.

Wysokość wynagrodzenia jest powiązana z oceną posiadanych umiejętności medycznych i zawodowych, ale również zaangażowania w wykonywane czynności, elastyczności i zdolności interpersonalnych w zakresie tworzenia i podtrzymywania pozytywnych relacji z pacjentem. Czynnikiem pozamedycznym, jakim są wynagrodzenia personelu stomatologicznego, oddziałuje na możliwość gromadzenia w zespole zasobów, które pozwalają na zapewnienie pacjentowi wysokiego poziomu jakości obsługi. Wpływa na rekrutację i fluktuację kadr oraz proces formowania profesjonalnego zespołu, a w efekcie na zdolność do budowania pozycji rynkowej gabinetu.

3.4.3 Reklama i działania promocyjne

Zarządzający gabinetami stomatologicznymi poszukują możliwości dotarcia do nowych pacjentów. Podejmowane działania mają na celu uświadomienie potencjalnym odbiorcom ich potrzeb, faktu istnienia gabinetu i poinformowania ich o zakresie świadczonych w nim zabiegów. W zależności od preferencji osób zarządzających stosowane są różne formy reklamy:

1. Tradycyjne:
 - a. reklama prasowa – w lokalnych czasopismach,
 - b. reklama zewnętrzna w postaci banerów i plakatów,
 - c. ulotki z informacjami o lokalizacji gabinetu.
2. Internetowe:
 - a. pozycjonowanie strony internetowej,
 - b. wizytówka Google i powiązane z nią pozycjonowanie w mapach,
 - c. reklama Adwords (Google Ads),
 - d. prowadzenie kont w social mediach – Facebook, Instagram, LinkedIn,
 - e. kanał na YouTube.
3. Wystawiennicze, związane z udziałem lekarzy dentystów w wydarzeniach i konferencjach, podczas których prezentowany jest zakres usług wykonywanych w gabinecie.

Konstruowanie przekazu marketingowego ograniczone jest przez zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej dotyczące zakazu możliwości wykorzystania wizerunku osób wykonujących zawody medyczne. Zgodnie z nimi możliwe jest podawanie do publicznej wiado-

mości informacji o wykonywanych świadczeniach zdrowotnych zawierające imię i nazwisko lekarza dentysty, tytuł naukowy, posiadane specjalizacje, miejsce i godziny przyjęć oraz dane kontaktowe. Powyższe wiadomości mogą być udostępniane wyłącznie przez: maksymalnie dwie reklamy na budynku, w którym znajduje się gabinet, maksymalnie dwie reklamy na drogach dojazdowych do gabinetu, ogłoszenia w prasie zawarte w częściach poświęconych usługom medycznym oraz poprzez strony internetowe. Jednocześnie przekaz, który jest kierowany do pacjentów, nie może zawierać: próby nakłonięcia ich do skorzystania z leczenia, opisu jakości stosowanego sprzętu medycznego, jak również opisu stosowanych metod, ich skuteczności i czasu trwania leczenia. Ograniczenia te wpływają na zwiększone zainteresowanie zarządzających działaniami podejmowanymi w internecie, pomimo tego, że zakres informacji zawartych na stronie internetowej zgodnie z restrykcjami, nie może zawierać cen i dostępnych metod płatności. W praktyce informacje promujące gabinet najczęściej dotyczą implantacji oraz zabiegów higienizacji i wybielania zębów. Ich celem jest dotarcie z informacją do osób, które nie szukają sprecyzowanego podmiotu medycznego czy określonego lekarza, ale ogólnie szukają dostępu do usług stomatologicznych.

Obowiązujące restrykcje mają wpływ na treść przekazów kierowanych do pacjentów i zawężają je wyłącznie do części informacyjnej. Jednocześnie pacjenci oceniają udział czynników pozamedycznych związanych z reklamą i działaniami promocyjnymi w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku usług stomatologicznych nie mając pełnej wiedzy o ograniczeniach z nimi związanymi.

3.4.4 Koszty funkcjonowania gabinetu

Kontrola i utrzymanie kosztów na niskim poziomie wpływają na budowanie pozycji rynkowej gabinetu stomatologicznego, szczególnie gdy towarzyszy im zaplanowana strategia kosztowa. W celu stworzenia przejrzystej analizy oraz powtarzalnego porównywania danych między różnymi okresami, koszty funkcjonowania gabinetu podzielono na następujące grupy:

1. Opłaty związane z lokalem, w którym wykonywane są usługi medyczne, w tym:
 - a. koszt wynajęcia pomieszczeń,
 - b. opłaty za media potrzebne do funkcjonowania placówki,
 - c. płatności związane z utrzymaniem miejsc parkingowych dla pacjentów.
2. Kredyty i leasingi sprzętu stomatologicznego nieobejmujące kosztów finansowania zakupu pojazdów niezwiązanych bezpośrednio z wykonywanymi usługami medycznymi.
3. Pozostałe koszty obejmujące opłaty za serwisy i przeglądy techniczne urządzeń.

W sytuacji zbliżonego poziomu cen usług stomatologicznych pomiędzy konkurującymi gabinetami i podobnym poziomie jakości wykonywanych zabiegów zdolność do generowania korzystniejszego wyniku finansowego budowana w oparciu o niższe koszty pozwala budować przewagę konkurencyjną. Wartość wytworzonego zysku wpływa na dalsze możliwości rozwojowe gabinetu, które mogą być dzięki niemu realizowane poprzez zakup sprzętu, szkolenia personelu oraz pozyskiwanie wartościowych osób do zespołu.

Koszty funkcjonowania gabinetu są czynnikiem pozamedycznym, który wpływa na budowanie pozycji gabinetu na rynku, jednak możliwość zarządzania nimi zostaje ograniczona w momencie rozpoczęcia ich występowania. Stają się wówczas niemalże niemodyfikowalne i trudne do zredukowania. Wynika to z tego, że negocjacje warunków towarzyszących produktom finansowym w rzeczywistości kończą się w momencie podpisania umowy i uruchomieniu finansowania. Renegocjacje warunków kredytów i leasingów są wykonalne, ale osiągnięcie korzystniejszych rozwiązań w trakcie trwania umowy jest złożonym procesem i wymaga specjalistycznej oraz kosztownej pomocy prawnej, podczas gdy możliwe do osiągnięcia korzyści nie są spektakularne. Zbliżona sytuacja dotyczy kosztów wynajęcia lokalu. Wybór lokalu, w którym będą wykonywane usługi medyczne i decyzja o akceptowanej wysokości kosztów związanych z jego wynajęciem są praktycznie ostatnim momentem, w którym możliwe jest oddziaływanie na ich wartość. Umowy najmu podpisane są na kilkuletni okres i zawierają zapisy o waloryzacji zależnej od warunków określonych w umowie, wśród których popularny jest wskaźnik inflacji. Zmiana warunków tych umów w trakcie ich obowiązywania, w sposób, który obniża koszty najmu, jest trudna do zrealizowania, ponieważ rynek nieruchomości stopniowo zmienia się na korzyść wynajmującego, a nie najemcy. Podobnie jest w przypadku opłat za przeglądy i serwisowanie urządzeń technicznych. Negocjowanie warunków odbywa się w momencie podpisywania umów zakupu sprzętu. Możliwe jest wówczas wpływanie na wysokość przyszłych kosztów obsługi oraz napraw, ale podobnie jak koszty finansowania i koszty najmu, zmiany zostają ograniczone w momencie podpisania umów i rozpoczęcia korzystania z ustalonych warunków. Powyższe sprawia, że koszty funkcjonowania gabinetu są czynnikiem pozamedycznym noszącym cechy wartości stałych lub trudno modyfikowalnych. Wpływanie na nie przez osoby zarządzające ograniczone jest momentem ustalenia ich początkowych wartości, a późniejsze ich redukcje jest ograniczone zapisami w umowach.

3.4.5 Materiały i usługi zewnętrzne

Stabilizacja cen materiałów na rynku i korzystanie z wysokiej jakości produktów kupowanych w zbliżonych cenach powodują ograniczenia w stosowaniu strategii kosztowej w tym zakresie. Różnice cen zakupu materiałów pomiędzy gabinetami są uzależnione od wartości obrotów realizowanych z dostawcą. Możliwe do wynegocjowania rabaty

i upusty zawierają się w przedziale od kilku do kilkunastu procent. Uwzględniając fakt, że koszty materiałów stanowią przeciętnie kilkanaście procent wszystkich kosztów ponoszonych przez gabinet, obniżenie kosztów zakupu materiałów może potencjalnie przełożyć się na zmianę łącznej wartości wszystkich kosztów ponoszonych w gabinecie na poziomie od jednego do dwóch procent. Obniżenie kosztu zakupu materiałów podobnie jak kontrole prowadzące do zmniejszenia ich zużycia pozostają w strefie działań niezauważanych przez pacjentów i nie wpływają na ich ocenę jakości leczenia czy obsługi. Indywidualnej ocenie zarządzającego podlega to, w jakim stopniu wartość czasu zaangażowanego w negocjacje niższych cen zakupu materiałów zostaje pokryta przez korzyści uzyskane w wyniku otrzymania wyższego rabatu.

Czynnikami pozamedycznymi z obszaru ekonomicznego, na które zarządzający mają możliwość bezpośredniego wpływu, są usługi realizowane przez firmy zewnętrzne:

- a. prace protetyczne wykonywane w laboratoriach,
- b. wynajęcie i używanie skanerów do stomatologii cyfrowej,
- c. wykonywanie zdjęć i opisów przez jednostki wyspecjalizowane.

Zakres usług zleczanych do firm zewnętrznych zależy od posiadanych w gabinecie zasobów. Wykonywanie prac protetycznych we własnym laboratorium może korzystnie wpływać na osiągnięty wynik finansowy, jednak związane jest z nakładami na zakup sprzętu oraz zatrudnieniem wykwalifikowanych osób do jego obsługi. To rozwiązanie wybierają zarządzający gabinetami, w których wykonywana jest powtarzalna liczba punktów protetycznych miesięcznie, dla której samodzielne ich wykonanie ma ekonomiczne uzasadnienie. W gabinetach, w których prace protetyczne stanowią zaledwie część struktury świadczonych usług lub są one wykonywane nieregularnie i w różnych wolumenach, wybierane jest korzystanie z usług realizowanych przez laboratoria firm zewnętrznych. Na polskim rynku działają wyspecjalizowane podmioty wykonujące prace protetyczne dla gabinetów stomatologicznych, które jednocześnie umożliwiają wynajęcie skanerów wewnątrzustnych używanych w stomatologii cyfrowej. Na podstawie cyfrowego wycisku pobranego od pacjenta są w nich projektowane za pomocą oprogramowania CAD potrzebne uzupełnienia protetyczne, które po wyfrezowaniu dostarczane są do gabinetu. Wynajęcie skanera jest powszechnie stosowaną alternatywą wobec jego zakupu. Wykonanie prac protetycznych przez firmę zewnętrzną procedowane jest poza percepcją pacjenta i nie wpływa na przebieg jego leczenia.

Odminną kwestią jest korzystanie z usług zewnętrznych, o których pacjent wie, że wynikają z braku posiadania odpowiednich zasobów w gabinecie. Dotyczy to sytuacji, w których dentyści zlecają pacjentom wykonanie zdjęć RTG, tomograficznych, pantomograficznych czy cefalometrycznych w innych placówkach medycznych. Niejednokrotnie są to konkurencyjne gabinety dentystyczne. Pomimo, że na rynku stomatologicznym funkcjonuje niepisana reguła, że pacjentom kierowanym na wykonanie zdjęć w innych jednostkach nie są w nich składane oferty leczenia, to wizyty w innych lokalizacjach stanowią utrudnienie dla pacjentów i sprawiają wrażenie braku kompleksowości leczenia gabinetu, który odsyła ich na badanie do innej placówki. W takich sytuacjach pacjenci często z wygody, zwłaszcza, gdy nie została zbudowana emocjonalna więź z lekarzem, wybierają dalsze leczenie w placówce, do której zostali skierowani na wykonanie zdjęć, mając świadomość, że w przyszłości prawdopodobnie będzie istniała ponowna potrzeba wykonania takich czynności.

3.4.6 Metody płatności i finansowania leczenia

Pacjenci stomatologiczni są przyzwyczajeni do rozwiązań stosowanych w innych branżach i oczekują możliwości dokonywania płatności w dogodny dla siebie sposób. Płatności elektroniczne przyjęły dominującą rolę w wielu aspektach życia i sprawiły, że dla niektórych osób stosowanie wyłącznie gotówki zaczęło stanowić problem. Część pacjentów w codziennym obrocie przestała z niej korzystać lub wykorzystuje ją tylko w zakresie niskich kwot. Otrzymują wynagrodzenia w formie płatności elektronicznych,

z tego powodu wydawanie pieniędzy w ten sam sposób jest dla nich łatwiejsze. Umożliwia im to pominięcie dodatkowych czynności związanych z pozyskaniem gotówki, tj. wypłata z bankomatu lub bezpośrednio w oddziale banku. Płatności za leczenie zawierają się w przedziałach kwot od kilkuset do kilku lub kilkunastu tysięcy złotych, co w przypadku gotówki przekłada się na dużą liczbę banknotów. Również ze względu na bezpieczeństwo ich przechowywania i transportu wydaje się, że możliwość wykonywania płatności z pominięciem obrotu gotówkowego jest korzystniejszą formą. Do popularnych metod płatności akceptowanych w gabinetach stomatologicznych należą: gotówka, karta, przelew elektroniczny, Blik oraz szybkie przelewy.

Dostęp do wielu różnych metod płatności jest specyficznym czynnikiem pozamedycznym. Umożliwienie pacjentowi wyboru jest przez niego oczekiwane, chociaż nie musi wpłynąć na pozytywną ocenę gabinetu, jednak jego niespełnienie prawdopodobnie spowoduje niezadowolenie. Szczególnie u pacjenta mocno spolaryzowanego w tym zakresie. Takiego, który posługuje się wyłącznie gotówką lub wyłącznie płatnościami elektronicznymi. Oczekiwania oraz powody preferowanych płatności są różne. Niektóre mają podłoże czysto praktyczne i dotyczą łatwości stosowania płatności bezgotówkowych, inne wynikają z przekonań i chęci dokonywania rozliczeń wyłącznie poza systemem elektronicznym. To sprawia, że umożliwienie pacjentowi wyboru metody płatności wydaje się spełniać jego oczekiwania w zakresie swobody podejmowania decyzji. Szersza paleta proponowanych rozwiązań w gabinecie umożliwia spełnienie oczekiwań większej grupy pacjentów, podczas gdy ograniczenie do jednej metody płatności może być źródłem wykluczenia usługodawcy przez część z nich.

Wśród pacjentów, którzy mają gotowość przeprowadzenia leczenia, występuje grupa osób, które pomimo świadomości medycznej i akceptacji proponowanych rozwiązań nie posiadają bieżących możliwości ich sfinansowania. Wychodząc naprzeciw powstałej potrzebie, w części gabinetów proponowane są pacjentom dwa podobne finansowania leczenia w trybie ratalnym. Pierwsze z nich zakłada sfinansowanie leczenia przez właścicieli gabinetu i rozłożenie pacjentowi płatności na kilka części. W tym rozwiązaniu pacjent nie jest obciążany dodatkowymi opłatami, a koszty związane z utratą siły nabywczej pieniądza w czasie i ryzyko nieuregulowania płatności w całości przyjmuje na siebie właściciel gabinetu. Drugim rozwiązaniem jest współpraca z zewnętrzną firmą oferującą pacjentom kredyt medyczny przeznaczony na opłacenie leczenia. Pacjent ponosi opłaty związane z jego udzieleniem i obsługą, ale w związku z przeznaczeniem są one niższe niż w przypadku innych produktów kredytowych. To rozwiązanie zakłada, że zostaje uregulowana cała kwota za wykonane leczenie, a kontrola przebiegu płatności ratalnych, jak i ewentualne czynności windykacyjne są realizowane wyłącznie przez firmę udzielającą kredytu. Właściciel gabinetu decyduje jaki rodzaj finansowania zaproponuje pacjentowi.

Z uwagi na to, że nieleczony problem stomatologiczny pogłębia się, wraz z upływem czasu prowadzi do stanu, w którym leczenie staje się bardziej złożone, a co jest z tym związane, również droższe. Z tego powodu wcześniejsze leczenie, nawet jeżeli związane jest z poniesieniem dodatkowych opłat za finansowanie ratalne, w efekcie jest tańsze niż odkładane w czasie. Płatności ratalne są rozwiązaniem, które umożliwia wykonanie leczenia w sytuacji, w której bieżące możliwości finansowe lub termin zapłaty

są jedynymi czynnikami blokującym decyzje pacjenta. Szybsze zatrzymanie postępującego niszczenia zębów sprawia, że leczenie finalnie jest tańsze dla pacjenta. Możliwość ratального finansowania leczenia może poprzez decyzje pacjentów wpływać na realizowany przez nich zakres leczenia oraz na ich ocenę funkcjonowania gabinetu.

4 Badania preferencji interesariuszy oraz analiza funkcjonowania gabinetów

4.1 Sondaż diagnostyczny

Podczas zbierania danych pochodzących bezpośrednio od członków zespołów stomatologicznych i pacjentów, tj. najbliższych interesariuszy związanych z gabinetami stomatologicznymi, zrealizowano pięć niezależnych badań metodą sondażu diagnostycznego. Dobór próby pacjentów, lekarzy, higienistów i personelu do badania był losowy oraz dobrowolny, przy czym nie zakładano reprezentatywności terytorialnej próby. Wybrano metodę losowania zależnego, w której wskazana do wypełnienia ankiety osoba nie brała udziału w żadnym innym badaniu oraz metodę losowania indywidualnego, ponieważ odniesiono się do populacji złożonej z nie pogrupowanych elementów, w tym przypadku osób, a nie całych zespołów. Respondentów pytano o wpływ czynników pozamedycznych na ocenę gabinetu stomatologicznego, preferowany rodzaj leczenia i powody rezygnacji z leczenia w wybranym wcześniej gabinecie. Przy czym pacjentów pytano o ich opinie i istotne dla nich czynniki decyzyjne, natomiast te same pytania kierowane w kolejnych ankietach do pozostałych grup dotyczyły oceny tego, jakie są ich zdaniem opinie i istotne czynniki decyzyjne dla pacjentów w tematach, których dotyczyły pytania. Celem takiej konstrukcji ankiet jest wskazanie na podobieństwa i różnice pomiędzy istotnymi dla pacjentów czynnikami, a tym, co członkowie zespołów stomatologicznych myślą, że dla pacjentów jest istotne w ich kontaktach z gabinetami stomatologicznymi. Dodatkowo wszystkie grupy poza pacjentami poproszono o ocenę, w jakim stopniu wskazane czynniki mają znaczenie w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku. Wszystkie skonstruowane ankiety są narzędziami autorskimi i zostały stworzone z myślą o prowadzonych badaniach. Udostępnione zostały respondentom wyłącznie w formie elektronicznej. Zbudowano je w oparciu o pytania z opcją pojedynczego lub wielokrotnego wyboru, pytania zamknięte skategoryzowane oraz siatki jednokrotnego wyboru spośród zdefiniowanych składników, w których dodatkowo umożliwiono respondentom dopisanie odpowiedzi w formie otwartej, jeżeli proponowane czynniki nie wypełniały oczekiwanego przez ankietowanych spektrum odpowiedzi. Ankiety skonstruowano w sposób, który umożliwia wysłanie wypełnionej elektronicznej wersji wyłącznie po udzieleniu kompletu odpowiedzi na wszystkie postawione pytania. Respondenci udzielali odpowiedzi tylko jeden raz i wyłącznie w ramach jednego sondażu diagnostycznego. Z tego powodu kierujący gabinetami stomatologicznymi będący lekarzami dentystami, wypełniali ankietę wyłącznie z perspektywy osoby zarządzającej. Ankiety wysłano z wykorzystaniem komunikatora internetowego WhatsApp oraz portalu społecznościowego LinkedIn, bezpośrednio do osób, które pracują na określonych stanowiskach w gabinetach stomatologicznych. Wybrane do badań osoby zarządzające związane są bezpośrednio z branżą stomatologiczną, uczestniczyły w ciągu ostatnich pięciu lat lub planują w najbliższej przyszłości udział w szkoleniach rozwojowych i warsztatach obejmujących wdrożenie standardów pracy z pacjentem.

Obliczając wymaganą liczbę osób do każdego z prowadzonych badań, przyjęto dla wszystkich grup równe poziomy ufności wynoszące 95% oraz ten sam błąd maksymalny

na poziomie 5%. Łącznie w okresie od czerwca do grudnia 2022 roku zebrano wypełnione formularze od 989 respondentów i dla każdej z badanych grup pozyskano dane od wymaganej w badaniu liczby osób. Podczas prezentacji danych na wykresach, dla zapewnienia przejrzystości opisów wyników, świadomie zaokrąglono przedstawiane dane procentowe do pierwszego miejsca po przecinku.

W pierwszym z badań wykorzystano elektroniczną ankietę badawczą skierowaną do pacjentów, którą zaproponowano do wypełnienia chętnym respondentom. Ankieta zawiera 14 pytań z opcjami pojedynczego wyboru, wielokrotnego wyboru oraz siatek jednokrotnego wyboru celem określenia istotności danego składnika (załącznik 1). Pacjentów zapytano o znaczenie czynników determinujących wybór przez nich gabinetu stomatologicznego, powody rezygnacji z usług oraz świadomość ich bieżących problemów stomatologicznych. Jak wynika z badań GUS za roku 2009 [42], z usług lekarzy stomatologów w ciągu ostatniego badanego roku skorzystało ponad 44% populacji, a kolejne 49% było u dentysty ponad rok temu lub dawniej. Zaledwie 4% nigdy wcześniej nie leczyło się u dentysty, lecz dotyczy to przede wszystkim najmłodszych dzieci (2-4 letnich). To oznacza, że w 2009 roku co najmniej 93% populacji miało doświadczenia podczas korzystania z usług dentysty. Badania przeprowadzone przez GUS za rok 2014 [43] pokazują wzrost liczby pacjentów korzystających z leczenia dentystycznego do 55% w ciągu ostatniego badanego roku. Zaledwie 3% dzieci w wieku 10-14 lat nigdy nie było u dentysty. Z danych opublikowanych przez GUS za rok 2020 wynika, że 89,6% gospodarstw domowych w Polsce ma dostęp do internetu szerokopasmowego, a 81,4% osób w wieku 16-74 lata co najmniej raz w tygodniu korzysta z internetu [40]. Zestawiając dane statystyczne dotyczące populacji korzystającej z usług dentystycznych i osób korzystających z internetu, podczas obliczania wymaganej liczby osób do badania przyjęto wielkość frakcji na poziomie 0,8 dla ogólnej liczby mieszkańców Polski wynoszącej w kwietniu 2022 roku 38 014 tys. osób. Pozwoliło to na oszacowanie wymaganej liczby osób w badaniu, która wyniosła 246 osób. Dokument rozesłano i udostępniono grupom użytkowników portali społecznościowych i otrzymano zwrot od 343 ankietowanych osób, co w efekcie obniża możliwy błąd maksymalny do poziomu 4%.

W drugim z badań ankietowych pytania skierowano wyłącznie do lekarzy dentyistów (załącznik 2). W danych prezentowanych przez GUS za rok 2019 [41] opublikowano informację, że 13 tysięcy spośród wszystkich dentystów pracuje bezpośrednio z pacjentem. Z uwagi na wysyłkę ankiety bezpośrednio do zdefiniowanej grupy respondentów oraz udostępnienie jej zamkniętym grupom tematycznym na portalu społecznościowym Facebook, przyjęto wielkość badanej frakcji na poziomie 0,9. Na tej podstawie obliczono wymaganą liczbę osób w badaniu, która wynosi 137. Na ankietę złożoną z 13 pytań łącznie otrzymano zwrot od 173 respondentów, przy czym z analizy gromadzonych danych ankietowych wynika, że ponad 95% ankiet wypełnionych zostało w następstwie bezpośrednich kontaktów zrealizowanych z lekarzami dentystami za pośrednictwem portalu LinkedIn oraz komunikatora internetowego WhatsApp.

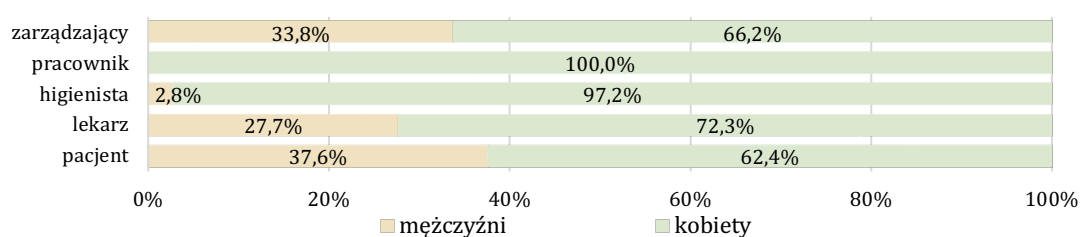
Badania higienistów były trzecim etapem sondażu diagnostycznego (załącznik 3). Na podstawie danych szacunkowych założono, że pracę w charakterze higienisty wykonuje około 3 tysięcy pracowników gabinetów stomatologicznych oraz przyjęto wielkość badanej frakcji na poziomie 0,9 z uwagi na precyzyjny dobór respondentów, do których

skierowano ankiety, oszacowano wymaganą liczbę osób do badania na 132. Składającą się z 13 pytań ankietę wysłano bezpośrednio do higienistów i otrzymano zwrot od 143 respondentów.

W czwartym badaniu zastosowano celowy dobór próby badawczej i skierowano ankietę (załącznik 4) składającą się z 12 pytań kierowanych bezpośrednio do pracowników z branży usług medycznych z zakresu stomatologii (w dalszej części pracy określanych jako pracownik). Formularz udostępniono grupom tematycznym związanym ze stomatologią na portalach społecznościowych, przesłano link bezpośrednio do asystentów oraz rejestratorów stomatologicznych. Przy wymaganej liczbie respondentów wynoszącej 138 dla zakładanej grupy wielkości do 30 tysięcy osób, otrzymano zwrot od 179 respondentów.

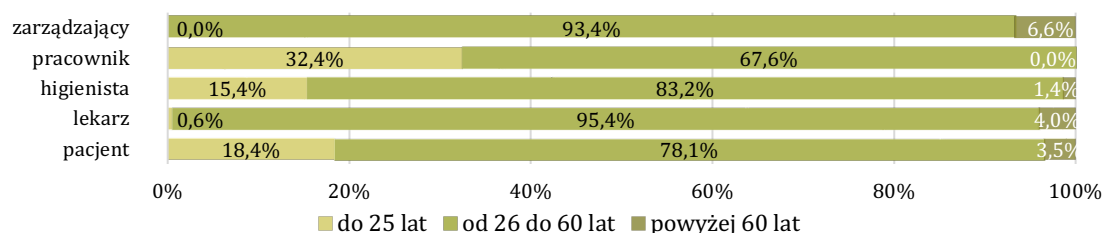
Piątym etapem było przeprowadzenie sondażu diagnostycznego właścicieli gabinetów stomatologicznych (załącznik 5). Wytypowano grupę osób kierujących gabinetami dentystycznymi, składającą się w przeważającej większości z lekarzy dentystów. Link do ankiety wysłano za pośrednictwem komunikatora WhatsApp oraz poprzez portal społecznościowy LinkedIn bezpośrednio do osób zarządzających gabinetami i otrzymano zwrot od 151 respondentów. Ankieta składa się z 12 pytań i oprócz tych, które zostały skierowane do pozostałych badanych grup, zarządzających i właścicieli zapytano dodatkowo o planowane ścieżki rozwoju gabinetu w przyszłości oraz o łączną liczbę unitów stomatologicznych w zarządzanym gabinecie, na których realizowane jest leczenie pacjentów.

Wśród wszystkich respondentów zdecydowaną większość badanych osób stanowiły kobiety 77%, łącznie 757 osób. Struktura płci badanych grup przedstawiona została na rys. 4.1. W grupie pracowników stomatologicznych obejmujących rejestratorów, asystentów, opiekunów i koordynatorów pacjenta 100% respondentów stanowiły kobiety, w grupie higienistów ankietę wypełniło 4 mężczyzn. Struktura według płci grupy badanych lekarzy dentystów jest charakterystyczna dla branży stomatologicznej, w której około 75% stanowią kobiety.



Rys. 4.1. Struktura respondentów według płci.

Zdecydowaną większość respondentów, to jest 82,3%, stanowią osoby w wieku 26–60 lat (814 respondentów). Osoby najmłodsze tj. do 25 lat są grupą o wielkości 14,6%, tj. 144 respondentów, na których składało się 63 pacjentów, 58 pracowników, 22 higienistów oraz 1 lekarz. W najmłodszej grupie wiekowej, wśród respondentów nie ma osób zarządzających. Osoby najstarsze reprezentują 3,1% ogółu osób badanych, jest to grupa 31 osób, w skład której wchodzi 12 pacjentów, 10 zarządzających, 7 lekarzy i 2 higienistów. W tej grupie wiekowej nie ma żadnego pracownika. Na rys. 4.2. przedstawiono rozkład wieku respondentów w poszczególnych badanych grupach.



Rys. 4.2. Struktura wieku respondentów w badanych grupach.

Na pytanie o wpływ wskazanych czynników na ocenę gabinetu stomatologicznego przez pacjentów, respondenci udzielali odpowiedzi jednokrotnego wyboru spośród opcji, które dla przejrzystości prezentacji danych uzupełniono o numerację od 1 do 5:

1. nieistotne,
2. raczej nieistotne,
3. trudno powiedzieć,
4. ważne,
5. bardzo ważne.

Respondentom wskazano do oceny następujące czynniki pozamedyczne:

- a. dni i godziny otwarcia gabinetu,
- b. lokalizacja gabinetu – położenie i odległość od miejsca pracy lub domu,
- c. wygląd zewnętrzny lokalu i jego oznakowanie (reklama, baner),
- d. jakość i estetyka wyposażenia wnętrza,
- e. dostępność miejsc parkingowych,
- f. standaryzowane stroje personelu (czytelne plakietki lub nadruki na odzieży, różne kolory dla personelu medycznego i pozamedycznego),
- g. strona internetowa i aktywność gabinetu w social mediach (facebook, instagram, inne),
- h. ceny zabiegów medycznych,
- i. wiele metod płatności (gotówka, karta, blik, przelew, inne),
- j. ułatwienia w dostępie do ratalnego finansowania leczenia,
- k. dostępność terminów wizyt,
- l. jakość obsługi przez rejestrację,
- m. jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty,
- n. kontakt z asystentką stomatologiczną,
- o. możliwość współpracy z koordynatorem/opiekunem pacjenta, w zakresie pomocy w dotrzymaniu przez pacjenta zaplanowanych terminów wizyt,
- p. dostęp do zabiegów higienizacji i wybielania wykonywanych przez higienistę,
- q. komunikacja pomiędzy członkami zespołu,
- r. jakość wykonywanych usług.

Odpowiedzi udzielone przez respondentów wraz z obliczeniami średnich arytmetycznych, dominant, median oraz odchyłeń standardowych przedstawiono w tabeli 4.1.

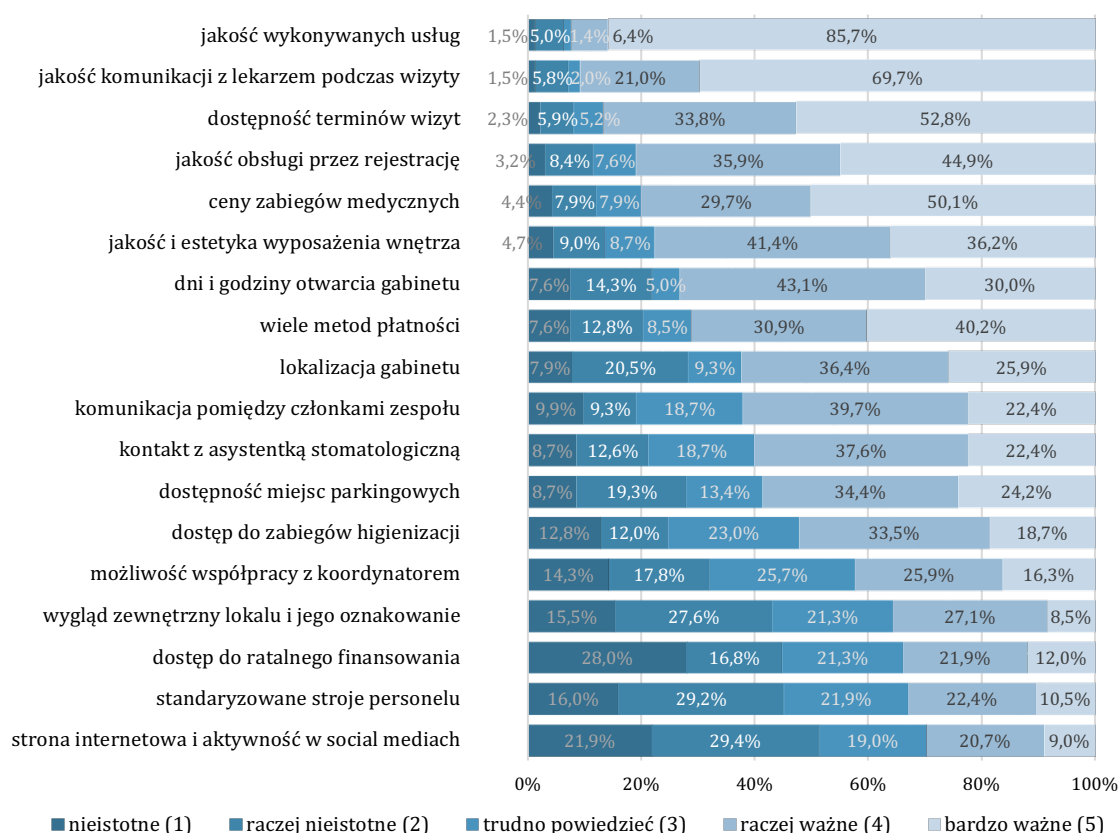
Tabela 4.1. Zestawienie wyników wskazań badanych z poszczególnych grup czynników wpływających na ocenę gabinetu stomatologicznego przez pacjentów.

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem, poniższe czynniki wpływają na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego?	grupa	nieistotne (1)	raczej nieistotne (2)	trudno powiedzieć (3)	raczej ważne (4)	bardzo ważne (5)	razem	$\bar{x}$	Do	Me	S(x)
Ceny zabiegów medycznych	pacjent	15	27	27	102	172	343	4,13	5	5	1,13
	lekarz	4	10	24	67	68	173	4,07	5	4	0,99
	higienista	3	4	9	47	80	143	4,38	5	5	0,89
	pracownik	2	3	15	50	109	179	4,46	5	5	0,81
	zarządzający	0	12	32	67	40	151	3,89	4	4	0,89
Dni i godziny otwarcia gabinetu	pacjent	26	49	17	148	103	343	3,74	4	4	1,24
	lekarz	2	19	14	78	60	173	4,01	4	4	0,99
	higienista	5	7	5	49	77	143	4,30	5	5	1,00
	pracownik	1	15	16	69	78	179	4,16	5	4	0,94
	zarządzający	3	17	9	67	55	151	4,02	4	4	1,03
Dostęp do ratalnego finansowania	pacjent	96	58	73	75	41	343	2,73	1	3	1,38
	lekarz	19	44	52	43	15	173	2,95	3	3	1,14
	higienista	0	25	30	60	28	143	3,64	4	4	0,99
	pracownik	6	24	39	74	36	179	3,61	4	4	1,06
	zarządzający	6	44	58	30	13	151	3,00	3	3	1,00
Dostęp do zabiegów higienizacji	pacjent	44	41	79	115	64	343	3,33	4	4	1,27
	lekarz	8	18	42	61	44	173	3,66	4	4	1,11
	higienista	3	12	22	25	81	143	4,18	5	5	1,10
	pracownik	2	4	29	64	80	179	4,21	5	4	0,87
	zarządzający	3	16	26	52	54	151	3,91	5	4	1,06
Dostępność miejsc parkingowych	pacjent	30	66	46	118	83	343	3,46	4	4	1,28
	lekarz	2	10	32	60	69	173	4,06	5	4	0,96
	higienista	5	0	12	61	65	143	4,27	5	4	0,89
	pracownik	1	14	30	65	69	179	4,04	5	4	0,96
	zarządzający	2	5	21	57	66	151	4,19	5	4	0,89
Dostępność terminów wizyt	pacjent	8	20	18	116	181	343	4,29	5	5	0,97
	lekarz	0	13	23	70	67	173	4,10	4	4	0,90
	higienista	3	4	11	50	75	143	4,33	5	5	0,89
	pracownik	2	4	10	37	126	179	4,57	5	5	0,79
	zarządzający	0	7	13	65	66	151	4,26	5	4	0,80
Jakość i estetyka wyposażenia wnętrza	pacjent	16	31	30	142	124	343	3,95	4	4	1,11
	lekarz	2	4	17	83	67	173	4,21	4	4	0,80
	higienista	3	8	2	51	79	143	4,36	5	5	0,92
	pracownik	2	2	21	70	84	179	4,30	5	4	0,80
	zarządzający	0	3	4	82	62	151	4,34	4	4	0,63
Jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty	pacjent	5	20	7	72	239	343	4,52	5	5	0,90
	lekarz	0	4	8	31	130	173	4,66	5	5	0,68
	higienista	0	5	4	20	114	143	4,70	5	5	0,69
	pracownik	2	3	6	23	145	179	4,71	5	5	0,71
	zarządzający	0	0	3	18	130	151	4,84	5	5	0,42
Jakość obsługi przez rejestrację	pacjent	11	29	26	123	154	343	4,11	5	4	1,07
	lekarz	1	9	16	55	92	173	4,32	5	5	0,89
	higienista	3	4	6	42	88	143	4,45	5	5	0,87
	pracownik	2	1	8	56	112	179	4,54	5	5	0,71
	zarządzający	0	0	4	42	105	151	4,67	5	5	0,53
Jakość wykonywanych usług	pacjent	5	17	5	22	294	343	4,70	5	5	0,84
	lekarz	0	5	6	25	137	173	4,70	5	5	0,68
	higienista	0	5	7	11	120	143	4,72	5	5	0,72
	pracownik	2	0	6	21	150	179	4,77	5	5	0,62
	zarządzający	0	1	3	20	127	151	4,81	5	5	0,49

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem, poniższe czynniki wpływają na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego?	grupa	nieistotne (1)	raczej nieistotne (2)	trudno powiedzieć (3)	raczej ważne (4)	bardzo ważne (5)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
Komunikacja pomiędzy członkami zespołu	pacjent	34	32	64	136	77	343	3,55	4	4	1,22
	lekarz	5	12	21	74	61	173	4,01	4	4	1,01
	higienista	3	9	17	25	89	143	4,31	5	5	1,04
	pracownik	1	5	21	54	98	179	4,36	5	5	0,84
	zarządzający	0	2	22	45	82	151	4,37	5	5	0,78
Kontakt z asystentką stomatologiczną	pacjent	30	43	64	129	77	343	3,52	4	4	1,22
	lekarz	7	21	34	71	40	173	3,67	4	4	1,08
	higienista	3	11	33	43	53	143	3,92	5	4	1,05
	pracownik	2	7	44	70	56	179	3,96	4	4	0,90
	zarządzający	0	19	30	60	42	151	3,83	4	4	0,98
Lokalizacja gabinetu	pacjent	27	70	32	125	89	343	3,52	4	4	1,29
	lekarz	3	29	33	64	44	173	3,68	4	4	1,08
	higienista	9	15	7	55	57	143	3,95	5	4	1,20
	pracownik	1	17	32	57	72	179	4,02	5	4	1,01
	zarządzający	8	30	17	54	42	151	3,61	4	4	1,23
Możliwość współpracy z koordynatorem	pacjent	49	61	88	89	56	343	3,12	4	3	1,29
	lekarz	12	33	56	49	23	173	3,22	3	3	1,11
	higienista	7	7	33	63	33	143	3,76	4	4	4,00
	pracownik	3	14	62	44	56	179	3,76	3	4	1,03
	zarządzający	6	12	46	54	33	151	3,64	4	4	1,04
Standaryzowane stroje personelu	pacjent	55	100	75	77	36	343	2,82	2	3	1,25
	lekarz	11	42	49	57	14	173	3,12	4	3	1,07
	higienista	9	17	40	50	27	143	3,48	4	4	1,12
	pracownik	12	26	37	60	44	179	3,55	4	4	1,20
	zarządzający	6	16	41	66	22	151	3,54	4	4	1,00
Strona internetowa i aktywność w social mediach	pacjent	8	18	46	61	40	173	2,66	2	2	1,27
	lekarz	75	101	65	71	31	343	3,62	4	4	1,09
	higienista	5	2	22	58	56	143	4,10	4	4	0,95
	pracownik	3	27	30	73	46	179	3,74	4	4	1,06
	zarządzający	2	8	37	57	47	151	3,92	4	4	0,94
Wiele metod płatności	pacjent	26	44	29	106	138	343	3,83	5	4	1,29
	lekarz	4	19	24	54	72	173	3,99	5	4	1,10
	higienista	5	4	10	49	75	143	4,29	5	5	0,97
	pracownik	3	7	22	60	87	179	4,23	5	4	0,93
	zarządzający	0	17	22	71	41	151	3,90	4	4	0,93
Wygląd zewnętrzny lokalu i jego oznakowanie	pacjent	53	95	73	93	29	343	2,85	2	3	1,22
	lekarz	4	28	30	82	29	173	3,60	4	4	1,02
	higienista	3	4	25	74	37	143	3,97	4	4	0,86
	pracownik	4	12	37	85	41	179	3,82	4	4	0,94
	zarządzający	2	12	24	83	30	151	3,84	4	4	0,88

Na rys. 4.3. przedstawiono zebrane odpowiedzi pacjentów i posortowano rosnąco według kolejności sumy dla czynników, które respondenci uznali za „bardzo ważne” i „ważne” poprzez wskazanie na opcję istotności numer 5 oraz 4. Pytanie zadano wszystkim ankietowanym grupom. Najważniejszym czynnikiem dla pacjentów jest „jakość

usług medycznych”, który 92,1% ankietowanych pacjentów uznała za czynnik „bardzo ważny” (294 osoby) lub „ważny” (22 osoby). Drugim istotnym parametrem w ocenie pacjentów jest „jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty”, który poprzez wybranie dwóch najwyższych ocen, wskazało 90,7% respondentów z tej grupy. Trzecim, zdaniem pacjentów, ważnym czynnikiem jest „dostępność terminów wizyt”, wskazane przez 86,6% badanych jako „bardzo ważny” lub „ważny”.

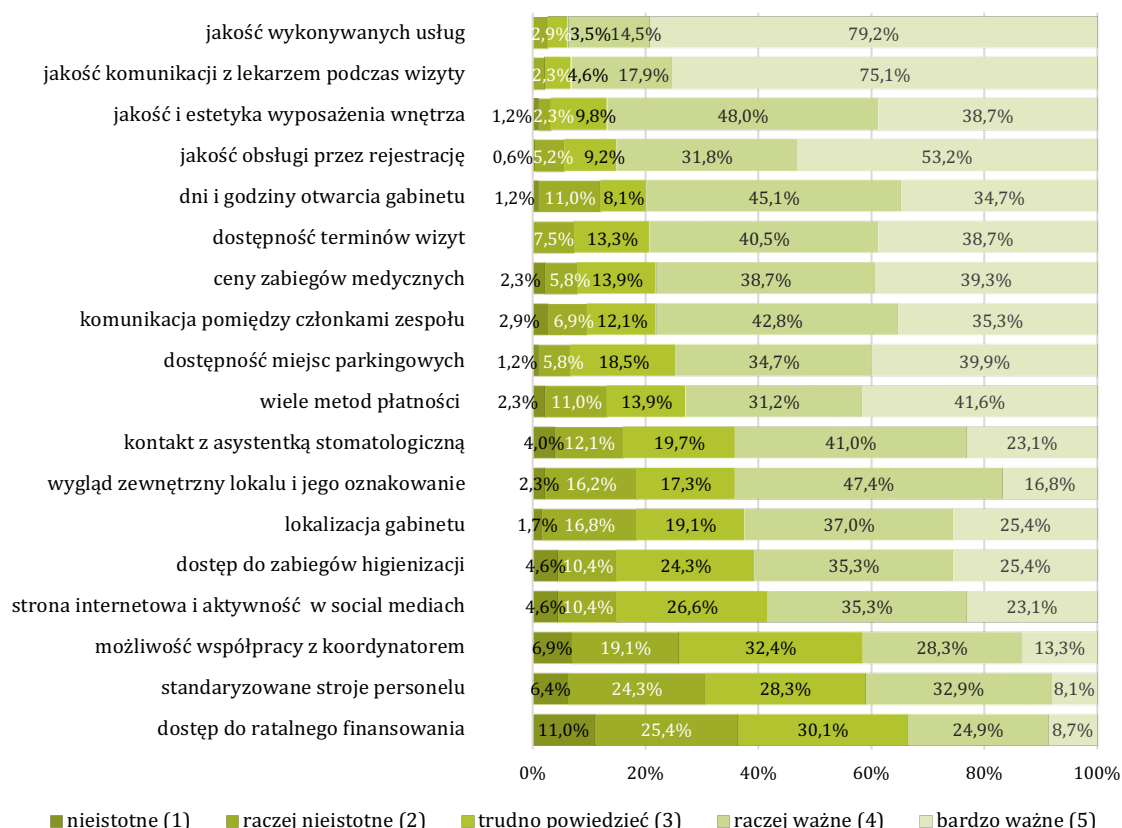


Rys. 4.3. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę gabinetu stomatologicznego wskazane przez pacjentów.

Trzy najwyżej ocenione czynniki ułożone są w tej samej kolejności również podczas analizy istotności wyłącznie z perspektywy przyznania przez badanych oceny „bardzo ważne”. Najmniej istotnym z wymienionych czynników jest dla pacjentów „strona internetowa gabinetu i aktywność w social mediach”, które 51,3% pacjentów oceniło jako „nieistotne” lub „raczej nieistotne”. W udzielonych odpowiedziach pacjenci wskazują na mniejsze znaczenie również takich czynników jak „wygląd zewnętrzny lokalu”, „standaryzacja strojów personelu” czy „dostęp do ratального finansowania leczenia”, któremu 28,0% respondentów przypisało największą liczbę ocen „nieistotne”.

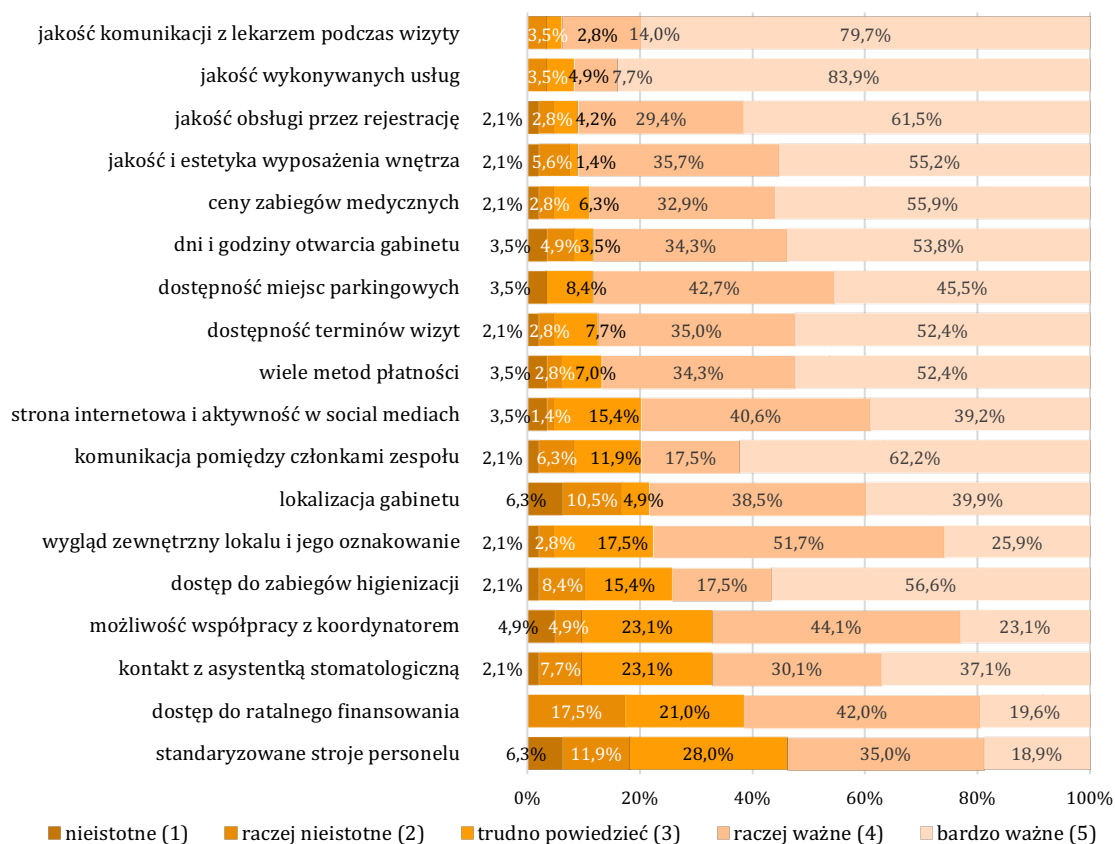
W przedstawionych na rys. 4.4. ocenach lekarzy dotyczących najważniejszych czynników zdaniem pacjentów najczęściej wskazali oni jako „bardzo ważne” czynnik „jakość wykonanych usług”, który stanowi 79,2% wybranych odpowiedzi oraz „jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty”, który wybrało 75,1% respondentów. Analizując istotność czynników według kryterium sumy wskazań ocen „bardzo ważne” lub „raczej ważne”, trzecim najistotniejszym czynnikiem jest „jakość i estetyka wyposażenia

wnętrza”, który łącznie w tych ocenach wskazało 86,7% respondentów z tej grupy. Analizując zebrane odpowiedzi wyłącznie z perspektywy wyboru oceny „bardzo ważne”, trzecim wskazanym przez lekarzy czynnikiem jest „jakość obsługi przez rejestrację”, który wybrało 53,2% ankietowanych lekarzy. Jako czynniki o najmniejszym wpływie na ocenę gabinetu przez pacjentów, lekarze wskazali „ułatwienia w dostępie do ratalnego finansowania leczenia”, oceniając łącznie, jako „bardzo ważne” i „raczej ważne” w 33,6% odpowiedziach oraz „standaryzowane stroje personelu, czytelne plakietki lub nadruki na odzież, różne kolory dla personelu medycznego i pozamedycznego” wskazane dla dwóch najwyższych ocen przez 41,0% ankietowanych lekarzy.



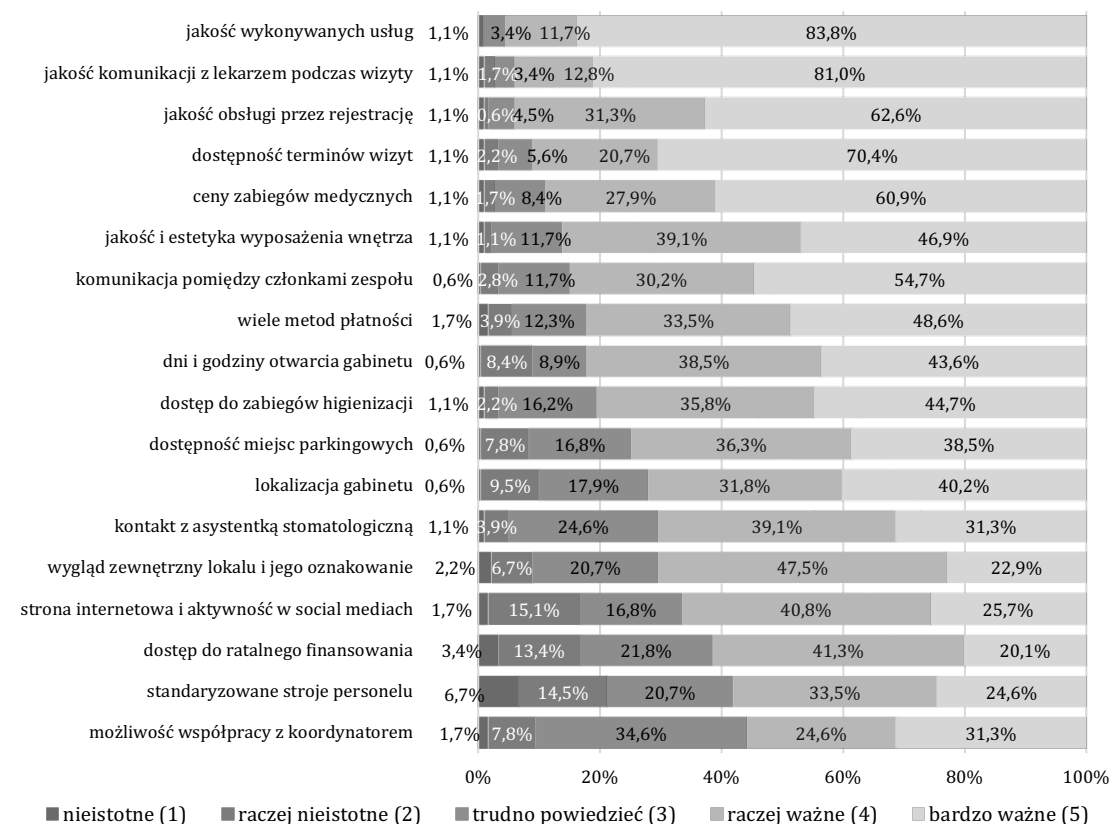
Rys. 4.4. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według lekarzy.

Higieniści zapytani o to, które ich zdaniem czynniki mają dla pacjentów wpływ na ocenę gabinetu, wskazali „jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty” jako najistotniejszy czynnik, który łącznie otrzymał największą sumę wskazań dla „bardzo ważne” i „ważne” wynoszącą 93,7%. Drugim ich zdaniem najważniejszym czynnikiem jest „jakość wykonywanych usług medycznych”, któremu oceny „ważne” i „bardzo ważne” przyznało łącznie 91,6% ankietowanych. Temu czynnikowi ankietowani przyznali największą liczbę ocen „bardzo ważne”, które stanowiły 83,9% wszystkich jego wskazań. Za najmniej istotne czynniki higienisci uznali „standaryzowane stroje personelu”, które jako „bardzo ważne” oceniło 18,9% oraz łącznie jako „nieistotne” lub „mało ważne” uznało 18,2% respondentów. Zestawienie ocen higienistów przedstawiono na rys. 4.5.



Rys. 4.5. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według higienistów.

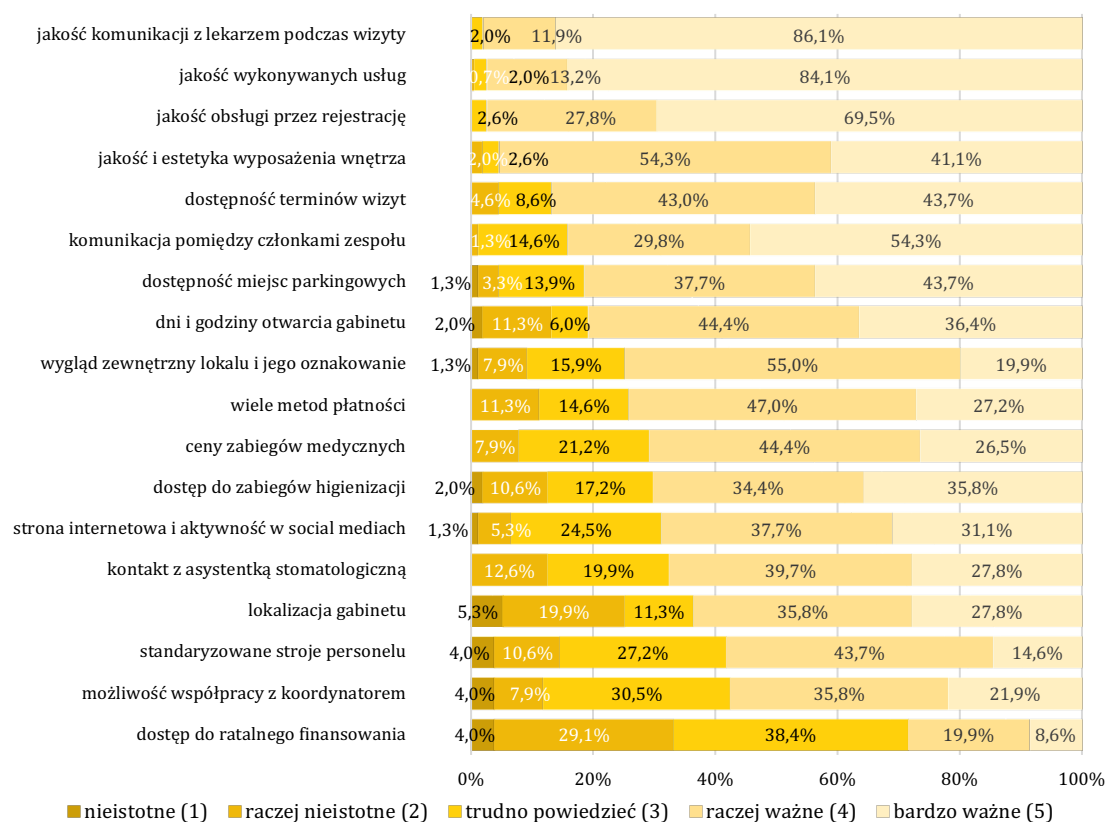
Pracownicy gabinetów wskazujący na oceny, które przyznali pacjenci w odpowiedzi na pytanie o stopień wpływu czynników na ocenę gabinetu stomatologicznego, największą liczbę najwyższych ocen tj. "bardzo ważne" przyznali czynnikowi „jakość wykonywanych usług”, na który wskazało 83,8% respondentów. Najniższe oceny tj. „nieistotne” oraz „raczej nieistotne” otrzymał czynnik „standaryzowane stroje personelu”, który wskazało dla tych ocen 21,2% pracowników. Respondenci z tej grupy mieli największy problem z oceną czynnika „możliwość współpracy z koordynatorem”, dla którego 34,6% ankietowanych wskazało ocenę „trudno powiedzieć”. Rozkład wszystkich przyznanych przez pracowników ocen zaprezentowany został na rys. 4.6.



Rys. 4.6. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według pracowników.

Zarządzający i właściciele gabinetów pytani o to, jaki jest wpływ wymienionych czynników na ocenę gabinetu stomatologicznego przez pacjentów, wskazali poprzez przyznanie największej liczby najwyższych ocen „bardzo ważne” czynnikowi „jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty”. Na rys. 4.7. zebrano wskazania respondentów z tej grupy. Łącznie z ocenami „raczej ważne” czynnik ten osiągnął poziom 98,0% wskazań respondentów. „Dostęp do ratального finansowania”, w ocenie osób zarządzających stanowił czynnik o największym stopniu niepewności decyzyjnej, który 38,4% odpowiedzi opisywało jako „trudno powiedzieć”. Ponadto otrzymał najmniejszą liczbę głosów „bardzo ważne”, tj. 8,6% odpowiedzi oraz jednocześnie największą liczbę ocen „raczej nieistotne”, które wraz z ocenami „nieistotne” stanowiły 33,1% oddanych na ten czynnik głosów.

Wśród badanych pacjentów 73,2% ankietowanych wskazało na czynnik związany z godzinami i dniami otwarcia gabinetu jako „ważny” lub „bardzo ważny” dla oceny gabinetu. Wyżej oceniły go wszystkie badane grupy związane ze stomatologią, udzielając na to samo pytanie odpowiedzi, które przeceniały oczekiwania pacjentów w tym zakresie. Na pytanie zadane wszystkim grupom poza pacjentami, dotyczące udziału tego czynnika w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku, udzielono odpowiedzi, które miały średnią wartość wskazań jako „ważne” oraz „bardzo ważne” na poziomie 82,8%, obliczaną ze średnich z poszczególnych grup. Oznacza to, że czynnik ten jest dla pacjentów mniej istotny, niż oceniają członkowie zespołów stomatologicznych.



Rys. 4.7. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według osób zarządzających i właścicieli.

Podobnie jest z czynnikiem związanym z dostępnością miejsc parkingowych, który 58,6% pacjentów wskazało jako wpływający na ocenę działania gabinetu. Jest to niższy wynik niż średnia wyników grup zawodowych związanych ze stomatologią, która wynosi 79,7%. Oznacza to, że wszystkie badane grupy przeceniają jego znaczenie dla pacjentów, przy czym największa różnica dotyczy grupy higienistów, którzy w 88,1% uważają go za istotny dla pacjentów. Znaczące różnice w ocenie dotyczą również czynnika związanego ze stroną internetową i aktywnością w social mediach. Pacjenci nadali temu czynnikowi wskazania „raczej ważne” lub „bardzo ważne” w 29,7% wyborów, podczas gdy grupa osób zarządzających i właścicieli sądzi, że dla pacjentów ta istotność wynosi 68,8%. Czynniki z omawianej grupy mają znaczenie dla ogólnej oceny gabinetu pacjentów będących już w procesie leczenia, ale w mniejszym stopniu wpływają na decyzje pacjentów o rozpoczęciu, kontynuacji czy zmianie zakresu wykonywanego leczenia.

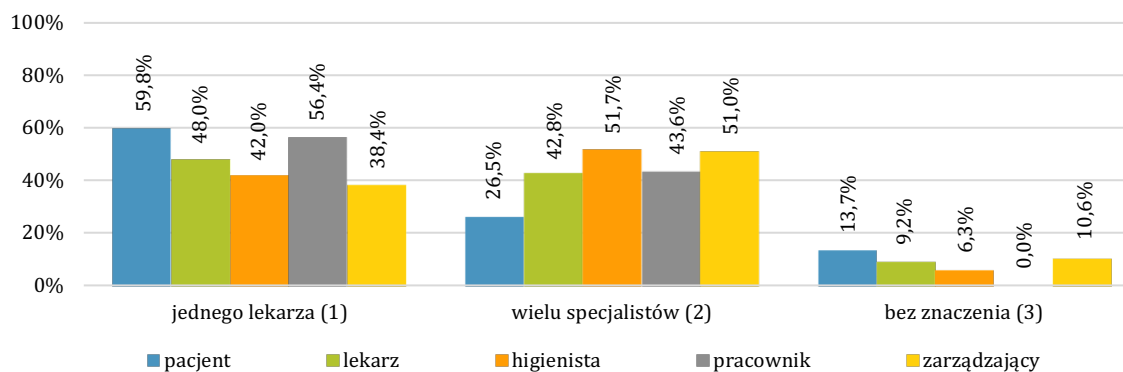
Na kolejne pytanie w badaniu ankietowym dotyczące preferowanego przez pacjentów rodzaju leczenia realizowanego przez jednego lub wielu specjalistów, skonstruowanego jako opcja jednokrotnego wyboru spośród 3 odpowiedzi („jednego lekarza”, „przez wielu specjalistów dobranych do etapu leczenia” oraz „bez znaczenia”), 59,8% pacjentów (205 osób) wskazało jako najchętniej wybierane leczenie przez jednego lekarza. Higienisci oraz zarządzający w największym procencie wskazywali na leczenie realizowane przez wielu specjalistów, jako oczekiwane przez pacjentów, różniąc się tym samym w największym stopniu z odpowiedziami wskazanymi przez pacjentów. W badanych grupach pacjentów i pracowników mediana oraz dominanta są równe i wynoszą 1, a dla

grupy higienistów i zarządzających wynoszą 2. W badanej grupie lekarzy dominanta wynosi 1, podczas gdy mediana wynosi 2. Otrzymane na to pytanie oceny zaprezentowano w tabeli 4.2.

Tabela 4.2. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie dotyczące preferencji pacjentów w zakresie sposobu realizowania leczenia.

Pacjenci preferują leczenie wykonywane przez:	jednego lekarza (1)	wielu specjalistów (2)	bez znaczenia (3)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
pacjent	205	91	47	343	1,55	1	1	0,72
lekarz	83	74	16	173	1,61	1	2	0,65
higienista	60	74	9	143	1,64	2	2	0,60
pracownik	101	78	0	179	1,44	1	1	0,50
zarządzający	58	77	16	151	1,72	2	2	0,64
razem	507	394	88	989	1,58	1	1	0,64

Zgodnie z wynikami badań, przedstawionymi na rys. 4.8., dla grupy 13,7% pacjentów pozostaje bez znaczenia czy całość leczenia będzie realizował jeden lekarz, czy zabiegi będą wykonywane przez zespół specjalistów. Prawie 60% pacjentów wskazuje jako preferowane leczenie przez jednego lekarza. Na ich oczekiwania wpływają także wcześniejsze doświadczenia i to, że właśnie w takim trybie byli dotychczas leczeni. Leczenie przez wielu różnych specjalistów może być niewłaściwie utożsamiane z niewystarczającymi kompetencjami jednego lekarza zamiast zapewnienia w ten sposób najwyższego możliwego poziomu leczenia przez udział wielospecjalistycznego zespołu. Dobór odpowiedniej komunikacji z pacjentem wpływa na jego interpretację tego zjawiska.



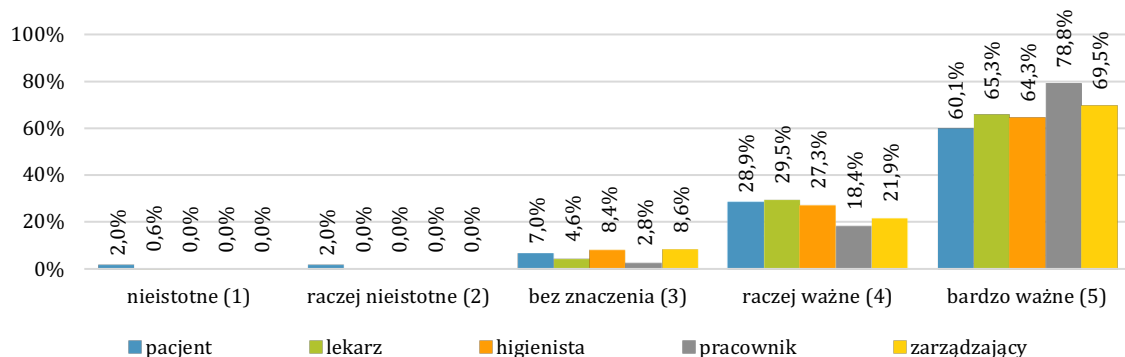
Rys. 4.8. Rodzaj leczenia preferowanego przez pacjentów.

W pytaniu o istotność poznania przez pacjentów ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem, 88,9% pacjentów (305 osób) oceniło, że znajomość ceny przed zabiegiem jest dla nich ważna lub bardzo ważna. We wszystkich pozostałych grupach dominowały podobne oceny. Dominanta i mediana dla wszystkich grup były równe i wynosiły 5. Przedstawiona w tabeli 4.3., średnia arytmetyczna wszystkich otrzymanych wyników wynosi 4,56, przy czym najwyższa jest dla grupy pracowników i wynosi 4,74, a najniższa w grupie pacjentów 4,43.

Tabela 4.3. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie o to w jakim stopniu ważne jest poznanie przez pacjenta ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem.

W jakim stopniu jest ważne dla Pani/Pana poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem?	nieistotne (1)	mało ważne (2)	bez znaczenia (3)	ważne (4)	bardzo ważne (5)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
pacjent	7	7	24	99	206	343	4,43	5	5	0,87
lekarz	1	0	8	51	113	173	4,59	5	5	0,64
higienista	0	0	12	39	92	143	4,56	5	5	0,65
pracownik	0	0	5	33	141	179	4,74	5	5	0,58
zarządzający	0	0	13	33	105	151	4,61	5	5	0,64
Razem	8	7	62	255	657	989	4,56	5	5	0,73

Strukturę procentową odpowiedzi udzielonych przez respondentów wszystkich grup, zobrazowano na rys. 4.9. Większość respondentów uważa, że poznanie przez pacjenta ceny przed rozpoczęciem zabiegu jest dla niego ważne lub bardzo ważne. Część konfliktów z pacjentem powstaje podczas rozliczenia płatności za leczenie. Wynikają z tego, że nie został poinformowany o cenie zabiegu przed jego wykonaniem i kwota do zapłaty jest dla niego zaskoczeniem. Ponieważ pracownicy uczestniczą w takich sytuacjach częściej od członków innych ankietowanych grup, lepiej od pozostałych rozumieją, jak istotny jest moment poinformowania pacjenta o cenie zabiegu. Z tego powodu największa liczba ocen „bardzo ważne” została przyznana przez respondentów z tej grupy.



Rys. 4.9. W jakim stopniu jest ważne dla pacjenta poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem.

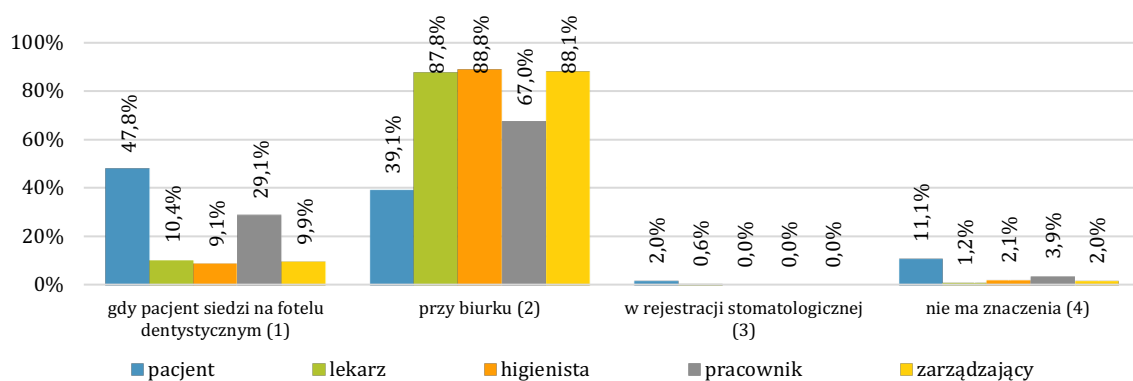
Na kolejne pytanie dotyczące preferowanego miejsca, w którym powinna odbywać się rozmowa pacjenta z lekarzem o zdrowiu jamy ustnej oraz planowanym leczeniu, skonstruowane jako opcja jednokrotnego wyboru spośród 4 odpowiedzi („gdy pacjent siedzi na fotelu dentystycznym”, „przy biurku”, „w rejestracji stomatologicznej” oraz „nie ma znaczenia”), 164 ankietowanych pacjentów (47,8%) wskazało fotel dentystyczny jako oczekiwane miejsce prowadzenia rozmowy z lekarzem. Przedstawiona w tabeli 4.4. średnia arytmetyczna udzielonych odpowiedzi jest najniższa w grupie pacjentów i wynosi 1,75, podczas gdy najwyższa jest w grupie zarządzających i higienistów i wynosi 1,95. Prawdopodobne jest, że oczekiwania i w związku z tym odpowiedzi udzielone przez grupę pacjentów mogą być następstwem dotychczasowych doświadczeń z leczenia w innych gabinetach, w których rozmowy z pacjentami prowadzone są głównie, podczas

gdy ten przebywa na fotelu dentystycznym, a nie informacją o rzeczywistych oczekiwaniach. Pozostałe grupy respondentów w innym stopniu rozumieją powiązania pomiędzy miejscem prowadzenia rozmowy a otwartością na przyjmowanie informacji i to powoduje różnice we wskazaniach pomiędzy nimi a pacjentami.

Tabela 4.4. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie o to, gdzie w ocenie pacjentów powinna odbywać się rozmowa po badaniu i planowanym leczeniu.

Pani/Pana zdaniem, rozmowa z lekarzem o sytuacji zdrowia jamy ustnej oraz planowanym leczeniu powinna odbywać się:	gdy pacjent siedzi na fotelu dentystycznym (1)	przy biurku (2)	w rejestracji stomatologicznej (3)	nie ma znaczenia (4)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
pacjent	164	134	7	38	343	1,75	1	2	0,93
lekarz	18	152	1	2	173	1,92	2	2	0,39
higienista	13	127	0	3	143	1,95	2	2	0,42
pracownik	52	120	0	7	179	1,80	2	2	0,63
zarządzający	15	133	0	3	151	1,94	2	2	0,42
Razem	262	666	8	53	989	1,85	2	2	0,68

Jak przedstawiono na rys. 4.10., lekarze, higieniści oraz zarządzający najwyżej oceniają to, że pacjenci oczekują prowadzenia rozmowy przy biurku. Średnio 82,9% odpowiedzi respondentów wszystkich grup poza grupą pacjentów, czyli osób pracujących w zespołach stomatologicznych wskazuje biurko jako właściwe miejsce do prowadzenia rozmowy z pacjentem. Z wyjątkiem grupy pacjentów, w której dominanta wynosi 1 a mediana 2, we wszystkich pozostałych grupach dominanta i mediana są równe i wynoszą 2.



Rys. 4.10. Wskazanie miejsca, w którym według pacjenta powinna odbywać się rozmowa z lekarzem o zdrowiu jamy ustnej oraz planowanym leczeniu.

Podobnie jak w ma to miejsce w przypadku wyboru leczenia przez jednego lekarza lub zespół, również wskazanie miejsca do prowadzenia rozmowy z lekarzem prezentuje znaczące różnice w rzeczywistych oczekiwaniach pacjentów, a ich domniemaniem przez pozostałe ankietowane grupy. Na wskazania pacjentów wpływ mają ich dotychczasowe przyzwyczajenia i brak innych znanych wzorców obsługi. Podczas gdy wybory innych grup związane są z ich wiedzą na temat powiązań skuteczności przekazu z miejscem, w którym przebywa pacjent podczas prowadzenia rozmowy. Otrzymane wyniki wskazują

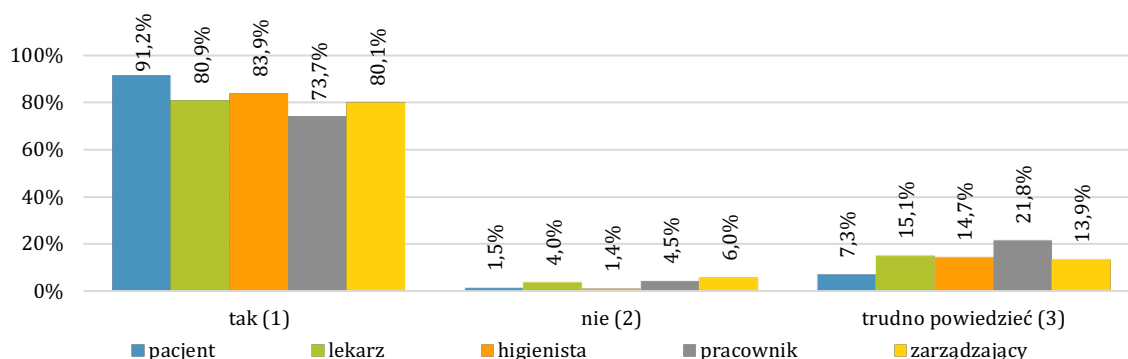
na potrzebę informowania pacjentów o stosowanych w placówce medycznej standardach, również w zakresie leczenia interdyscyplinarnego i rekomendowaniu miejsca, w którym będzie realizowana część wizyty przeznaczona na przekazanie wiadomości o leczeniu.

Respondenci z różnych badanych grup zapytani w następnym pytaniu o to, czy pacjenci oczekują od lekarza dentysty motywowania ich do leczenia, potwierdzali oczekiwania pacjentów w tym zakresie. 83,5% (826 osób) spośród wszystkich respondentów wybrało „tak” z trzech dostępnych odpowiedzi („tak”, „nie”, „trudno powiedzieć”). Grupą, w której największa część respondentów wskazała odpowiedź 1, byli pacjenci, spośród których tę opcję wybrało 313 osób z 343 odpowiadających. Dominanty i mediany dla wszystkich grup mają ten sam wynik i wynoszą 1. Najniższa średnia arytmetyczna wyników występuje dla grupy pacjentów i wynosi 1,15, a najwyższa jest w grupie pracowników i wynosi 1,49. Zestawienie ilościowe wyników respondentów zobrazowano w tabeli 4.5.

Tabela 4.5. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie o to, czy pacjenci oczekują od lekarza motywowania do leczenia.

Czy Pani/Pana zdaniem pacjenci oczekują od lekarza dentysty motywowania ich do leczenia?	tak (1)	nie (2)	trudno powiedzieć (3)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
pacjent	313	5	25	343	1,15	1	1	0,51
lekarz	140	7	26	173	1,34	1	1	0,73
higienista	120	2	21	143	1,31	1	1	0,71
pracownik	132	8	39	179	1,49	1	1	0,83
zarządzający	121	9	21	151	1,34	1	1	0,71
Razem	826	31	132	989	1,31	1	1	0,71

Rozkład procentowy udzielonych odpowiedzi został przedstawiony na rys. 4.11. Spośród badanych, osoby z grupy pracowników mają najwyższy udział we wskazaniach „trudno powiedzieć”, który wynosi 21,8%. Udzielone przez pacjentów odpowiedzi sugerują, że bezzasadne są rozważania towarzyszące obsłudze pacjenta na temat tego, czy poczuje się on niekomfortowo, jeżeli lekarz dentysta zachęci go do leczenia. Ponad dziewięciu na dziesięciu pacjentów pierwszorazowych oczekuje od lekarza dentysty motywowania do leczenia, co stanowi wynik wyższy niż wskazali respondenci z zespołów stomatologicznych. Zaledwie 1,5% pacjentów nie oczekuje od lekarza motywowania.



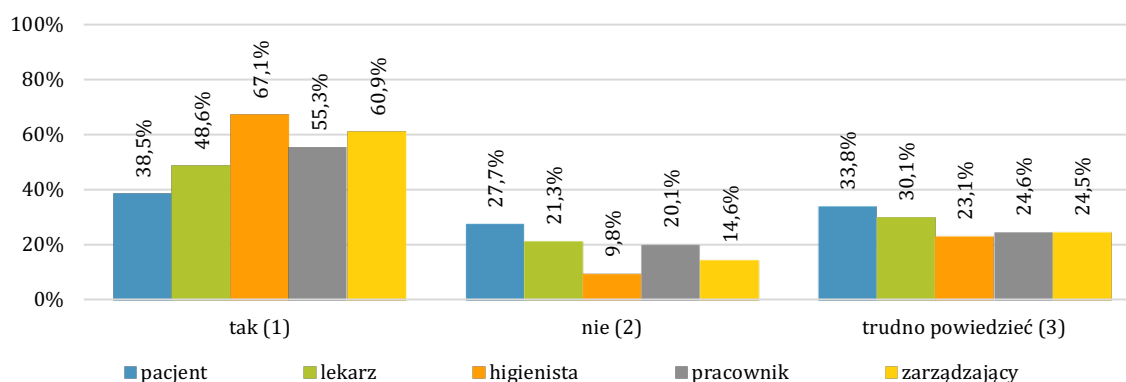
Rys. 4.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to czy pacjenci oczekują motywacji do leczenia przez lekarza dentystę.

Na pytanie dotyczące potrzeby funkcjonowania w gabinecie dedykowanego stanowiska koordynatora (w części gabinetów nazywanego również opiekunem), który pomaga pacjentom dotrzymywać zaplanowanych terminów wizyt, skonstruowane jako opcja jednokrotnego wyboru spośród 3 odpowiedzi („tak”, „nie”, „trudno powiedzieć”), największa grupa respondentów 50,9% (503 osoby) wskazała potrzebę istnienia tego stanowiska w gabinecie. W tabeli 4.6. przedstawiono w ilościowym ujęciu wskazania respondentów oraz obliczone dla tej grupy odpowiedzi średnie, dominanty, mediany oraz odchylenie standardowe. W grupie badanych pacjentów średnia arytmetyczna wyników dla tego pytania wynosi 1,94, a w grupie lekarzy 1,82. Najniższa średnia arytmetyczna występuje w grupie higienistów i wynosi 1,56. We wszystkich grupach dominantą jest odpowiedź 1. W grupie pacjentów i lekarzy mediana wynosi 2, a w pozostałych grupach tj. higienistów, pracowników i osób zarządzających wynosi 1. Pacjenci w niższym stopniu niż członkowie zespołów medycznych wskazują na potrzebę funkcjonowania w gabinecie stanowiska koordynatora.

Tabela 4.6. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie dotyczące potrzeby tworzenia stanowiska koordynatora pacjenta.

Czy w Pani/Pana ocenie w gabinecie potrzebne jest stanowisko koordynatora/opiekuna, który pomaga pacjentom dotrzymywać zaplanowanych terminów wizyt?	tak (1)	nie (2)	trudno powiedzieć (3)	razem	$\bar{x}$	Do	Me	S(x)
pacjent	132	95	116	343	1,94	1	2	0,85
lekarz	84	37	52	173	1,82	1	2	0,87
higienista	96	14	33	143	1,56	1	1	0,84
pracownik	99	36	44	179	1,68	1	1	0,83
zarządzający	92	22	37	151	1,64	1	1	0,85
Razem	503	204	282	989	1,75	1	1	0,85

Na rys. 4.12. przedstawiono odpowiedzi respondentów, które wskazują, że to grupa higienistów w największym stopniu jest przekonana o potrzebie istnienia w gabinecie stanowiska koordynatora pacjenta. Liczba odpowiedzi „trudno powiedzieć”, udzielonych przez pacjentów sugeruje niską znajomość tego stanowiska i tym samym niepełną jasność czy jest potrzebne.

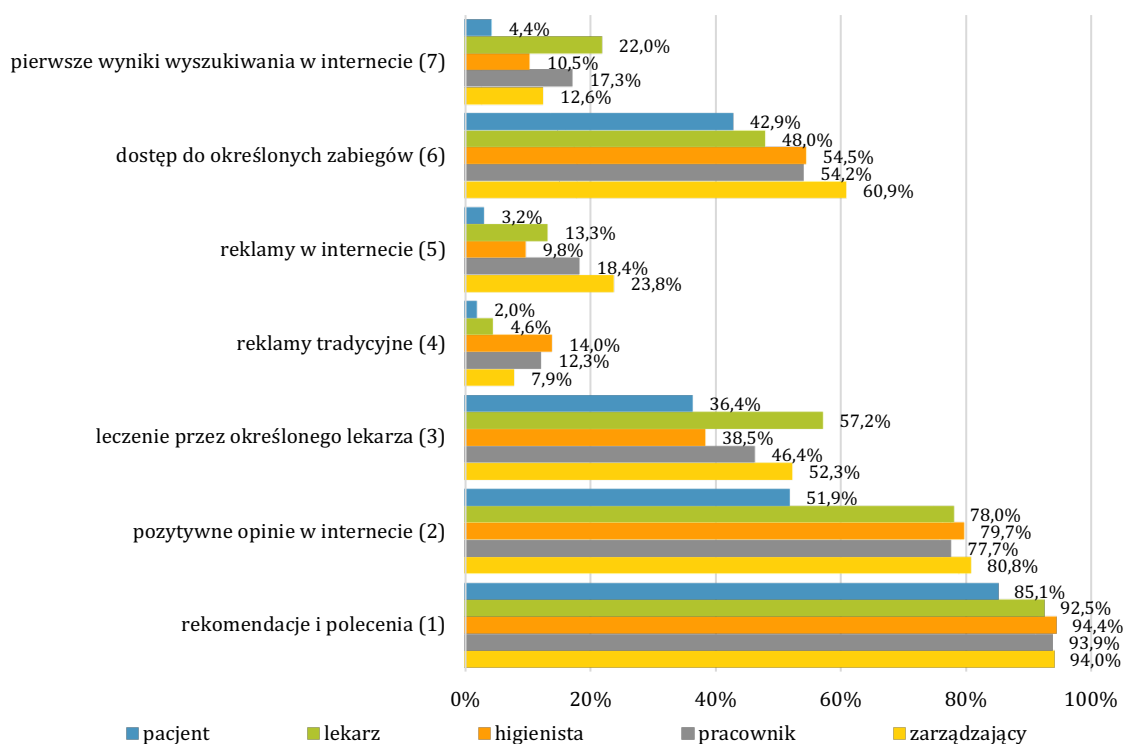


Rys. 4.12. Potrzeba występowania w gabinecie stanowiska koordynatora pacjenta.

Następne z pytań dotyczyło czynników, którymi kieruje się pacjent przy wyborze gabinetu stomatologicznego, i zostało skonstruowane jako opcja wielokrotnego wyboru spośród 7 zdefiniowanych odpowiedzi:

1. Rekomendacje i polecenia od znajomych lub rodziny.
2. Pozytywne opinie o gabinecie dostępne w internecie.
3. Możliwość leczenia przez określonego lekarza.
4. Reklamy tradycyjne, banery, ulotki, radio, ogłoszenia w prasie, tv.
5. Reklamy w internecie.
6. Dostęp do określonych, specjalistycznych zabiegów medycznych.
7. Pierwsze otrzymane wyniki podczas wyszukiwania w internecie.

Istniała możliwość wprowadzenia dodatkowego wpisu w formie otwartej. Łącznie wskazano 2827 odpowiedzi. Oznacza to, że przeciętnie jeden respondent wskazał 3 czynniki wpływające na wybór gabinetu. W grupie pacjentów 11 osób uzupełniło odpowiedzi o dodatkowe czynniki własne. 4 z nich wskazało na cenę za usługi medyczne, 3 na własne wcześniejsze doświadczenia, 2 na staranność oraz po jednej osobie podkreśliło znaczenie kameralności gabinetu i odległość do niego. W grupie lekarzy 2 osoby wprowadziły dodatkowy czynnik, który w obu przypadkach dotyczył cen usług. Możliwość wykonania pełnej diagnostyki w jednym miejscu została wskazana przez jednego z higienistów jako dodatkowy czynnik decydujący o wyborze gabinetu przez pacjentów. Dwóch spośród ankietowanych pracowników uzupełniło odpowiedzi o dodatkowe czynniki tj. cenę zabiegów oraz odległość do gabinetu. Właściciele i zarządzający gabinetami nie uzupełniali odpowiedzi o dodatkowe zmienne, dokonując wyborów spośród zaproponowanej listy. Na rys. 4.13 zestawiono procentowy udział odpowiedzi udzielonych przez respondentów.



Rys. 4.13. Zestawienie czynników, którymi kieruje się pacjent przy wyborze gabinetu stomatologicznego.

We wszystkich badanych grupach największy udział wskazań dotyczył rekomendacji i poleceń udzielanych przez rodzinę i znajomych, które łącznie wskazało 90,7% respondentów (897 osób). Drugim najczęściej wybieranym czynnikiem są pozytywne opinie o gabinecie dostępne w internecie, wybrało go 688 osób, co stanowi 69,6% wszystkich respondentów. Czynniki o najmniejszym znaczeniu przy wyborze gabinetu to reklamy tradycyjne, wskazane przez 2,0% pacjentów oraz reklamy w internecie, które za istotne uważa 3,2% ankietowanych pacjentów.

Jako najczęstszy powód rezygnacji pacjentów z leczenia w poprzednich gabinetach respondenci wskazali ceny zabiegów, które stanowiły 59,4% wszystkich wyborów, czyli 587 osób spośród wszystkich respondentów. Przy czym o ile w największym stopniu cenę zabiegów za decydującą uznali respondenci z grupy pracowników, to dla pacjentów najważniejszym z czynników była jakość usług medycznych, na którą wskazało 59,2% pacjentów, tj. 203 osoby. Wskazania respondentów w ujęciu procentowym przedstawiono na rys. 4.14. Pytanie o czynniki, którymi kieruje się pacjent przy rezygnacji z gabinetu stomatologicznego, skonstruowano jako opcja wielokrotnego wyboru spośród 7 zdefiniowanych odpowiedzi:

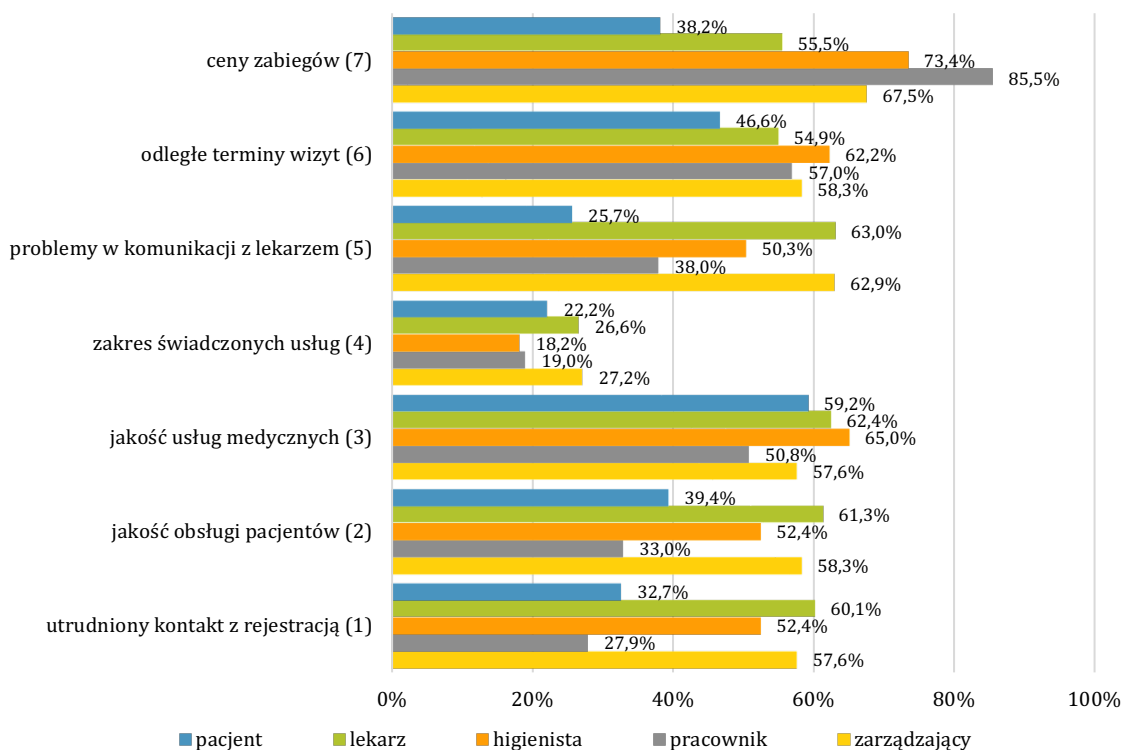
1. Utrudniony kontakt z rejestracją.
2. Jakość obsługi pacjentów przez personel.
3. Jakość usług medycznych i wykonywanych zabiegów.
4. Zakres świadczonych usług medycznych.
5. Problemy w komunikacji z lekarzem.
6. Odległe terminy wizyt.
7. Ceny zabiegów.

Możliwości wykonania dodatkowego wpisu w formie otwartej, respondenci wskazali 3249 odpowiedzi spośród zdefiniowanych czynników. Przeciętnie respondent zaznaczył 3,3 z 7 czynników wpływających na rezygnację z usług danego gabinetu. W formularzach wprowadzono 28 dodatkowych odpowiedzi w następstwie korzystania przez ankietowanych z jego otwartej części. Największą dodatkową grupę stanowiły czynniki dodane przez pacjentów, 20 spośród 343 respondentów w tej grupie wskazało dodatkowe odpowiedzi:

- a. nie zmieniłem nigdy gabinetu – 5 osób,
- b. naciąganie pacjentów,
- c. wątpliwość co do odpowiedniego leczenia – 2 osoby,
- d. przeprowadzka - 3 osoby,
- e. lekarz odszedł z gabinetu – 4 osoby,
- f. odległość od domu,
- g. brak umowy z ubezpieczycielem,
- h. praca w delegacji, zmiana miejsca pracy, zmiana gabinetu,
- i. pomylenie pacjentów,
- j. kolejka w gabinecie.

Dwóch lekarzy dodało po jednym dodatkowym czynnikiem, jeden z nich wskazał na odczuwanie bólu przez pacjenta jako czynnik decydujący o rezygnacji, a drugi jako czynnik dodatkowy zdefiniował „pacjenta jednorazowego”. Jeden z pracowników wskazał na czynnik prywatny, który decyduje o rezygnacji pacjentów, natomiast wśród higienistów

wprowadzono jedną dodatkową odpowiedź, która wskazywała na „priorytety życiowe” jako jeden z decydujących czynników. Dwie osoby zarządzające korzystając z otwartej formy podzieliły się swoimi obserwacjami i wskazały na „powszechny brak szacunku dla innych osób” oraz „niestabilną sytuację finansową pacjentów” jako czynniki decydujące o rezygnacji z leczenia w gabinecie.



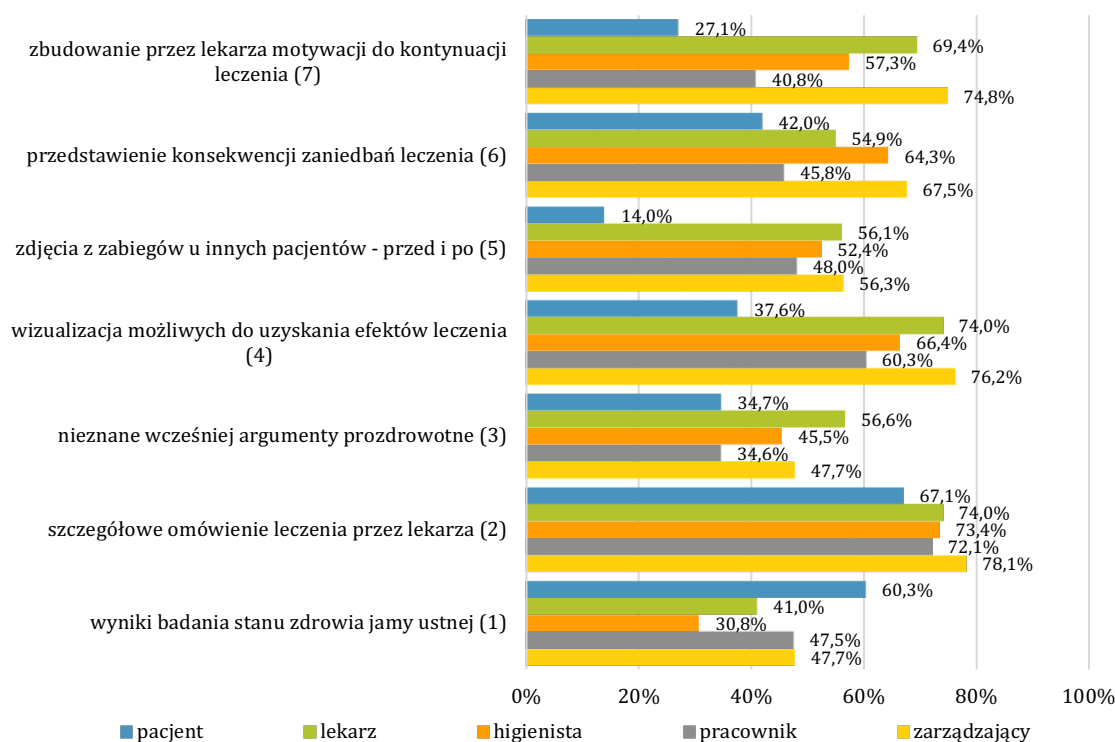
Rys. 4.14. Zestawienie wskazanych powodów rezygnacji z leczenia w poprzednich gabinetach.

Na pytanie o skłonność pacjenta do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie, skonstruowane jako opcja wielokrotnego wyboru spośród 8 odpowiedzi z możliwością dodatkowej odpowiedzi w formie otwartej, łącznie respondenci wybrali 3567 czynników. Wśród czynników zaproponowanych w pytaniu znajdowały się:

1. Wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej.
2. Szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza.
3. Nieznane wcześniej argumenty prozdrowotne.
4. Wizualizacja możliwych do uzyskania efektów leczenia.
5. Zdjęcia z zabiegów u innych pacjentów - przed i po.
6. Przedstawienie konsekwencji zaniedbań leczenia.
7. Zbudowanie przez lekarza motywacji do kontynuacji leczenia.
8. Promocyjne ceny zabiegów.

Respondenci wskazali średnio 4 czynniki, przy czym najwięcej czynników wybrali zarządzający gabinetami – średnio po 4-5 czynników każdy (677 czynników wskazanych przez 151 zarządzających), a najmniej pacjenci 3 czynniki (970 czynników wskazanych przez 343 pacjentów). Tylko jeden pacjent wymienił dodatkowy czynnik, którym jest „ustalenie harmonogramu leczenia”. W pozostałych badanych grupach jeden

z pracowników podzielił się w otwartym polu formularza własną obserwacją dot. „zróznicowania możliwych powodów z uwagi na status społeczny pacjenta, jego wykształcenie i czynniki środowiskowe kształtujące jego decyzje”. Pozostali respondenci wskazując odpowiedzi posługiwali się pulą zaproponowanych czynników, nie uzupełniając jej o własne. Wskazania respondentów przedstawiono w ujęciu procentowym na rys. 4.15.



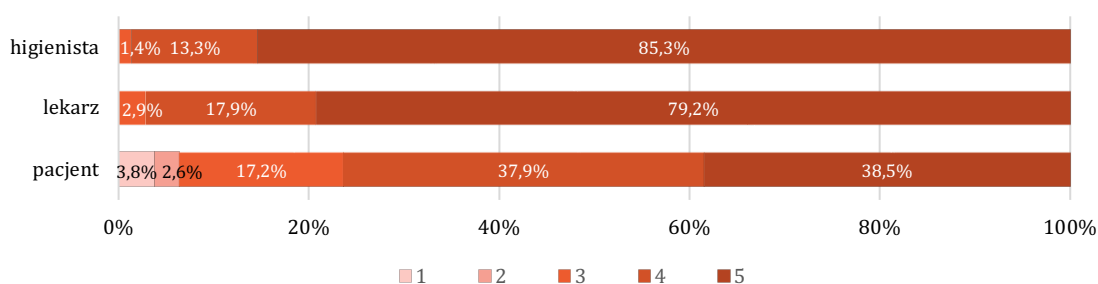
Rys. 4.15. Zestawienie wyboru spośród czynników, które mogą skłonić pacjenta do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie.

W kolejnym pytaniu zapytano grupy pacjentów, higienistów i lekarzy o to jaki wpływ na decyzje pacjentów o korzystaniu z gabinetu higieny ma rekomendacja udzielona pacjentowi przez lekarza. Pytanie skonstruowano jako opcję jednokrotnego wyboru na skali od 1 do 5, gdzie ocena 1 oznacza najmniejszy wpływ, a ocena 5 oznacza największy. W tabeli 4.7. przedstawiono ilościową prezentację wskazań respondentów.

Tabela 4.7. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do pacjentów, lekarzy dentystów i higienistów dot. wpływu rekomendacji lekarza na decyzje pacjentów o korzystaniu z gabinetu higienizacji.

Jaki wpływ na Pani/Pana decyzje o korzystaniu z usług w gabinecie higienizacji ma rekomendacja udzielona przez lekarza?	Ocena 1	Ocena 2	Ocena 3	Ocena 4	Ocena 5	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
pacjent	13	9	59	130	132	343	4,05	5	4	1,00
lekarz	0	0	5	31	137	173	4,76	5	5	0,49
higienista	0	0	2	19	122	143	4,84	5	5	0,41

Wśród grup lekarzy i higienistów najwyższą ocenę przyznało 259 ankietowanych, jednocześnie żadna z osób w tych dwóch grupach nie wystawiła oceny najniższej (1) oraz oceny 2, natomiast ocenę 3 wskazało 5 lekarzy i 2 higienistów. W obu grupach dominanta oraz mediana są równe i wynoszą 5. Średnia arytmetyczna wyników grupy lekarzy wynosi 4,76, a odpowiedzi grupy higienistów 4,84. Spośród 659 osób udzielających odpowiedzi 86,6% osób uznało jako „raczej ważną” (4) lub „bardzo ważną” (5) rekomendację lekarza w tym zakresie. Jak przedstawiono na rys. 4.16., w grupie badanych pacjentów najwyższą ocenę przyznało 38,5% respondentów (132 osób), średnia arytmetyczna udzielonych odpowiedzi wynosi 4,05, dominanta 5, a mediana 4. Oceny przyznane przez higienistów świadczą o pełniejszym zrozumieniu przez tę grupę zjawiska oddziaływania rekomendacji lekarzy na decyzje pacjenta.



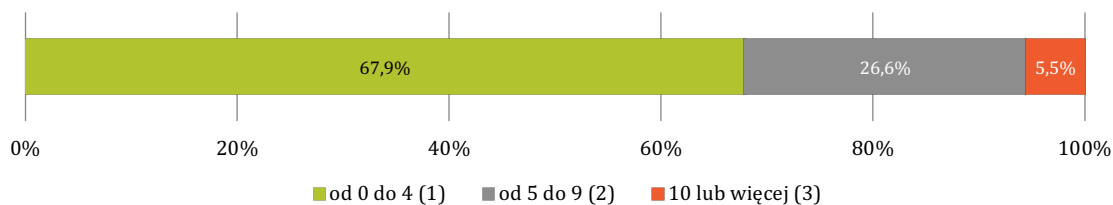
Rys. 4.16. Rozkład odpowiedzi o stopień wpływu rekomendacji udzielonej przez lekarza na decyzje pacjentów o korzystaniu z usług w gabinecie higienizacji.

Pytanie o liczbę gabinetów, w których dotychczas leczył się pacjent, zadano wyłącznie grupie pacjentów. Skonstruowano je jako opcję jednokrotnego wyboru spośród 3 dostępnych odpowiedzi, z których pierwsza zakładała dotychczasowe leczenie w maksymalnie 4 gabinetach, druga w minimum 5 i maksimum 9 gabinetach oraz trzecia dotyczyła korzystania z 10 lub większej liczby gabinetów. Spośród 343 respondentów, 233 osoby wskazały na pierwszą opcję, 91 na drugą, a 19 osób wybrało opcję numer 3. Wynika zaprezentowano w tabeli 4.8. Mediana, jak i dominanta dla tej grupy odpowiedzi są równe i wynoszą 1.

Tabela 4.8. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do pacjentów dot. liczby gabinetów, w których realizowali leczenie.

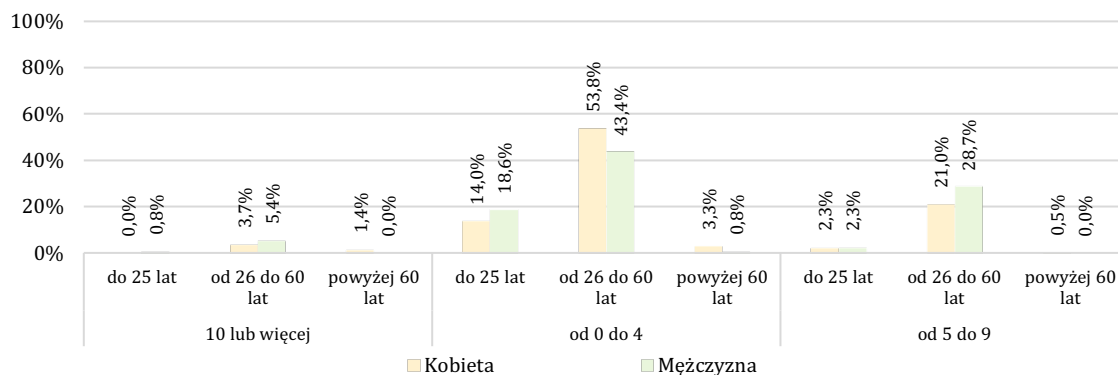
W ilu gabinetach leczył/a się Pani/Pan dotychczas?	od 0 do 4 (1)	od 5 do 9 (2)	10 lub więcej (3)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
pacjent	233	91	19	343	1,36	1	1	0,58

Zebrane odpowiedzi przedstawiono w ujęciu procentowym na rys. 4.17. Liczba gabinetów, w których dotychczas leczył się pacjent jest interpretowana również jako pochodna zdolności do nawiązania z nim trwałej relacji. Rozumianej również jako sytuacja, w której pomimo, że nie leczy się regularnie, to jednak w momencie zaistniałej potrzeby nie szuka nowej placówki medycznej tylko wybiera kontakt z dotychczasową.



Rys. 4.17. Zestawienie struktury wskazań pacjentów w zakresie liczby gabinetów, w których dotychczas się leczą.

Rozkład pacjentów według deklarowanej liczby gabinetów, w których dotychczas realizowali leczenie, analizowanych w ujęciu struktury wieku i płci zaprezentowano na rys. 4.18. Wskazuje on na największy udział grupy osób z przedziału od 26 do 60 lat i korzystaniu dotychczas z maksymalnie 4 gabinetów. W przedziale wiekowym od 26 do 60 lat mężczyźni w większym procencie niż kobiety leczą się w 5 lub większej liczbie gabinetów, na co wskazuje rozkład procentowy odpowiedzi zarówno dla przedziału „od 5 do 9” oraz „10 i więcej”.



Rys. 4.18. Struktura pacjentów według płci i przedziałów wiekowych dla wskazanej liczby gabinetów, w których dotychczas leczył się pacjent.

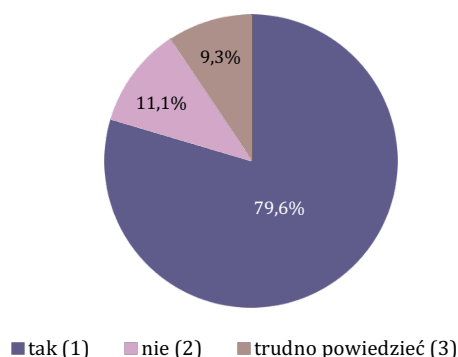
Pacjenci zapytani o ich wiedzę o aktualnej liczbie zębów, które wymagają leczenia, odpowiadali wybierając opcję jednokrotnego wyboru spośród 3 odpowiedzi („tak”, „nie”, „trudno powiedzieć”). Mediana i dominanta badanych odpowiedzi były równe i wynosiły 1, podczas gdy średnia arytmetyczna odpowiedzi wyniosła 1,29, a odchylenie standardowe 0,62, wyniki zestawiono w tabeli 4.9.

Tabela 4.9. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do pacjentów dot. świadomości liczby zębów pozostających do leczenia.

Czy wie Pani/Pan, ile ma aktualnie zębów do leczenia/ile zębów wymaga leczenia?	tak (1)	nie (2)	trudno powiedzieć (3)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
pacjent	273	38	32	343	1,29	1	1	0,62

Pytanie zadano wyłącznie grupie pacjentów, spośród której 70 osób stanowiących 20,4% badanej grupy nie odpowiedziało twierdząco, co oznacza, że pomimo korzystania z leczenia nie mają wiedzy dotyczącej bieżących problemów stomatologicznych i tym

samym nie wiedzą jakiego zakresu leczenia wymagać będzie przywrócenie zdrowia ich jamy ustnej. Procentowy rozkład odpowiedzi przedstawia rys. 4.19.



Rys. 4.19. Rozkład odpowiedzi pacjentów na pytanie o to, czy wiedzą, ile mają aktualnie zębów do leczenia.

Podczas kolejnego etapu sondażu diagnostycznego, wszystkie badane grupy z wyłączeniem grupy pacjentów, zapytano o to jaki jest udział wymienionych czynników w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku. Celem było zestawienie i porównanie ocen pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi funkcjonującymi w ramach gabinetów stomatologicznych. Pytanie skonstruowano jako opcja jednokrotnego wyboru spośród 5 odpowiedzi:

1. Nieistotny.
2. Raczej nieistotny.
3. Trudno powiedzieć.
4. Raczej ważny.
5. Bardzo ważny.

Celem pytania było zidentyfikowanie istotności w ocenie respondentów czynników wpływających na konkurencyjność rynkową gabinetu. Wśród czynników wymieniono:

- a. oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt pacjentów,
- b. konstrukcja systemu wynagrodzeń i premiowania,
- c. wybór i wdrożenie nowych osób,
- d. szkolenia i rozwój,
- e. kompetencje zarządzającego,
- f. kultura i atmosfera pracy,
- g. zakres dni i godzin pracy,
- h. model zarządzania zespołem,
- i. procedury wewnętrzne,
- j. reklama i działania promocyjne,
- k. jakość wykonywanych usług.

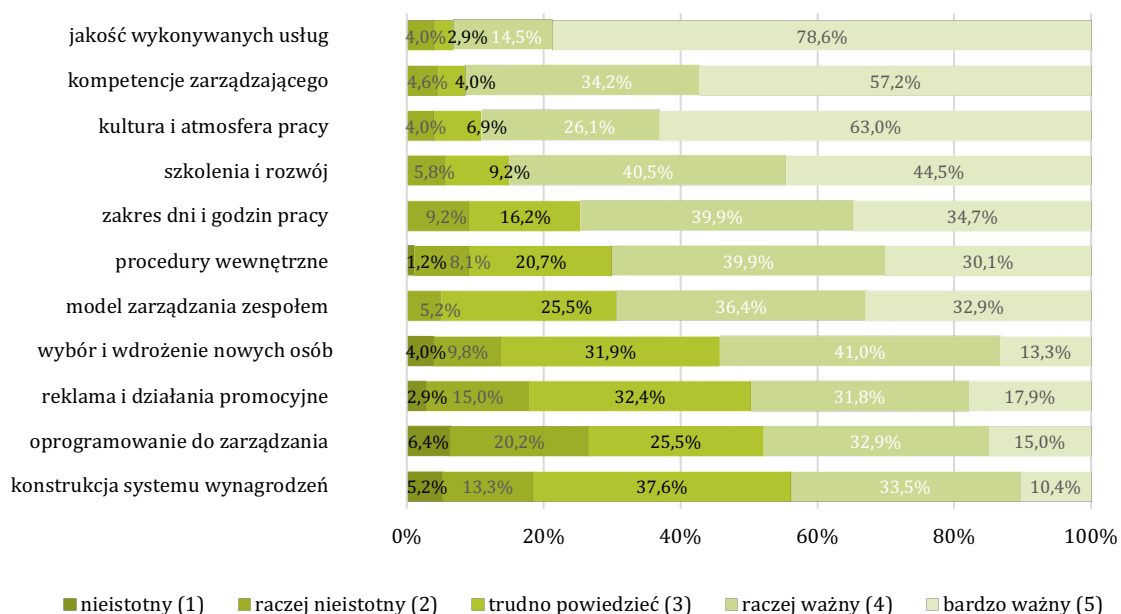
Wskazania respondentów uzupełnione o obliczenia średnich arytmetycznych, dominant, median oraz odchyleń standardowych zebrano i przedstawiono w tabeli 4.10.

Tabela 4.10. Zestawienie czynników mających udział w procesie budowania pozycji rynkowej gabinetu według poszczególnych badanych grup.

Jaki jest Pani/Pana zdaniem udział poniższych czynników w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku?	badana grupa	nieistotny (1)	raczej nieistotny (2)	trudno powiedzieć (3)	raczej ważny (4)	bardzo ważny (5)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
oprogramowanie do zarządzania	lekarz	11	35	44	57	26	173	3,30	4	3	1,15
	higienista	3	18	24	61	37	143	3,78	4	4	1,04
	pracownik	10	19	40	80	30	179	3,89	4	4	1,03
	zarządzający	8	22	41	51	29	151	3,47	4	4	1,12
konstrukcja systemu wynagrodzeń	lekarz	9	23	65	58	18	173	3,31	3	3	1,00
	higienista	3	7	22	46	65	143	4,14	5	4	0,99
	pracownik	10	6	43	67	53	179	3,82	4	4	1,07
	zarządzający	2	13	40	77	19	151	3,65	4	4	0,86
wybór i wdrożenie nowych osób	lekarz	7	17	55	71	23	173	3,50	4	4	0,98
	higienista	5	11	27	57	43	143	3,85	4	4	1,05
	pracownik	5	20	52	62	40	179	3,63	4	4	1,04
	zarządzający	2	11	28	75	35	151	3,86	4	4	0,90
szkolenia i rozwój	lekarz	0	10	16	70	77	173	4,24	5	4	0,85
	higienista	0	0	6	33	104	143	4,69	5	5	0,55
	pracownik	1	0	9	55	114	179	4,57	5	5	0,64
	zarządzający	0	2	8	58	83	151	4,47	5	5	0,66
kompetencje zarządzającego	lekarz	0	8	7	59	99	173	4,44	5	5	0,78
	higienista	3	0	2	43	95	143	4,59	5	5	0,73
	pracownik	1	0	13	55	110	179	4,53	5	5	0,68
	zarządzający	0	0	7	37	107	151	4,66	5	5	0,56
kultura i atmosfera pracy	lekarz	0	7	12	45	109	173	4,48	5	5	0,80
	higienista	0	3	2	33	105	143	4,68	5	5	0,61
	pracownik	1	0	12	34	132	179	4,65	5	5	0,66
	zarządzający	0	3	9	30	109	151	4,62	5	5	0,69
zakres dni i godzin pracy	lekarz	0	16	28	69	60	173	4,00	4	4	0,94
	higienista	0	3	6	53	81	143	4,48	5	5	0,68
	pracownik	3	5	19	55	97	179	4,33	5	5	0,90
	zarządzający	0	11	22	70	48	151	4,03	4	4	0,87
model zarządzania zespołem	lekarz	0	9	44	63	57	173	3,97	4	4	0,89
	higienista	5	0	24	39	75	143	4,25	5	5	0,97
	pracownik	3	7	27	71	71	179	4,12	5	4	0,92
	zarządzający	0	3	32	56	60	151	4,15	5	4	0,82
procedury wewnętrzne	lekarz	2	14	36	69	52	173	3,90	4	4	0,96
	higienista	6	0	21	44	72	143	4,23	5	5	0,99
	pracownik	0	10	25	76	68	179	4,13	4	4	0,85
	zarządzający	0	5	21	70	55	151	4,16	4	4	0,78
reklama i działania promocyjne	lekarz	5	26	56	55	31	173	3,47	3	3	1,04
	higienista	5	5	24	76	33	143	3,89	5	4	0,92
	pracownik	0	8	31	93	47	179	4,00	4	4	0,79
	zarządzający	3	17	44	68	19	151	3,55	4	4	0,92
jakość wykonywanych usług	lekarz	0	7	5	25	136	173	4,68	5	5	0,72
	higienista	0	3	2	13	125	143	4,82	5	5	0,55
	pracownik	1	0	6	25	147	179	4,77	5	5	0,56
	zarządzający	0	0	5	26	120	151	4,76	5	5	0,50

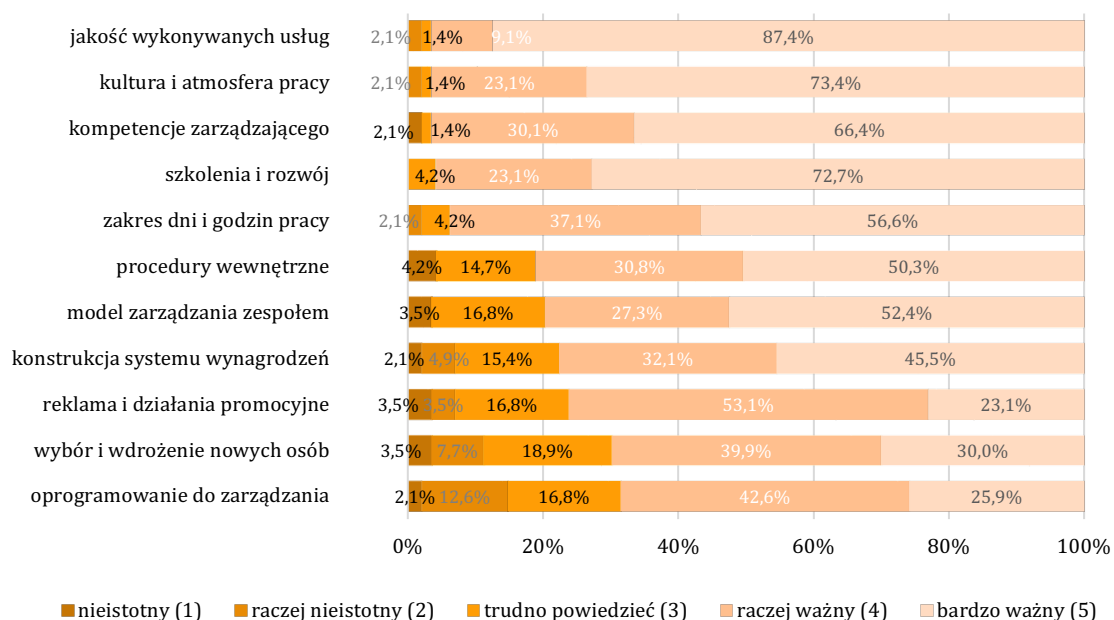
W grupie badanych lekarzy dentystów 93,1% respondentów wskazało na „jakość wykonywanych usług” jako czynnik, który otrzymał największą liczbę sumy odpowiedzi

„bardzo ważny” oraz „raczej ważny”. W tej grupie czynniki „konstrukcja systemu wynagrodzeń” oraz „oprogramowanie do zarządzania” wskazała jako „raczej ważny” i „bardzo ważny” najmniejsza liczba respondentów. Procentowy rozkład wskazań dla każdego czynnika zaprezentowane zostały na rys. 4.20.



Rys. 4.20. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według lekarzy.

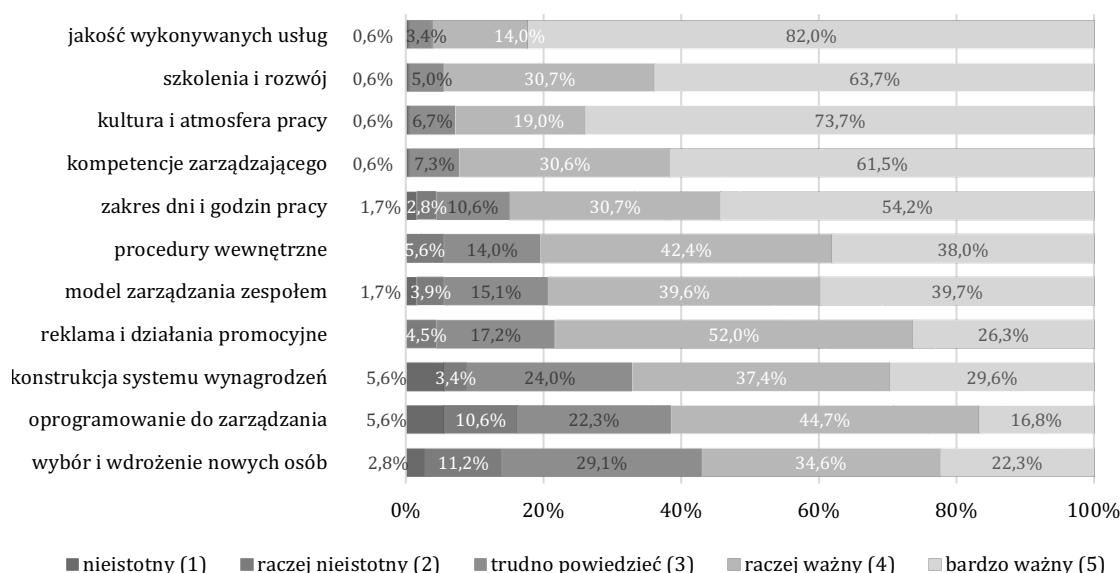
Odpowiedzi na to samo pytanie skierowane do grupy higienistów zebrano w formie procentowego udziału i przedstawiono na rys. 4.21. Podobnie jak w przypadku lekarzy, respondenci wskazali na „jakość wykonywanych usług” jako najważniejszy z grupy czynników, który otrzymał 96,5% głosów „bardzo ważny” oraz „raczej ważny”.



Rys. 4.21. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według higienistów.

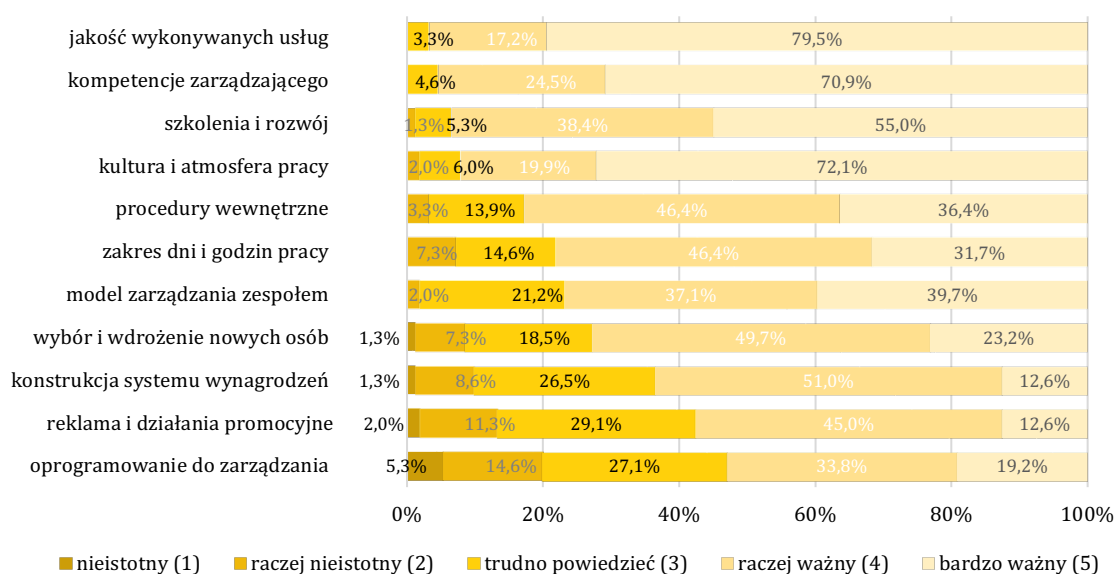
Czynnikiem o najmniejszym wpływie w procesie budowania konkurencyjności było „oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt pacjentów”, które 31,5% respondentów ocenia jako „nieistotny”, „raczej nieistotny” lub „trudno powiedzieć”. Najmniej ocen „bardzo ważny” otrzymał czynnik „reklama i działania promocyjne”, który jednocześnie respondenci wskazywali najczęściej jako „raczej ważny”. „Wybór i wdrożenie nowych osób” jest czynnikiem, który ma największy udział we wskazaniu „trudno powiedzieć”, co oznacza, że 18,9% respondentów z grupy higienistów nie ma zdania co do istotności tego czynnika w procesie budowania przewagi konkurencyjnej gabinetu.

Grupa pracowników pytana o znaczenie czynników w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku jako kluczowy również wskazała „jakość wykonywanych usług” wskazując go w 96,1% jako „bardzo ważny” lub „raczej ważny”, co przedstawiono w ujęciu procentowym na rys. 4.22. wraz ze wskazaniem dotyczącymi pozostałych czynników. Najmniejszą liczbę wyborów „bardzo ważny” otrzymał czynnik „oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt pacjentów”. Pracownicy najniżej ocenili wpływ na pozycję rynkową czynnika „wybór i wdrożenie nowych osób”, dla 43,0% respondentów czynnik ten jest „nieistotny”, „raczej nieistotny” lub wskazali opcję „trudno powiedzieć”.



Rys. 4.22. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według pracowników.

Zarządzający, podobnie jak wszystkie pozostałe grupy, udzielając odpowiedzi skoncentrowali się na znaczącej roli „jakości usług medycznych”, nadając temu czynnikowi 79,5% wskazań „bardzo ważny”. Rozkład odpowiedzi w formie procentowego udziału przedstawiono na rys. 4.23. Najmniejszą liczbę ocen „bardzo ważny” otrzymały czynniki „reklama i działania promocyjne” oraz „konstrukcja systemu wynagrodzeń”, ale to czynnik „oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt pacjentów” otrzymał najniższą łączną liczbę ocen „raczej ważny” i „bardzo ważny”, która stanowi 53,0% wszystkich udzielonych odpowiedzi.



Rys. 4.23. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według zarządzających.

Właścicielom oraz osobom zarządzającym gabinetami zadano dwa dodatkowe pytania dotyczące gabinetu. Pierwsze z nich dotyczyło tego czy osoba zarządzająca posiada plany związane z rozwojem gabinetu w najbliższej przyszłości. Respondenci wskazywali odpowiedzi jako opcję jednokrotnego wyboru spośród 5 odpowiedzi:

1. Nie planuję zmian.
2. Tak, powiększając aktualny lokal.
3. Tak, zmieniając lokal na większy.
4. Tak, otwierając kolejny oddział.
5. Trudno powiedzieć.

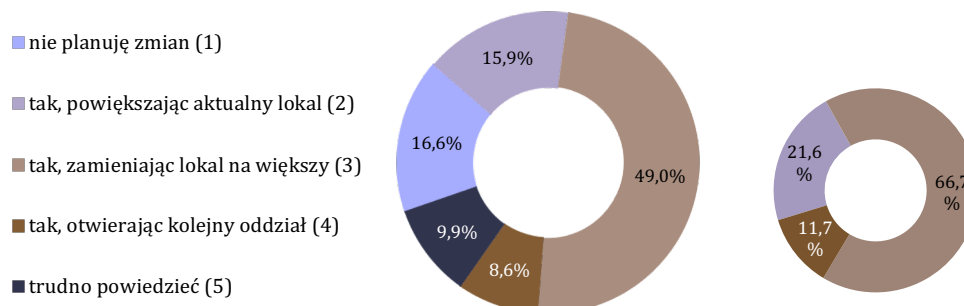
W tabeli 4.11. przedstawiono wskazane odpowiedzi. Wynika z nich, że co dziesiąty ankieterowany nie posiada zdefiniowanych planów związanych z rozwojem gabinetu w najbliższej przyszłości. Dominanta odpowiedzi dla badanej grupy jest równa medianie i wynosi 3, podczas gdy średnia arytmetyczna osiąga wartość 2,79, a odchylenie standardowe wynosi 1,13.

Tabela 4.11. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do właścicieli i osób zarządzających dot. planów rozbudowy gabinetu.

Czy planuje Pan/Pani w najbliższym czasie rozbudowę gabinetu?	Nie planuję zmian (1)	tak, powiększając aktualny lokal (2)	tak, zmieniając lokal na większy (3)	tak, otwierając kolejny oddział (4)	trudno powiedzieć (5)	razem	X	Do	Me	S(x)
zarządzający	25	24	74	13	15	151	2,79	3	3	1,13

Na rys. 4.24. przedstawiono rozkład udzielonych odpowiedzi, 73,5% respondentów (111 osób) posiada sprecyzowane plany dotyczące rozwoju gabinetu w najbliższym czasie. Pozostałe osoby wskazały odpowiedź „nie planuję zmian” lub „trudno powiedzieć”. Spośród sumy osób zarządzających deklarujących planowanie zmiany 66,7% ankieterowanych

wskazuje jako ścieżkę rozwoju zamianę lokalu na większy, 21,6% deklaruje powiększenie obecnego lokalu, a 11,7% respondentów zamierza otworzyć kolejny gabinet.



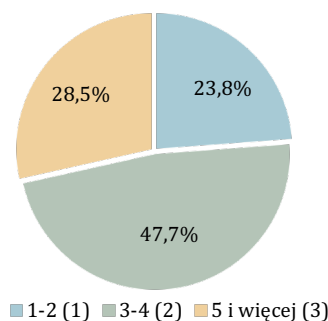
Rys. 4.24. Struktura planów rozwoju gabinetu wskazanych przez zarządzających oraz struktura gabinetów, których właściciele planują rozwój.

Drugie z pytań skierowanych wyłącznie do zarządzających i właścicieli gabinetów dotyczyło liczby unitów stomatologicznych, na których wykonywane są zabiegi. Celowo pytanie sprecyzowano tak, aby odpowiedź nie zawierała liczby wszystkich unitów w gabinecie, a wyłącznie te, na których jest realizowane leczenie pacjentów. Respondenci mają do wyboru jedno z trzech wskazań: (1) z najmniejszą liczbą unitów od jednego do dwóch, (2) średniej wielkości gabinet z trzema lub czterema unitami oraz (3) z liczbą unitów równą lub większą od pięciu. Zebrane od respondentów odpowiedzi zestawiono i zaprezentowano w tabeli 4.12.

Tabela 4.12. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do właścicieli i osób zarządzających dot. liczby unitów w gabinecie.

Na ilu unitach stomatologicznych wykonywane są zabiegi w zarządzanym przez Panią/Pana gabinecie?	1-2 (1)	3-4 (2)	5 i więcej (3)	razem	$\bar{X}$	Do	Me	S(x)
zarządzający	36	72	43	151	2,05	2	2	0,72

Rozkład odpowiedzi respondentów w układzie struktury liczby aktywnych foteli przedstawiono na rys. 4.25. Największą grupę stanowią zarządzający gabinetami z trzema lub czterema aktywnymi unitami (47,7%) i łącznie z grupą osób zarządzających największymi placówkami stanowią 76,2% wszystkich badanych.



Rys. 4.25. Struktura gabinetów w ujęciu liczby działających unitów stomatologicznych.

4.2 Analiza parametrów funkcjonowania gabinetu stomatologicznego

Efektywność jest pojęciem różnorodnym, złożonym w definiowaniu i wielowymiarowym. W dysertacji została użyta bardziej jako ocena wykorzystanego dostępnego potencjału niż ocena realizacji celów. Zaproponowane wskaźniki efektywności pozwalają na ocenę bieżącej sytuacji gabinetu i poprawę jego funkcjonowania, również w zakresie osiągniętych wyników finansowych. Łączą elementy z wiodących teorii efektywności i zrównoważonej karty wyników (BSC)³ z modelami doskonałości (MBNQA)⁴ co wskazane zostało poprzez podnoszenie zdolności organizacyjnych, w tym jakości obsługi pacjenta jako sposobu osiągnięcia założonych celów i doprecyzowania uznaniowych kryteriów oceny.

Wskaźniki działania gabinetu mogą być stosowane do pomiaru stanów bieżących i porównywania osiągniętych wyników pomiędzy członkami zespołu lub gabinetami, jak również do oceny zmian pracy gabinetu w czasie. Pozwalają na zestawianie wyników analizowanych osób i procesów w formie procentu lub wymiernej wartości liczbowej. Aby umożliwić porównywanie placówek o różnej skali wielkości, użyto wskaźniki opisujące funkcjonowanie gabinetu w odniesieniu do uniwersalnej jednostki, za którą przyjęto jeden unit stomatologiczny analizowany w okresie jednego miesiąca. Ten sposób obliczania parametrów umożliwia sprowadzenie danych do wspólnego mianownika i prezentowanie poziomów wskaźników w ujęciu „na unit stomatologiczny”, określane również zwrotem „na fotel”. W celu porównywania w czasie, zastosowano analizowanie i grupowanie danych pochodzących z tych samych miesięcy z różnych lat. Umożliwiło to obliczenie średnich poziomów wskaźników obrazujących funkcjonowanie badanych gabinetów. Ocena działania gabinetu stomatologicznego może być mierzona różnymi wskaźnikami, jednak do efektywnego zarządzania niezbędne jest wybranie kluczowych. Takich, które pozwalają porównywać realizację z oczekiwaniami oraz z rynkiem. Miary efektywności są jednymi z ocen funkcjonowania gabinetu, dentystów i personelu niemedycznego. Umożliwiają ocenę skuteczności rozmów prowadzonych z pacjentem na etapie rejestracji, umiejętność budowania motywacji do leczenia, obsługi realizowanej przez higienistów. Mogą być skutecznie stosowane do podejmowania decyzji kierowniczych przez osoby zarządzające.

Kolejny etap przeprowadzonych badań obejmował analizę funkcjonowania gabinetów stomatologicznych stosując technikę przeglądu dokumentacji i danych pozyskanych w wyniku bezpośrednich kontaktów z właścicielami i osobami zarządzającymi gabinetami. Wykorzystano do tego celu skonstruowany formularz (załącznik 6) będący narzędziem autorskim stworzonym na potrzeby realizowanych badań. Pozyskano dane z 65 gabinetów stomatologicznych, w każdym z przypadków, obejmujące co najmniej 3 następujące po sobie miesiące z okresu od stycznia 2017 roku do grudnia 2022 roku. Łącznie zebrano dane z 341 miesięcy, których rozkład ilościowy został przedstawiony w tabeli 4.13. Na ich podstawie obliczono wskaźniki obrazujące efektywność pracy lekarzy

³ Balanced Scorecard (BSC) - narzędzie wspierające proces realizacji strategii, skoordynowany zestaw celów i mierników ich realizacji

⁴ Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) - standard w zakresie systemów zarządzania zorientowanych na potrzeby klienta i poszukiwanie dobrych praktyk

i higienistów oraz parametry ilościowe funkcjonowania gabinetów. Zaobserwowano, że wśród osób zarządzających tymi gabinetami dominuje niski poziom zaangażowania w proces zbierania danych obrazujących działanie gabinetu i w następstwie brak danych bazowych do obliczania wskaźników. Zaledwie w dwóch gabinetach objętych badaniem praktykowano wcześniej gromadzenie danych monitorujących działanie gabinetu. Pozytywnym efektem przeprowadzonego badania jest zainicjowanie pozyskiwania i gromadzenia informacji przez zarządzających, którzy dotychczas tego nie robili. W następstwie badania zaczęli wykonywać oni dodatkowe zadania managerskie, które umożliwiają obserwowanie i identyfikowanie potencjalnych zagrożeń z szerszej perspektywy oraz szybsze podejmowanie działań.

Wszystkie gabinety stomatologiczne objęte przeprowadzonym badaniem, zlokalizowane są w Polsce, w miastach o liczbie ludności powyżej 15 tys. mieszkańców i zajmują lokale umiejscowione na parterze budynku.

Tabela 4.13. Rozkład danych pozyskanych podczas badania w ujęciu informacji dla okresu jednego miesiąca.

miesiąc	liczba badanych okresów
styczeń	26
luty	25
marzec	22
kwiecień	25
maj	26
czerwiec	26
lipiec	32
sierpień	32
wrzesień	33
październik	32
listopad	33
grudzień	29
razem	341

Wyniki przedstawione w postaci wartości finansowych zbudowano ze średnich wartości miesięcznych z różnych lat, które zostały zaktualizowane do bieżącej wartości netto po skorygowaniu ich o skumulowane wskaźniki inflacji na podstawie danych podanych przez GUS [39] przedstawionych w tabeli 4.14.

Tabela 4.14. Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych na podstawie danych z GUS na dzień 2022-10-14.

rok	roczny wskaźnik inflacji	skumulowany wskaźnik inflacji	wiek danych
2022	17,2%	100,0%	0
2021	5,1%	117,2%	1
2020	3,4%	123,2%	2
2019	2,3%	127,4%	3
2018	1,6%	130,3%	4
2017	2,0%	132,4%	5

Podczas analizy danych, zaobserwowano występowanie zjawiska sezonowości w odniesieniu do bazowych parametrów funkcjonowania gabinetu. Różnice aktywności w poszczególnych miesiącach przedstawiono na rys. 4.26. w ujęciu procentowego udziału w całorocznej działalności mierzonej wartością przychodów gabinetu, gdzie dla

każdego miesiąca zaprezentowano proporcjonalną część przychodów wypracowaną w danym okresie.

Obliczenia średniej zaktualizowanej do bieżącej wartości przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny dla danego miesiąca wykonano z zastosowaniem wzoru (1). Do obliczenia udziału przychodów miesięcznych w sumie przychodów ze wszystkich miesięcy użyto wskaźnika $Q1_m$ obliczanego ze wzoru (2).

$$Y_m = \frac{\sum_{n=1}^N \frac{Q_{mn}}{u_{mn}} \cdot I_w}{N} \quad (1)$$

gdzie:

Y_m – średnia bieżąca wartość przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

Q_{mn} – przychód miesięczny kliniki w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

w – wiek danych w okresie, w latach (od 0 do 5)

I_w – skumulowany wskaźnik inflacji dla wieku danych

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

$$Q1_m = \frac{Y_m}{\sum_{m=1}^{12} (Y_m)} \cdot 100\% \quad (2)$$

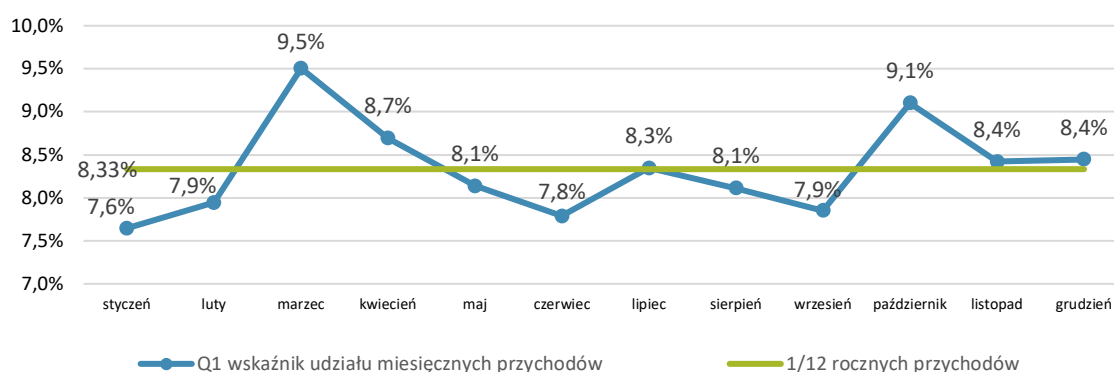
gdzie:

$Q1_m$ – udział średniej bieżących wartości przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m w sumie przychodów ze wszystkich miesięcy

m – miesiąc (od 1 do 12)

Y_m – średnia bieżąca wartość przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny dla danego miesiąca m

Procentowy udział przychodów z poszczególnych miesięcy w przychodach rocznych zobrazowano na tle stałej 1/12 rocznych przychodów stanowiących 8,33% wartości rocznej. Miesiącami o największej aktywności pacjentów reprezentowanej przychodami na unit stomatologiczny są marzec i październik.



Rys. 4.26. Sezonowość jako udział średniomiesięcznych przychodów w przychodach rocznych

Zebrane podczas badania informacje umożliwiły oszacowanie średnich poziomów wskaźników charakterystycznych dla funkcjonowania badanych obszarów. Część danych

finansowych z uwagi na wrażliwy i poufny charakter, nie została przedstawiona jako sprecyzowane wartości pieniężne, lecz zaprezentowana w ujęciach procentowych. Jako że istnieje możliwość budowania bardzo dużej liczby wskaźników obrazujących całość lub fragmenty działalności gabinetu stomatologicznego, brak sprecyzowania zakresu informacji, które mają dostarczyć, powoduje powstanie ryzyka gromadzenia danych ze zbyt wielu obszarów, również tych o mniejszej istotności lub zbyt szczegółowych. Przeciwdziałając temu zjawisku, w trakcie zbierania informacji służących do obrazowania parametrów funkcjonowania gabinetów skupiono się na gromadzeniu danych liczbowych z trzech następujących obszarów:

1. Parametry działania gabinetu:
 - a. okres, którego dotyczy badanie,
 - b. liczba foteli, na których wykonywane są zabiegi,
 - c. zakres godzin funkcjonowania gabinetu z podziałem na dni robocze, soboty oraz niedziele,
 - d. liczba pacjentów ogółem,
 - e. liczba pacjentów pierwszorazowych,
 - f. liczba zakontraktowanych godzin pracy lekarzy,
 - g. liczba przepracowanych godzin pracy lekarzy.
2. Efektywność pracy zespołu:
 - a. liczba powrotów pacjentów pierwszorazowych,
 - b. liczba badań u pacjentów pierwszorazowych,
 - c. liczba higienizacji u pacjentów pierwszorazowych,
 - d. liczba wizyt i zabiegów u wszystkich pacjentów.
3. Parametry finansowe:
 - a. przychody gabinetu,
 - b. koszty gabinetu w ujęciu rodzajowym.

Obszary zbierania informacji wybrane z uwagi na istotność, przedstawiono w syntetycznej formie na rys. 4.27.



Rys. 4.27. Obszary gromadzenia danych do analizy wskaźników funkcjonowania gabinetu.

Z przeprowadzonych badań parametrów funkcjonowania gabinetów wynika, że w dni robocze gabinety najczęściej czynne są przez 12 godzin, co przedstawiono w tabeli 4.15. Zestawiając ten zakres z obliczonymi w kolejnym rozdziale przeciętnymi wartościami wskaźników obrazujących wykorzystanie dostępnego potencjału czasu pracy, możliwe jest dopasowanie przedziału godzin otwarcia placówki do rzeczywistych oczekiwań pacjentów. Wynika z tego, że zarządzający nie dopasowują godzin pracy placówek do czasu zajętości unitów stomatologicznych przez pacjentów i nie działają elastycznie w tym zakresie. Spośród 341 zbadanych okresów miesięcznych, minimalna liczba godzin otwarcia gabinetu w dni robocze wynosi 10 i dotyczy zaledwie dwóch z nich.

Tabela 4.15. Rozkład godzin otwarcia gabinetów w dni robocze w ujęciu dla okresu jednego miesiąca.

miesiąc	liczba badanych okresów	Liczba godzin pracy				Suma końcowa
		10	11	11,5	12	
styczeń	26	0	8	1	17	26
luty	25	0	8	0	17	25
marzec	22	0	6	0	16	22
kwiecień	25	0	6	0	19	25
maj	26	0	6	0	20	26
czerwiec	26	0	6	0	20	26
lipiec	32	0	6	1	25	32
sierpień	32	0	6	2	24	32
wrzesień	33	0	7	2	24	33
październik	32	1	7	2	22	32
listopad	33	1	8	2	22	33
grudzień	29	0	7	2	20	29
razem	341	2	81	12	246	341

W 71,6% badanych okresów gabinety stomatologiczne są otwarte w soboty przez minimum 4 godziny i najczęściej działają w tym dniu przez 6 godzin, co przedstawiono w tabeli 4.16. W 97 z 341 badanych okresów zarządzający podjęli decyzję o otwarciu gabinetów wyłącznie w dni robocze.

Tabela 4.16. Rozkład godzin otwarcia gabinetów w soboty w ujęciu dla okresu jednego miesiąca.

miesiąc	liczba badanych okresów	Liczba godzin pracy						Suma końcowa
		4	5	5,5	6	7	nieczynne	
styczeń	26	1	8	1	9	0	7	26
luty	25	1	8	1	9	0	6	25
marzec	22	0	8	1	8	0	5	22
kwiecień	25	1	7	1	10	1	5	25
maj	26	1	6	1	10	1	7	26
czerwiec	26	1	6	1	9	1	8	26
lipiec	32	1	8	1	9	3	10	32
sierpień	32	1	8	1	9	3	10	32
wrzesień	33	1	9	1	10	2	10	33
październik	32	1	9	1	9	2	10	32
listopad	33	1	10	1	9	2	10	33
grudzień	29	1	9	1	8	1	9	29
razem	341	11	96	12	109	16	97	341

Z informacji pozyskanych od właścicieli gabinetów stomatologicznych wynika, że w modelu liniowym godziny otwarcia nie są następstwem analiz i porównań

z oczekiwaniami rynku tylko wynikiem działań nawykowych i stosowaniu rozwiązań kopiowanych z konkurencyjnych gabinetów. Jest to również następstwem tego, że pomimo dostępnych dla pacjentów godzin wizyt przedpołudniowych, rejestratorzy podejmują niewystarczające próby w zakresie umawiania wizyt w tym przedziale czasu, lecz oferują pacjentom wizyty w godzinach wieczornych i w weekendy. Powoduje to częstsze zapisywanie wizyty w oczekiwanych przez pacjentów przedziałach czasowych i skutkuje pracą gabinetów do późnych godzin wieczornych oraz w soboty.

Dane zbierane ze zdefiniowanych obszarów uzupełniają się i dają możliwość wnioskowania w oparciu o parametry z różnych zakresów oraz tworzenia mierników, które generują sygnały istotne w procesie zarządzania. Wskaźniki umożliwiające analizę kluczowych obszarów działalności gabinetu podzielono na trzy poziomy, które przedstawiono na rys. 4.28.



Rys. 4.28. Poziomy wskaźników funkcjonowania gabinetu.

Na poziomie potencjału zdefiniowano trzy autorskie wskaźniki obrazujące funkcjonowanie gabinetu z perspektywy parametrów współpracy z lekarzami i higienistami mierzonymi liczbą przepracowanych i zakontraktowanych godzin, liczbą leczonych pacjentów i skali działalności. Wskaźniki zostały przeliczone dla okresu jednego miesiąca i zaprezentowane w ujęciu rocznym. Do obliczenia potencjału pracy unitu stomatologicznego dla danych z przestrzeni różnych lat, założono szacunkowe średnie liczby dni roboczych i sobót pracujących dla kolejnych miesięcy z uwzględnieniem przeciętnej liczby dni wolnych oraz świąt. Oszacowane liczby dni pracujących dla poszczególnych okresów przedstawiono w tabeli 4.17.

Tabela 4.17. Szacunkowe liczby dni, w których gabinety są otwarte, przedstawione w ujęciu miesięcznym.

miesiąc	dni robocze	soboty pracujące
styczeń	21	4
luty	18	4
marzec	21	4
kwiecień	19	3
maj	21	3
czerwiec	20	4
lipiec	22	4
sierpień	21	4
wrzesień	20	4
październik	21	4
listopad	19	3
grudzień	18	3

Do obliczenia wartości wskaźników efektywności W1 oraz W2 użyto wzory (3), (4) oraz (5). Średni miesięczny potencjał pracy jednego unitu stomatologicznego (3) jest sumą potencjalnej liczby godzin gotowości do pracy dla poszczególnych dni w ciągu miesiąca.

$$P1_m = \frac{\sum_{n=1}^N (r_{mn} \cdot R + s_{mn} \cdot S)}{N} \quad (3)$$

gdzie:

$P1_m$ – średni miesięczny potencjał godzin pracy jednego unitu stomatologicznego dla miesiąca m

r_{mn} – liczba godzin gotowości do pracy unitu stomatologicznego w dzień roboczy w miesiącu m w roku n

s_{mn} – liczba godzin gotowości do pracy unitu stomatologicznego w sobotę w miesiącu m w roku n

R – szacunkowa liczba dni roboczych w miesiącu

S – szacunkowa liczba sobót pracujących w miesiącu

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Średnia miesięczna liczba godzin przepracowanych na jeden unit stomatologiczny dla kilku okresów danych wyrażona jest wzorem (4). Liczba godzin przepracowanych rozumiana jest jako całkowity czas pracy z pacjentem. Zawiera czas leczenia interpretowany jako stosowanie procedur medycznych oraz czas pracy z pacjentem przy biurku, w trakcie którego udzielane są pacjentowi odpowiedzi na pytania, prezentowane są możliwe rozwiązania medyczne i budowana jest jego świadomość istotności leczenia.

$$P2_m = \frac{\sum_{n=1}^N \frac{Z_{mn}}{u_{mn}}}{N} \quad (4)$$

gdzie:

$P2_m$ – średnia miesięczna liczba godzin przepracowanych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

Z_{mn} – liczba godzin przepracowanych w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Średnia miesięczna liczba godzin zakontraktowanych na jeden unit stomatologiczny dla kilku okresów danych wyrażona jest wzorem (5). Liczba godzin zakontraktowanych interpretowana jest jako całkowity czas gotowości lekarza dentysty do pracy z pacjentem.

$$P3_m = \frac{\sum_{n=1}^N \frac{X_{mn}}{u_{mn}}}{N} \quad (5)$$

gdzie:

$P3_m$ – średnia miesięczna liczba godzin zakontraktowanych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

X_{mn} – liczba godzin zakontraktowanych w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Pierwszym miernikiem na poziomie potencjału jest wskaźnik wykorzystania potencjału gabinetu $W1$ stanowiący procentowe ujęcie stopnia przeznaczenia na leczenie pacjentów łącznego dostępnego potencjału godzinowego jednego unitu stomatologicznego, który może zostać wykorzystany na leczenie pacjentów. Obliczenie jego wartości jest możliwe z wykorzystaniem wzoru (6).

$$W1_m = \frac{P2_m}{P1_m} \cdot 100\% = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{Z_{mn}}{u_{mn}}}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N (r_{mn} \cdot R + s_{mn} \cdot S)}{N}} \cdot 100\% \quad (6)$$

gdzie:

$W1_m$ – wskaźnik wykorzystania potencjału gabinetu dla miesiąca m

$P1_m$ – średni miesięczny potencjał godzin pracy jednego unitu stomatologicznego dla miesiąca m

$P2_m$ – średnia miesięczna liczba godzin zakontraktowanych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

r_{mn} – liczba godzin gotowości do pracy unitu stomatologicznego w dzień roboczy w miesiącu m w roku n

s_{mn} – liczba godzin gotowości do pracy unitu stomatologicznego w sobotę w miesiącu m w roku n

R – szacunkowa liczba dni roboczych w miesiącu

S – szacunkowa liczba sobót pracujących w miesiącu

Z_{mn} – liczba godzin przepracowanych w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Wskaźnik przedstawiono na rys 4.29., na którym jest prezentowany na tle liczby wszystkich dostępnych godzin pracy fotela będących potencjałem czasu pracy, tj. łącznej liczby godzin zakontraktowanych oraz godzin przepracowanych w danym okresie przypadających na jeden fotel. Średni poziom tego wskaźnika dla wszystkich badanych okresów wynosi 57,0%, przy czym najwyższy poziom osiąga w kwietniu i wynosi 64,8%, a najniższy w sierpniu osiągając wartość 51,9%. Najwyższa wartość osiągnięta dla jednego okresu w badanej próbie wynosi 98,8%, a najniższa 6,7%. Przeciętny, miesięczny poziom tego wskaźnika w badanych gabinetach przedstawiony został na rys. 4.29., na którym zestawiono go ze wskaźnikiem $W2$ wypełnienia kontraktów z lekarzami. Jest on drugim ze wskaźników analizowanych na poziomie potencjału i przedstawia procentowy poziom wykorzystania kontraktów z lekarzami, rozumianych jako zgłaszaną przez nich dostępność czasu pracy w gabinecie. Wskaźnik $W2$ obliczany jest na podstawie wzoru (7), obrazuje w jakim procencie czasu z zadeklarowanej gotowości, lekarz rzeczywiście pracuje z pacjentem. Jego niski poziom sygnalizuje zbyt niską liczbę umówionych do lekarza pacjentów lub jego gotowość do pracy mniejszą od deklarowanej, na przykład w następstwie nieplanowanych nieobecności lekarza. Z kolei poziom wskaźnika powyżej

100% wskazuje na to, że lekarz pracuje większą liczbę godzin od deklarowanej i sugeruje konieczność rozszerzenia zakresu godzinowej współpracy.

$$W2_m = \frac{P2_m}{P3_m} \cdot 100\% = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{Z_{mn}}{u_{mn}}}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{X_{mn}}{u_{mn}}}{N}} \cdot 100\% \quad (7)$$

gdzie:

$W2_m$ – wskaźnik wypełnienia kontraktów z lekarzami dla miesiąca m

$P2_m$ – średnia miesięczna liczba godzin przepracowanych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

$P3_m$ – średnia miesięczna liczba godzin zakontraktowanych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

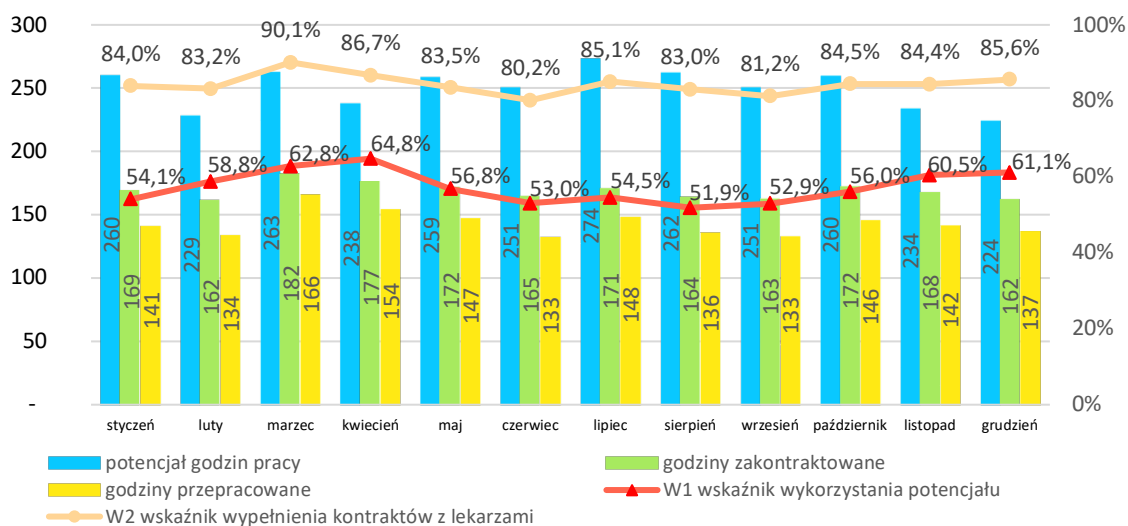
Z_{mn} – liczba godzin przepracowanych w miesiącu m w roku n

X_{mn} – liczba godzin zakontraktowanych w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Dostępne są dwa ujęcia: skumulowane dla wszystkich badanych kontraktów łącznie, które przedstawiono na rys. 4.29. lub indywidualne dla każdego lekarza dentysty. Badane gabinety osiągnęły średnią wartość tego wskaźnika na poziomie 84,2%. Najwyższy poziom wskaźnika osiągnięto w marcu, dla którego wyniósł 90,1%. Wśród wszystkich badanych przypadków, wskaźnik ten osiągnął najniższą wartość 26,1%, a najwyższą 123,2%. Wskaźnik W2 wykorzystywany jest również do oceny możliwości rozszerzenia zakresu czasu pracy lekarza już współpracującego z gabinetem.



Rys. 4.29. Wskaźnik średniomiesięcznego wykorzystania potencjału fotela W1 oraz wskaźnik średniomiesięcznego wypełnienia kontraktu W2.

Trzecim i ostatnim wskaźnikiem poziomu potencjału jest wskaźnik W3 obrazujący procentowy udział sumy wizyt pacjentów pierwszorazowych w sumie wszystkich wizyt ogółem. Wartości wskaźnika obliczane są na podstawie wzoru (8). Średnie poziomy tego wskaźnika w poszczególnych miesiącach przedstawiono na rys. 4.30. Miernik prezentuje bieżące możliwości gabinetu do generowania nowych pacjentów i jest konsekwencją

liczby udzielonych przez pacjentów rekomendacji, jak również efektem akcji promocyjnych, których zadaniem jest pozyskiwanie nowych pacjentów.

$$W3_m = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{K_{mn}}{u_{mn}}}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{L_{mn}}{u_{mn}}}{N}} \cdot 100\% \quad (8)$$

gdzie:

$W3_m$ – wskaźnik udziału wizyt pacjentów pierwszorazowych w liczbie wizyt ogółem dla miesiąca m

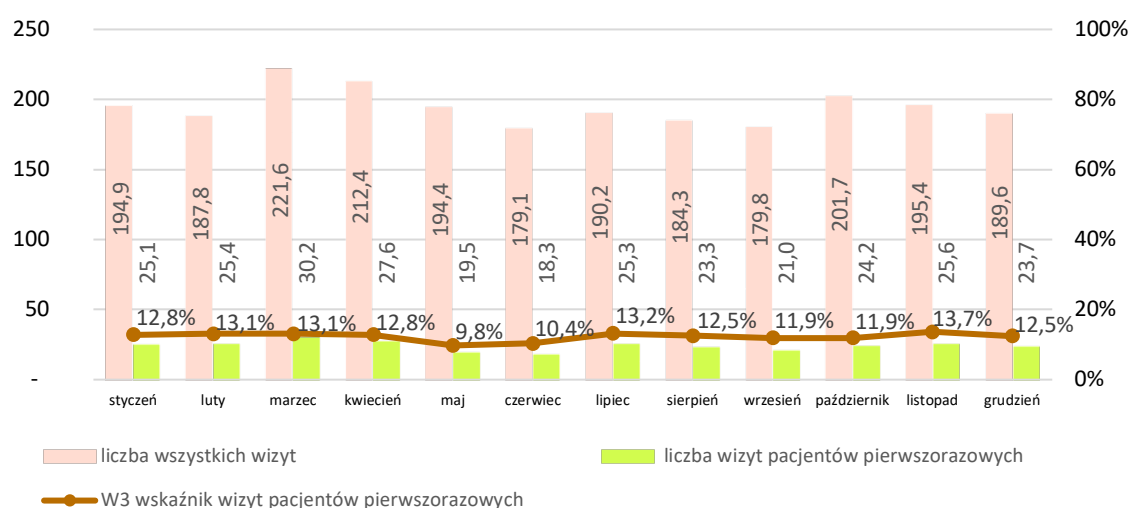
u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

K_{mn} – liczba wizyt pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m w roku n

L_{mn} – liczba wizyt wszystkich pacjentów w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Wskaźnik W3 udziału wizyt pacjentów pierwszorazowych w liczbie wizyt ogółem przedstawia ocenę gabinetu za pomocą liczby skutecznie udzielonych rekomendacji przez pacjentów wśród najbliższych i znajomych osób. Poprzez wyznaczenie trendów pozwala na wstępne prognozowanie przyszłej łącznej liczby pacjentów ogółem i pacjentów pierwszorazowych. Wysokie wartości tego wskaźnika świadczą o podejmowaniu działań skupionych na pozyskiwaniu dużej liczby nowych pacjentów i niewykorzystanym potencjale do leczenia u pacjentów już leczonych. Średnioroczny poziom wskaźnika udziału wizyt pacjentów pierwszorazowych w liczbie wizyt ogółem wynosi 12,4%, co oznacza, że przeciętna liczba nowych pacjentów na jeden fotel wynosi 25 osób. W badanych placówkach wskaźnik ten osiąga najwyższą wartość miesięczną wynoszącą 13,7% i najniższą 9,8%. Najwyższa miesięczna liczba pacjentów pierwszorazowych w przeliczeniu na jeden unit wynosi 146, a najniższa 1.



Rys. 4.30. Udział liczby wizyt pacjentów pierwszorazowych w ogólnej liczbie wizyt wszystkich pacjentów.

Wskaźniki poziomu efektywności obrazują jakość komunikacji z pacjentem realizowanej przez zespół. Przedstawiają skuteczność prowadzonych rozmów z pacjentem na

etapie rejestracji oraz zdolność do budowania przez lekarzy dentystów świadomości pacjenta w zakresie bieżącej sytuacji zdrowotnej prowadzącej do powstania motywacji do rozpoczęcia i kontynuacji kompleksowego leczenia, oraz umiejętność rekomendowania pacjentom przez lekarza zabiegów higieny. Jednym z rodzajów ocen jakości funkcjonowania gabinetu, lekarza czy personelu niemedyceznego powinny być miary skuteczności, w tym skuteczności pracy z pacjentami pierwszorazowymi.

Pierwszym miernikiem z tego poziomu efektywności jest wskaźnik E1 kontynuacji leczenia wśród pacjentów pierwszorazowych. W najbardziej obrazowy sposób przedstawia umiejętność lekarza do pracy z pacjentem przebywającym poza fotelem, czyli zdolność gabinetu do utrzymania pacjenta w procesie kompleksowego leczenia zamiast przeprowadzenia tylko leczenia objawowego. Kluczowymi momentami, podczas których istnieje możliwość zbudowania świadomości pacjenta i uruchomienia jego motywacji do kontynuacji leczenia jest czas przeznaczony na komunikację lekarza z pacjentem w zakresie zaprezentowania i omówienia bieżącego stanu zdrowia jamy ustnej. Wskaźnik ten obrazuje jak dalece skutecznie, takie rozmowy są prowadzone z pacjentami i wskazuje na sposób zarządzania w gabinecie pacjentami pierwszorazowymi. Informuje, w jakim stopniu w placówce podejmowane są próby leczenia pacjentów w szerszym zakresie niż pierwotna potrzeba. Weryfikuje czy zakres leczenia obejmuje tylko ramy zgłoszonych przez pacjenta problemów i czy działania marketingowe skupione na pozyskiwaniu pacjentów pierwszorazowych są skuteczne. Miernik ten może być nazywany wskaźnikiem powrotu nowych pacjentów lub wskaźnikiem utrzymania pacjenta w gabinecie. Do jego obliczenia wykorzystano wzór (9). Za liczbę pacjentów pierwszorazowych kontynuujących leczenie, przyjęto tych pacjentów, którzy odbyli minimum 4 kolejne wizyty w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia i odniesiono ją do liczby wszystkich pacjentów pierwszorazowych z danego okresu. Wartości miesięczne tego wskaźnika liczone są jako stosunek liczby kontynuacji leczenia pacjentów pierwszorazowych do miesięcznej liczby wizyt wszystkich pacjentów pierwszorazowych. Obliczone średnie miesięczne wartości tego wskaźnika zostały przedstawione na tle liczby pacjentów ogółem na rys. 4.31. Wskaźnik kontynuacji leczenia pacjentów pierwszorazowych liczony na podstawie danych ze wszystkich badanych okresów przyjmuje średnią wartość na poziomie 41,9%. Najniższa wartość tego wskaźnika wynosi 1,1%, a najwyższa 95,2%. Wskazania tego miernika nie oceniają bieżącej pracy lekarza w danym okresie, ponieważ jego odczyt obrazuje wartości dla różnych przedziałów czasowych. Sygnał o kontynuacji leczenia jest generowany w kolejnych kilku miesiącach, inaczej niż w przypadku higienizacji lub badania, które jest realizowane w tym samym okresie. Wskaźnik może być analizowany z perspektywy informacji bieżącej będącej konsekwencją działań z wcześniejszych okresów. Ponieważ to lekarz dentysta ma największy wpływ na decyzje pacjenta, wskaźnik ten daje informację zwrotną o skuteczności ich działań pozamedycznych.

$$E1_m = \frac{\sum_{n=1}^N \frac{M_{mn}}{u_{mn}}}{\frac{N}{\sum_{n=1}^N \frac{K_{mn}}{u_{mn}}}} \cdot 100\% \quad (9)$$

gdzie:

$E1_m$ – wskaźnik udziału pacjentów pierwszorazowych kontynuujących leczenie w liczbie wizyt pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

K_{mn} – liczba wizyt pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m w roku n

M_{mn} – liczba pacjentów pierwszorazowych kontynuujących leczenie (minimum 4 wizyty) w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Drugim wskaźnikiem na poziomie efektywności dotyczącym prowadzenia pacjentów pierwszorazowych jest wskaźnik E2 badań wykonanych u pacjentów pierwszorazowych. Obrazuje skuteczność pracy rejestracji dotyczącą umiejętności kierowania pierwszorazowych pacjentów na kompleksowe badanie, zamiast zapisywania ich bezpośrednio na leczenie. Do oceny efektywności pracy rejestratorów mogą zostać wykorzystane również informacje dotyczące liczby odebranych połączeń telefonicznych oraz kontaktów zwrotnych na nieodebrane połączenia, dostępności usług dla pacjenta, czasy rozmów telefonicznych lub obsługi poczty elektronicznej i komunikatorów społecznościowych, a także przeciętny czas prowadzenia rozmów bezpośrednich. Wszystkie te wskaźniki dostarczają zarządzającemu informacji o codziennej aktywności rejestracji. Jednak kluczowa w ocenie efektywności pracy rejestratora jest ocena skuteczności prowadzenia rozmów w sposób, który umożliwia zapisanie pacjenta na kompleksowe badanie stanu zdrowia jamy ustnej pacjenta. Do obliczenia poziomu tego wskaźnika służy wzór (10). Opisuje możliwości jakie są dostępne w gabinecie w zakresie przygotowania kompleksowych planów leczenia zamiast leczenia pacjentów jedynie w interwencyjnym zakresie. Poziom tego wskaźnika w badanym okresie osiąga przeciętną wartość na poziomie 50,9%, a najmniejsza jego wartość wynosi 1,7%. Wysoki poziom tego wskaźnika, zbliżony do 100% sugeruje, że w gabinecie stosowane są standardy przepływu pacjentów, zgodnie z którymi wszyscy nowi pacjenci podczas pierwszej wizyty mają wykonane kompleksowe badanie.

$$E2_m = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{B_{mn}}{u_{mn}}}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{K_{mn}}{u_{mn}}}{N}} \cdot 100\% \quad (10)$$

gdzie:

$E2_m$ – wskaźnik udziału badań wykonanych u pacjentów pierwszorazowych w liczbie wizyt pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

K_{mn} – liczba wizyt pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m w roku n

B_{mn} – liczba badań wykonanych u pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Trzecim miernikiem z poziomu efektywności jest wskaźnik pracy z pacjentami pierwszorazowymi E3, który przedstawia udział higienizacji wykonanych u pacjentów pierwszorazowych. Przedstawiony został na rys. 4.31. wraz ze wskaźnikami E1 oraz E2. Wskaźniki E1, E2 i E3 analizowane łącznie prezentują stosowane w gabinecie standardy

przewodzenia pacjentów pierwszorazowych. Wskaźnik E3 służy do oceny stopnia wykonywanych higienizacji i prezentuje umiejętności motywowania pacjentów pierwszorazowych do korzystania z gabinetu higieny przez lekarzy dentystów. Do jego obliczenia służy wzór (11). Jego średnia wartość w badanych placówkach wynosi 19,4%, najwyższa wartość miesięczna wynosi 60,9%, a najniższa 1,2%.

$$E3_m = \frac{\sum_{n=1}^N \frac{H_{mn}}{u_{mn}}}{\sum_{n=1}^N \frac{K_{mn}}{u_{mn}}} \cdot 100\% \quad (11)$$

gdzie:

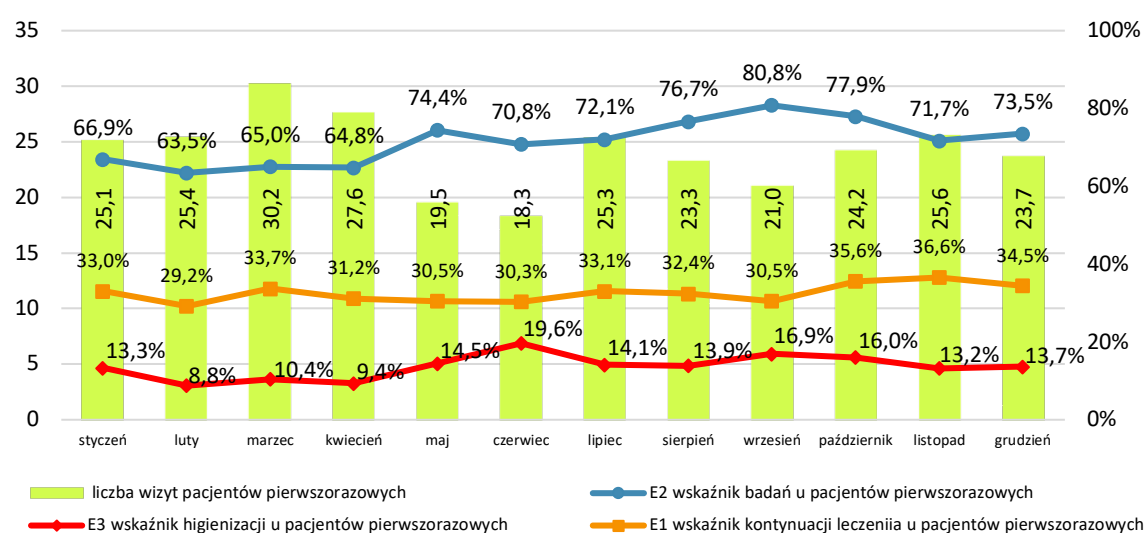
$E3_m$ – wskaźnik udziału higienizacji wykonanych u pacjentów pierwszorazowych w liczbie wizyt pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

K_{mn} – liczba wizyt pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m w roku n

H_{mn} – liczba higienizacji wykonanych u pacjentów pierwszorazowych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca



Rys. 4.31. Wskaźniki poziomu efektywności obrazujące prowadzenie pacjentów pierwszorazowych.

Wskaźniki z poziomu efektywności pracy z pacjentem pierwszorazowym obrazują skuteczność rozmów prowadzonych przez rejestrację z pacjentami pierwszorazowymi, które prowadzą do zapisania pacjenta na badanie, podczas którego lekarz będzie miał możliwość przeprowadzenia rozmowy budującej świadomość. Zapisanie pacjenta bezpośrednio na leczenie z pominięciem kompleksowej diagnostyki zmniejsza szanse na podjęcie kompleksowego leczenia. Wskaźnik powrotów pacjentów pierwszorazowych daje informację zwrotną lekarzom o skuteczności ich działań pozamedycznych, ponieważ to lekarz ze wszystkich osób mających kontakt z pacjentem ma największy wpływ na podejmowane przez pacjenta decyzje dotyczące kontynuacji leczenia.

Kolejnymi miernikami na poziomie efektywności są trzy wskaźniki efektywności godzinowej, które nie odnoszą się bezpośrednio do wygenerowanego zysku, ale do wytworzonego przychodu, przez co nie oddają obrazu rentowności, ale umożliwiają porównanie efektywności pomiędzy okresami lub gabinetami, a mierzone indywidualnie dla poszczególnych lekarzy umożliwiają określenie ich indywidualnych poziomów efektywności dla tych samych specjalizacji. Zaprezentowane wyniki miesięczne zawierają skumulowane wartości, które z wcześniejszych lat zostały zaktualizowane do bieżącej wartości netto. Obliczana w ten sposób efektywność pracy z pacjentem poza fotel jest miarą umiejętności budowania świadomości pacjentów i prezentacji możliwych do zastosowania rozwiązań medycznych. Z jednej strony sugerują na prawdopodobną strukturę wykonywanych zabiegów, z drugiej obrazują umiejętności lekarza dentysty pracy z pacjentem przy biurku oraz prowadzenia skutecznej rozmowy w zakresie budowania świadomości pacjenta dotyczącej jego bieżących problemów stomatologicznych i planowanego leczenia.

Pierwszy z nich to wskaźnik G1 efektywności godziny potencjału pracy unitu stomatologicznego obliczany jest za pomocą wzoru (12). Jest to stosunek wygenerowanych przychodów do liczby godzin gotowości do działania fotela rozumianych jako potencjał fotela do pracy z pacjentem. W badanych okresach wskaźnik ten osiągnął minimalną wartość na poziomie 86 zł, maksymalną wartość wynoszącą 1 074 zł oraz średnią na poziomie 294 zł.

$$G1_m = \frac{Y_m}{P1_m} \cdot 100\% = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{Q_{mn} \cdot I_w}{u_{mn}}}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N (r_{mn} \cdot R + s_{mn} \cdot S)}{N}} \cdot 100\% \quad (12)$$

gdzie:

$G1_m$ – wskaźnik efektywności godziny potencjału pracy unitu stomatologicznego w miesiącu m

Y_m – średnia bieżąca wartość przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

$P1_m$ – średni miesięczny potencjał godzin pracy jednego unitu stomatologicznego dla miesiąca m

w – wiek danych w okresie, w latach (od 0 do 5)

I_w – skumulowany wskaźnik inflacji dla wieku danych

Q – przychód gabinetu w miesiącu m

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

r_{mn} – liczba godzin gotowości do pracy unitu stomatologicznego w dzień roboczy w miesiącu m w roku n

s_{mn} – liczba godzin gotowości do pracy unitu stomatologicznego w sobotę w miesiącu m w roku n

R – szacunkowa liczba dni roboczych w miesiącu

S – szacunkowa liczba sobót pracujących w miesiącu

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Drugim w grupie mierników efektywności godzinowej jest wskaźnik G2 efektywności godziny przepracowanej wyrażony stosunkiem przychodów do faktycznie przepracowanych godzin, co oznacza, że wskaźnik nie jest obciążony godzinami gotowości, w których lekarz nie pracuje z pacjentem. Obliczany jest z wykorzystaniem wzoru (13) jako stosunek wygenerowanych przychodów do liczby przepracowanych godzin. Wskaźnik efektywności godziny przepracowanej w badanych okresach osiągnął najwyższą wartość na poziomie 2 226 zł, a najniższej na poziomie 167 zł, przy czym średni poziom tego wskaźnika dla wszystkich badanych okresów wynosi 558 zł.

$$G2_m = \frac{Y_m}{P2_m} \cdot 100\% = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{Q_{mn}}{u_{mn}} \cdot I_w}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{Z_{mn}}{u_{mn}}}{N}} \cdot 100\% \quad (13)$$

gdzie:

$G2_m$ – wskaźnik efektywności godziny przepracowanej w miesiącu m

$P2_m$ – średnia miesięczna liczba godzin przepracowanych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

Y_m – średnia bieżąca wartość przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny dla danego miesiąca m

w – wiek danych w okresie, w latach (od 0 do 5)

I_w – skumulowany wskaźnik inflacji dla wieku danych

Q – przychód miesięczny kliniki w jednym okresie

Z_{mn} – liczba godzin przepracowanych w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Wskaźnik $G3$ efektywności godziny zakontraktowanej jest trzecim wskaźnikiem, który umożliwia kompleksowe zobrazowanie wartości przychodów przypadających na jedną zakontraktowaną godzinę pracy z lekarzem. Jest to wartość, która możliwa jest do wypracowania przez lekarza, przy założeniu, że wszystkie z zakontraktowanych godzin współpracy zostaną wypełnione wizytami pacjentów. Wskaźnik ten jest obliczany ze wzoru (14). W badanym okresie osiąga minimalną wartość na poziomie 167 zł oraz wartość maksymalną wynoszącą 1 556 zł. Średnia wartość tego wskaźnika wynosi 443 zł.

$$G2_m = \frac{Y_m}{P3_m} \cdot 100\% = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{Q_{mn}}{u_{mn}} \cdot I_w}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{X_{mn}}{u_{mn}}}{N}} \cdot 100\% \quad (14)$$

gdzie:

$G2_m$ – wskaźnik efektywności godziny zakontraktowanej w miesiącu m

$P3_m$ – średnia miesięczna liczba godzin zakontraktowanych na jeden unit stomatologiczny dla miesiąca m

Y_m – średnia bieżąca wartość przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny dla danego miesiąca

w – wiek danych w okresie, w latach (od 0 do 5)

I_w – skumulowany wskaźnik inflacji dla wieku danych

Q – przychód miesięczny kliniki w jednym okresie

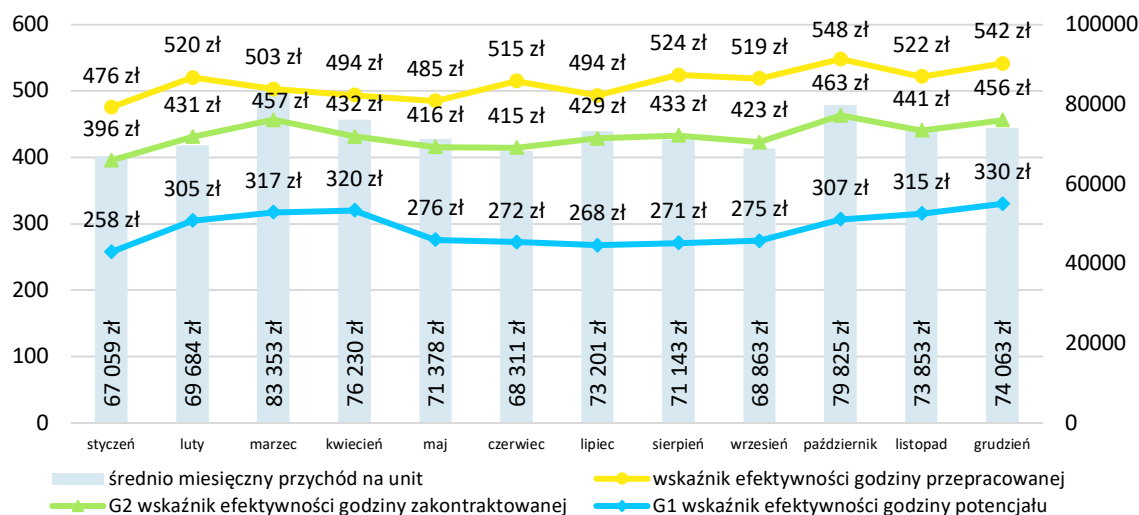
X_{mn} – liczba godzin zakontraktowanych w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Średnie miesięczne wartości poziomów wskaźników efektywności godzinowej przedstawione zostały na rys. 4.32., na tle średnich miesięcznych wartości przychodów na jeden unit stomatologiczny. Zwiększenie poziomu wykorzystania kontraktów z lekarzami oraz

poziomu wykorzystania potencjału pracy fotela powoduje zbliżenie wartości tych wskaźników do równego poziomu.



Rys. 4.32. Średnie poziomy wskaźników efektywności godzinowej.

Kolejną grupę wskaźników z poziomu efektywności reprezentuje wskaźnik V liczby zabiegów na wizycie, który jest miernikiem umiejętności wykorzystania potencjału pacjenta do leczenia i skrócenia procesu przywrócenia zdrowia poprzez zwiększenie liczby zabiegów wykonywanych podczas jednej wizyty. Obrazuje umiejętność prowadzenia przez lekarza rozmów z pacjentami w zakresie korzyści wynikających z większej liczby zabiegów wykonywanych podczas jednej wizyty w gabinecie, ale również jest efektem skoordynowania wspólnych działań z rejestracją, która planując kolejne wizyty pacjentów, rezerwuje czas wizyty dla planowanej większej liczby zabiegów. Poziom wskaźnika obliczany jest ze wzoru (15).

$$V_m = \frac{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{T_{mn}}{u_{mn}}}{N}}{\frac{\sum_{n=1}^N \frac{L_{mn}}{u_{mn}}}{N}} \cdot 100\% \quad (15)$$

gdzie:

V_m – wskaźnik liczby zabiegów wykonywanych podczas jednej wizyty w miesiącu m

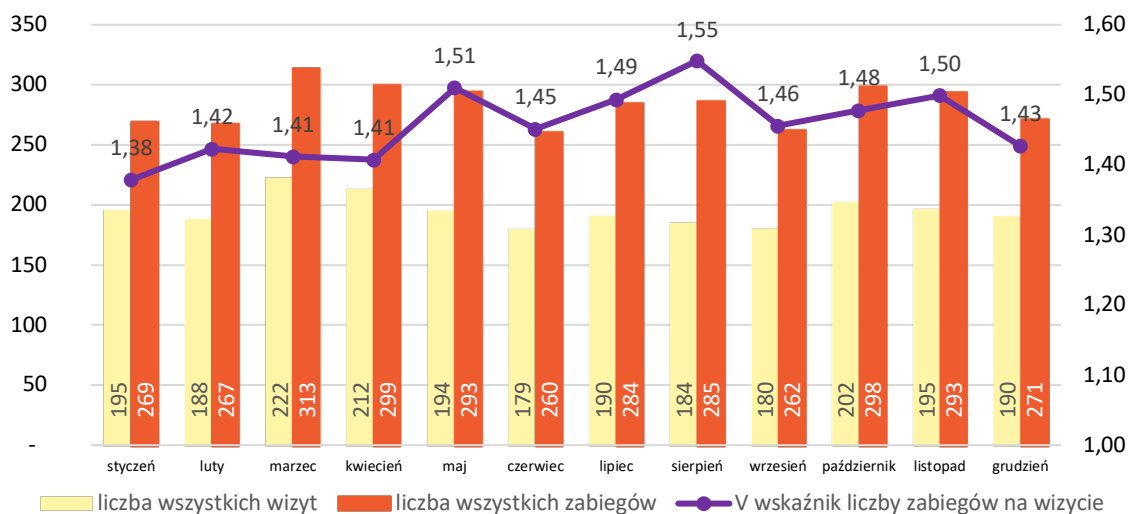
T_{mn} – liczba zabiegów w miesiącu m w roku n

L_{mn} – liczba wizyt wszystkich pacjentów w miesiącu m w roku n

u_{mn} – liczba unitów stomatologicznych w miesiącu m w roku n

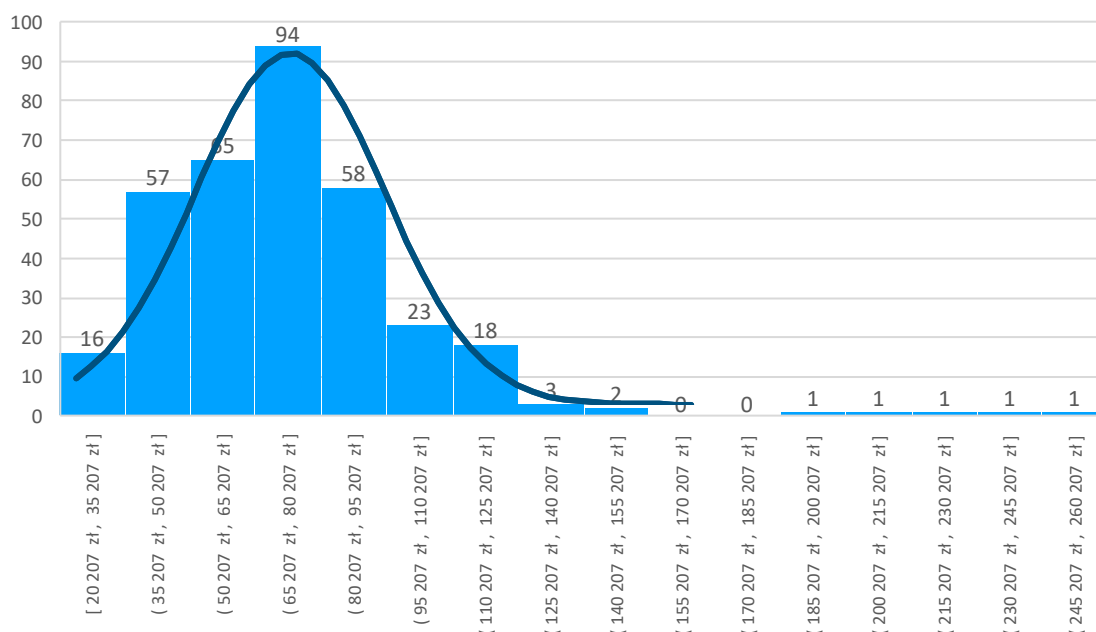
N – liczba danych dotyczących tego samego miesiąca

Średni poziom tego wskaźnika dla wszystkich badanych okresów oznacza, że przeciętnie podczas jednej wizyty w gabinecie stomatologicznym realizowane jest 1,45 zabiegów. W gabinetach o najwyższej efektywności, w tym zakresie, wskaźnik ten osiąga wartości 2,18, z kolei najniższy jego poziom wynosi 0,7. Średnie poziomy tego wskaźnika dla kolejnych miesięcy przedstawiono na rys. 4.33.



Rys. 4.33. Wskaźnik liczby zabiegów wykonanych na jednej wizycie.

Na poziomie wskaźników finansowych skupiono się na dwóch obszarach: przychodach rozumianych jako suma sprzedaży realizowanej na jeden unit stomatologiczny oraz strukturze ogółu kosztów w podziale na kategorie. Taka interpretacja umożliwia analizę ponoszonych kosztów związanych z nieobecnością pacjenta na wizycie oraz analizę kosztów zmiennych związanych z kosztami materiałów, usług zewnętrznych bezpośrednio związanych z zabiegiem oraz kosztów zmiennych wynagrodzeń lekarzy i pozostałego personelu. Histogram zebranych danych dotyczących przychodów analizowanych w ujęciu jednostkowym przedstawiony został na rys. 4.34., na którym przedstawiono również rozkład normalny przychodów z badanych okresów.

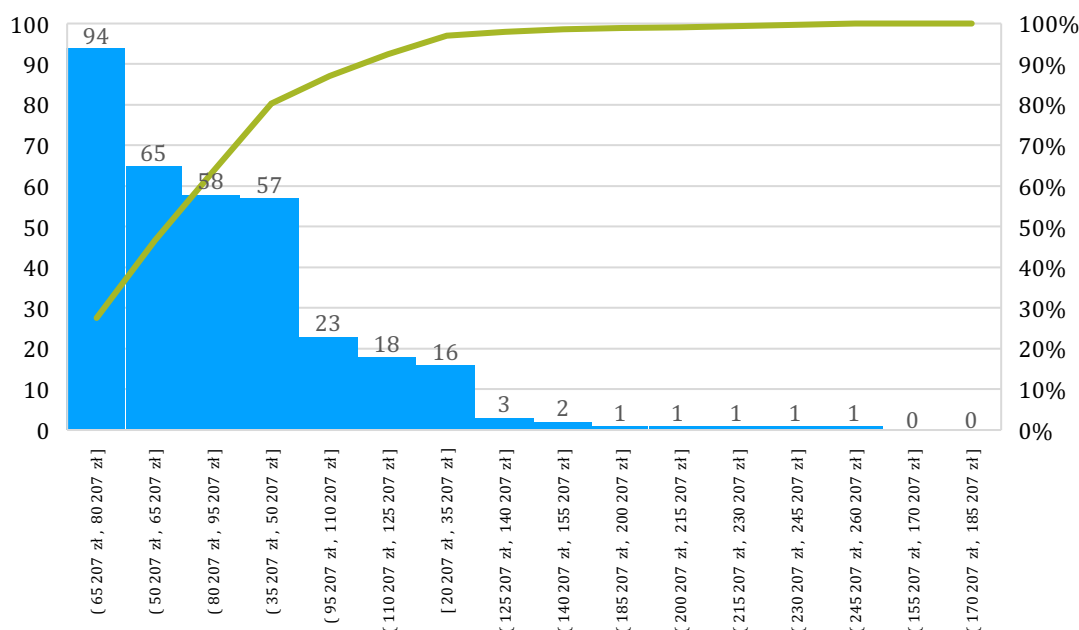


Rys. 4.34. Histogram i rozkład normalny przychodów miesięcznych na unit stomatologiczny.

Wartość maksymalna jednego przedziału prezentowanego na wykresie wynosi 15 000 zł (dla 100%). Średni przychód na jeden unit stomatologiczny w grupie badanych gabine-

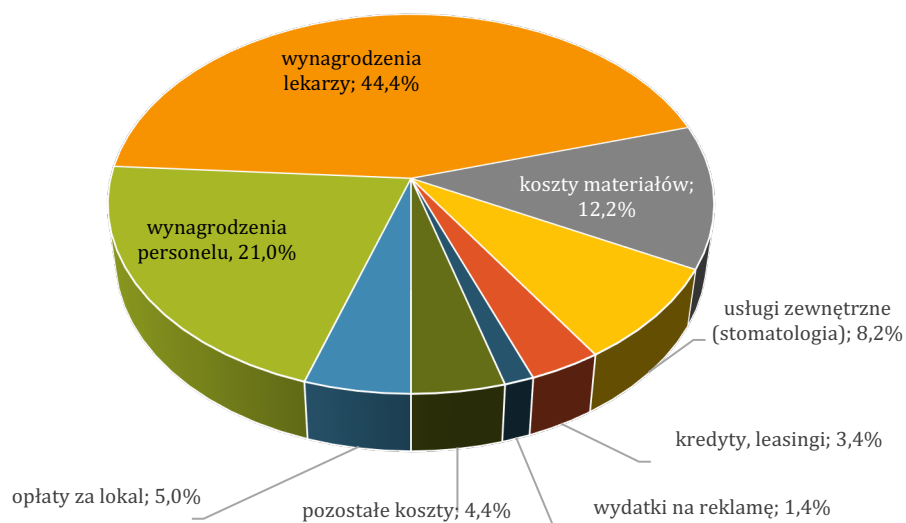
tów wynosi 72 985 zł, podczas gdy mediana jest na poziomie 70 243 zł. Minimalny przychód osiągnięty na jeden unit stomatologiczny spośród wszystkich badanych okresów wynosi 20 207 zł, a przychód maksymalny wynosi 252 234 zł. Najwyższe wartości przychód na jeden unit stomatologiczny zawarte są w 5 okresach z badanych 341 i każdy z nich przekracza kwotę 185 000 zł. Najczęściej, tj. w 94 okresach z 341 badanych, średnie przychody miesięczne na jeden unit stomatologiczny zawierają się w przedziale od 65 207 zł do 80 207 zł, który na histogramie przedstawiony został w czwartym przedziale.

Zgodnie z przedstawionym na rys. 3.35 Diagramem Pareta-Lorenca, 80% wyników zawiera się w czterech kolejnych przedziałach: (1) 65 207 zł – 80 207 zł, (2) 50 207 zł – 65 207 242 zł, (3) 80 207 zł – 95 207 242 zł, (4) 35 207 zł – 50 207 zł. Na tej podstawie można wnioskować, że wspomniane 80% wypracowywanych przez badane gabinety przychodów w ujęciu miesięcznym na jeden unit stomatologiczny, dla zaktualizowanej wartości za pomocą skumulowanego wskaźnika inflacji, zawarte jest w czterech przedziałach o łącznym zakresie od 35 207 zł do 95 207 zł i obejmuje 274 badane okresy miesięczne.



Rys. 4.35. Diagram Pareta-Lorenca przychodów w ujęciu na jeden unit stomatologiczny.

Przeciętną strukturę kosztów z podziałem na kategorie, ponoszonych przez klinikę stomatologiczną przedstawiono na rys. 4.36. Z uwagi na poufny charakter zebranych informacji dane przedstawiono w ujęciu procentowym obrazującym udział poszczególnych kosztów w kosztach ogółem. Jako koszty uznawane są tylko wydatki bezpośrednio związane z prowadzoną działalnością. Największą grupę kosztów stanowią wynagrodzenia. Łącznie wynagrodzenia lekarzy będące wyłącznie kosztami zmiennymi zależnymi od wartości przychodów z wykonanych zabiegów wraz z wynagrodzeniami personelu stanowią 65,4% wszystkich kosztów. Koszty o najmniejszym udziale to grupa wydatków na reklamę, na którą gabinety przeznaczają średnio 1,4% wszystkich wydatków.



Rys. 4.36. Struktura kosztów w podziale na kategorie.

Grupa kosztów usługi zewnętrzne obejmuje specjalistyczne konsultacje zewnętrzne oraz prace protetyczne wykonywane przez techników dentystycznych. Jest to grupa kosztów o charakterze zmiennym związanych ze strukturą wykonywanych w gabinecie zabiegów i stosowanych rozwiązań medycznych. Koszty materiałów, chociaż mają klasyczne cechy kosztów zmiennych i są uzależnione od liczby i rodzaju wykonywanych zabiegów, to z uwagi na cykliczny charakter zakupowy oraz konieczność regularnego uzupełniania stanów magazynowych, w dłuższym okresie stabilizują się na poziomie charakterystycznym dla danego gabinetu. Wydatki związane z finansowaniem zewnętrznym oraz odsetkami ujęte zostały w kategorii kosztów kredytów i leasingów. Z uwagi na wysokie ceny specjalistycznego sprzętu medycznego, ich zakup realizowany jest z wykorzystaniem kredytów bankowych lub leasingów operacyjnych. W skład pozostałych kosztów wchodzi koszty rekrutacji, szkoleń personelu, nieplanowanych przeglądów, serwisów i napraw. Wszystkie inne wydatki, jak na przykład koszty eksploatacji pojazdów niezwiązanych z realizacją zadań gabinetu uznane zostały w kalkulacji jako wydatki finansowane z zysku właścicieli i nie stanowią kosztów, które podlegały analizom.

4.3 Analiza ocen etapów obserwacji uczestniczącej

Trzeci etap badań obejmował analizę wybranych wyników otrzymanych z obserwacji uczestniczącej tzw. tajemniczego pacjenta zrealizowanych w gabinetach stomatologicznych. Jest to narzędzie należące do najpopularniejszych na rynku, obiektywnych i pozbawionych istotnych zniekształceń, przeznaczone do zewnętrznej oceny jakości obsługi. Rzetelnie zrealizowane, na podstawie scenariusza dopasowanego do badania i przeprowadzone przez osoby o wysokiej wrażliwości, dostarcza cennych informacji o funkcjonowaniu zespołu na poszczególnych etapach wizyty pacjenta. W rozprawie przedstawiono wyniki i średnie poziomy ocen pozyskanych podczas wizyt tajemniczy pacjent (załącznik 7), wykonanych w 102 gabinetach stomatologicznych z całej Polski w okresie od stycznia 2017 roku do lipca 2023 roku. Wyniki przedstawiają średnią ocenę przebiegu przeciętnej wizyty stomatologicznej widzianej z perspektywy pacjenta pierwszorazowego. Ocenie nie podlegają aspekty medyczne, jakość leczenia i satysfakcja pacjenta z jego wykonania. Wśród osób zarządzających gabinetami, w których zrealizowano obserwacje uczestniczące, zaobserwowano wyższy od dominującego na rynku usług stomatologicznych, poziom zrozumienia istotności stosowania profesjonalnej obsługi pacjenta celem uzyskania wysokiej satysfakcji pacjenta. Dostrzegają oni potrzebę i wartość z przeprowadzenia takiego badania oraz planują zrealizowanie szkoleń rozwojowych dla zespołu, szczególnie w zakresie poprawy obszarów z najniższymi ocenami. Należy zaznaczyć, że obserwacja uczestnicząca obejmowała wyłącznie wizyty pacjentów pierwszorazowych, dla których był to pierwszy bezpośredni kontakt z badaną placówką.

Uzupełnienie wniosków zbudowanych na podstawie analizy parametrów funkcjonowania gabinetu wiedzą o poziomach realizowanej jakości obsługi pacjentów na kolejnych etapach wizyty, pozwala na stworzenie wskazówek dotyczących zarządzania zespołem oraz zdefiniowanie najpilniejszych potrzeb rozwojowych zespołu. Analizując dane zebrane podczas wizyt tajemniczego pacjenta w gabinecie stomatologicznym, obliczono średnie wartości ocen z 24 wybranych etapów wizyty, które obejmowało 5 obszarów:

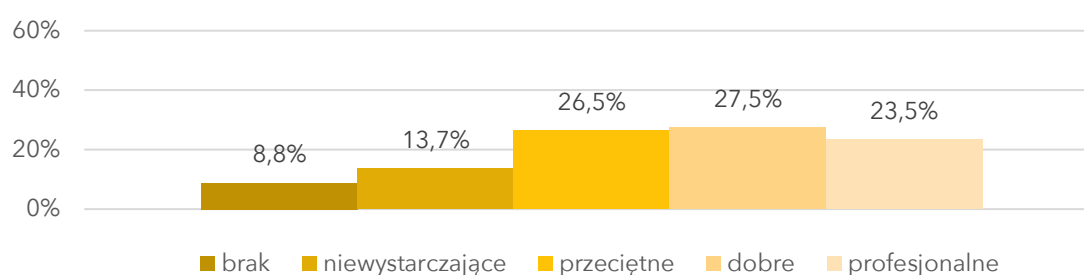
1. Powitanie pacjenta w placówce i wypełnienie przez pacjenta dokumentacji.
2. Wprowadzenie pacjenta z rejestracji do gabinetu, przygotowanie pacjenta do leczenia i badania.
3. Rozmowa wstępna, wykonanie badania lub leczenia i jego omówienie.
4. Zakończenie wizyty, umówienie terminu kolejnej oraz rozliczenie płatności.
5. Otoczenie pacjenta obejmujące: wizerunek placówki, oznakowanie, lokalizację, wyposażenie i czystość oraz wrażenia wizualne członków zespołu.

Ocena polegała na dokonaniu jednokrotnego wyboru spośród dostępnych opcji. W badaniu zastosowano zbliżone skale, dopasowane do:

- a. przebiegu poszczególnych etapów wizyty: brak, niewystarczające, przeciętne, dobre, profesjonalne lub opcje: tak lub nie, w zależności od kontekstu pytania,
- b. poziomu motywacji pacjenta do leczenia: brak, niewystarczający, przeciętny, wysoki i bardzo wysoki,
- c. stanu higieny i czystości gabinetu, które oceniano w czterostopniowej skali: niewystarczający, przeciętny, czysty oraz sterylny,

- d. wrażeń wizualnych lekarzy, asystentów i rejestratorów: złe, niewystarczające, przeciętne, dobre i profesjonalne.

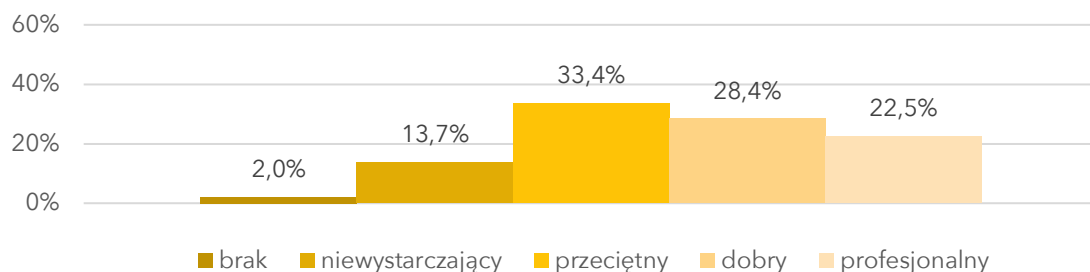
Podczas badania pierwszego obszaru skoncentrowano się na analizie ocen związanych z przywitaniem pacjenta pierwszorazowego wchodzącego do praktyki stomatologicznej oraz przekazaniem przez rejestratora informacji dotyczących planowanego przebiegu wizyty wraz z realizacją wymaganych formalności. W chwili wejścia do praktyki stomatologicznej 22,5% pacjentów pierwszorazowych nie otrzymuje od rejestratora żadnego zainteresowania lub dostaje zainteresowanie w niewystarczającym stopniu (rys. 4.37.). Z powyższego wynika, że średnio ponad dwóch z dziesięciu nowych pacjentów pozostaje niezauważonych przez rejestratora zajętego innymi zadaniami lub ich przywitanie następuje dopiero podczas reakcji na wypowiedziane przez nich słowa.



Rys. 4.37. Zainteresowanie rejestratora pacjentem wchodzącym do placówki medycznej.

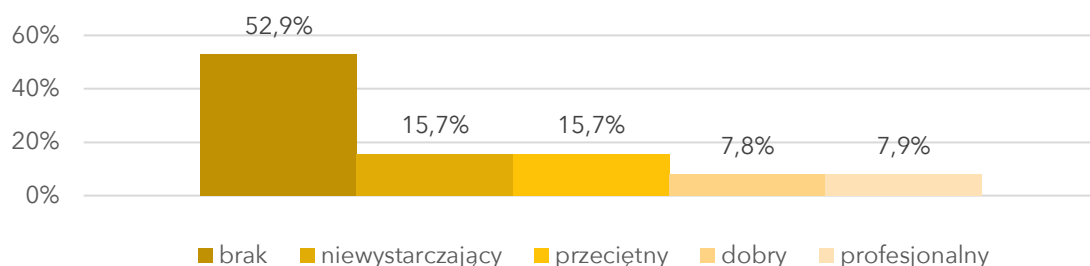
Brak zainteresowania pacjentem wchodzącym do placówki powoduje rozczarowanie już podczas pierwszego wrażenia. Z przeprowadzonych sondaży diagnostycznych wynika, że jego wcześniejsze oczekiwania dotyczące poziomu jakości obsługi mają źródło w otrzymanych rekomendacjach od rodziny lub znajomych. Brak ich potwierdzenia w rzeczywistości, już w momencie wejścia do placówki czyni prawdopodobnym, że do kolejnych etapów wizyty pacjent będzie podchodził z większym dystansem i trudniej będzie zmotywować go do kontynuacji leczenia. W następstwie zaistnienia negatywnych sytuacji jeszcze przed rozmową z lekarzem dentystą może zostać ograniczona otwartość pacjenta do zaakceptowania prezentowanych możliwości pełnego wyleczenia.

Podczas oceny kolejnego etapu związanego z przeprowadzeniem pacjenta przez formalności takich jak potwierdzenie danych personalnych, uzupełnienie kwestionariuszy, założenie kartoteki oraz wyrażenie niezbędnych zgód związanych z leczeniem i wykonaniem zdjęć dokumentujących zastosowane procedury medyczne, zaobserwowano, że podczas 15,7% wizyt rejestrator nie udziela pacjentowi żadnej pomocy w tym zakresie lub wspiera pacjenta w sposób niewystarczający. Rozkład ocen przedstawiono na rys. 4.38. Większość pacjentów oczekuje pomocy przy wypełnianiu formalności, szczególnie pacjenci pierwszorazowi, którzy nie znają jeszcze procedur obowiązujących w danym gabinecie. Wsparcie może być realizowane poprzez bezpośrednią pomoc rejestratora podczas wypełniania dokumentów lub deklarowaną gotowość do pomocy.



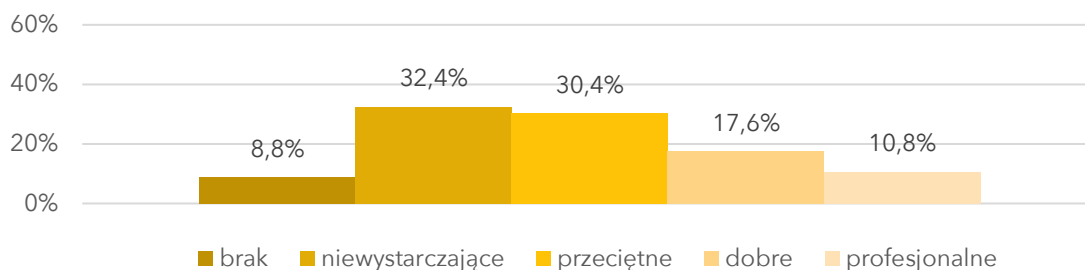
Rys. 4.38. Sposób, w jaki rejestrator przeprowadził pacjenta przez formalności.

Brak informacji o zaplanowanych etapach przebiegu wizyty może być źródłem niepokoju pacjenta pierwszorazowego. Szczególnie z uwagi na to, że jest to pierwsza wizyta pacjenta w danej placówce, nie jest zaznajomiony z obowiązującymi w niej procedurami, a te różnią się pomiędzy placówkami. Zaprezentowanie przebiegu wizyty, omówienie kolejnych etapów i zdarzeń, które składają się na całość wizyty, zapewnia pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz zaopiekowania. Jak wynika z ocen, które zaprezentowano na rys. 4.39., aż 68,6% pacjentów ma poczucie braku omówienia przez rejestratora przebiegu wizyty lub przedstawienia jej w stopniu niewystarczającym. Statystycznie dwóch z trzech pacjentów nie wie przez kogo i w którym momencie zostaną zaproszeni do gabinetu lekarskiego. Oczekując na rozpoczęcie wizyty, reagują niecierpliwie na wszystkie sygnały i rozmowy pojawiające się w poczekalni, ponieważ nie wiedzą, jaki będzie kolejny krok.



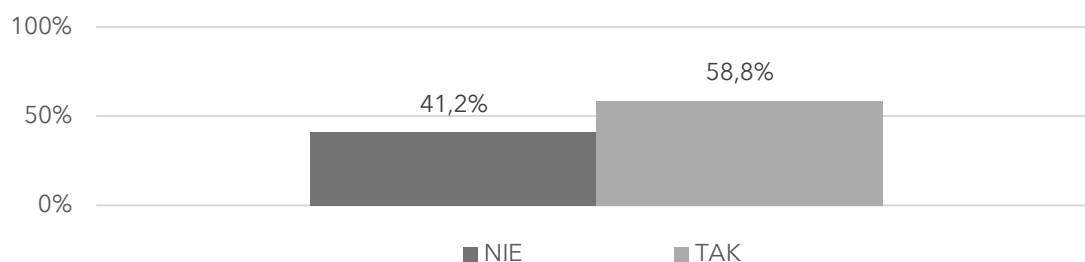
Rys. 4.39. Sposób omówienia przez rejestratora dalszego przebiegu wizyty.

Ostatnim badanym etapem wizyty w pierwszym obszarze obejmującym przyjęcie pacjenta w gabinecie jest ocena zainteresowania pacjentem przez rejestratora i opieka nad nim w trakcie oczekiwania na wizytę. Dotyczy sposobu, w jaki pacjent jest pytany o bieżące potrzeby, szczególnie podczas powstałych opóźnień w terminowym rozpoczęciu wizyty. Opieka na tym etapie rozumiana jest jako wskazanie pacjentowi drogi do toalety i miejsca do odwieszenia odzienia, udostępnienie jednorazowego zestawu do umycia zębów czy zaproponowanie skorzystania z dostępnych dla pacjentów napojów. Oceny tego etapu badania przedstawiono na rys. 4.40. Wynika z nich, że w 41,2% przypadków pacjent oczekujący na wizytę pozostawiony zostaje sam sobie lub o jego potrzeby zadbano w niewystarczający sposób. Zainteresowanie potrzebami pacjenta w tym zakresie, podobnie jak podczas przeprowadzania przez formalności i pomoc przy uzupełnianiu dokumentacji, wyrażane jest poprzez podkreślenie gotowości do pomocy.



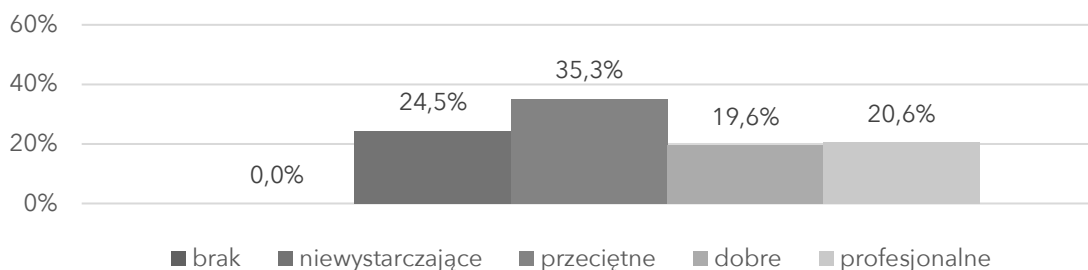
Rys. 4.40. Zainteresowanie i opieka nad pacjentem w trakcie oczekiwania na wizytę.

W drugim badanym obszarze skupiono się na czynnościach związanych z wprowadzeniem pacjenta do gabinetu. Na rys. 4.41. przedstawiono procentowy rozkład wizyt rozpoczętych zgodnie z ustaloną z pacjentem godziną. Wynika z niego, że 41,2% wizyt rozpoczęło się z nieplanowanym opóźnieniem. Na poziom zadowolenia pacjentów oczekujących na wizytę, wpływa również sposób informowania przez rejestratora o powstałych opóźnieniach, które wpływają na godzinę rozpoczęcia wizyty w gabinecie. Zwyczajowo przyjęte jest, że powiadomienie pacjenta o powstałym opóźnieniu przed umówioną godziną wizyty jest informowaniem, natomiast przekazywanie tej wiadomości dopiero w momencie, w którym opóźnieniu już wystąpiło związane jest z tłumaczeniem się pacjentowi z powstałej sytuacji. Odbiór przekazu jest różny w zależności od momentu, w którym został wykonany. Z tego powodu podczas kolejnego etapu oceniana jest standaryzacja pracy zespołu w zakresie przekazywania informacji, która umożliwi komunikację z pacjentem w trybie informacyjnym. Skala występowania opóźnień w rozpoczęciu wizyt wskazuje na występowanie regularnych, systemowych błędów w zarządzaniu czasem trwania zabiegów rezerwowanych w kalendarzach lekarskich.



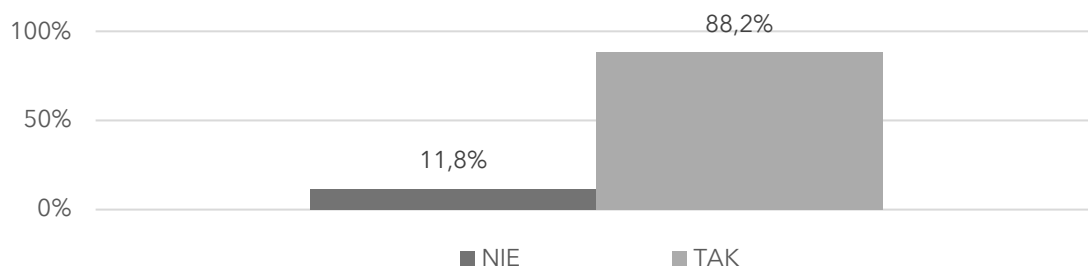
Rys. 4.41. Zaproszenie pacjenta do gabinetu zgodnie z umówioną godziną wizyty.

W zależności od standardów stosowanych w poszczególnych praktykach stomatologicznych, z poczekalni do gabinetu pacjenta zaprasza asystent lub lekarz. Rozkład ocen dotyczących tego etapu wizyty przedstawiono na rys. 4.42. Podczas 24,5% wizyt pracownik zapraszający pacjenta do gabinetu nie przedstawia się, nie podaje pacjentowi informacji czy jest lekarzem czy asystentem lub nie udziela informacji, czy powinien podążać za nim do gabinetu, czy pozostać w poczekalni. Ocena niewystarczająca przyznawana jest za niski poziom komunikacji z pacjentem, który jest następstwem błędnego założenia przez członków zespołu, że pacjent pierwszorazowy zna osoby pracujące w placówce i obowiązujące w niej reguły postępowania. Ocenie na tym etapie podlega sposób przywitania, przedstawienia się i zaproszenia pacjenta do gabinetu.



Rys. 4.42. Zachowanie asystenta lub lekarza podczas zaproszenia do gabinetu.

Ostatnim badanym etapem z obszaru wprowadzania pacjenta do gabinetu jest ocena tego czy wskazano pacjentowi miejsca, które powinien zająć. Stosowanie różnych standardów pracy z pacjentem powoduje, że przebieg wizyty w części placówek rozpoczyna się od badania wykonywanego, podczas gdy pacjent siedzi na unicie stomatologicznym, a w innych od rozmowy lekarza dentysty z pacjentem, realizowanej przy biurku. Z danych przedstawionych na rys. 4.43. wynika, że przeciętnie jeden z dziesięciu pacjentów wchodzących do gabinetu lekarskiego nie jest informowany w tym zakresie, co powoduje jego zakłopotanie podczas niezręcznego oczekiwania.

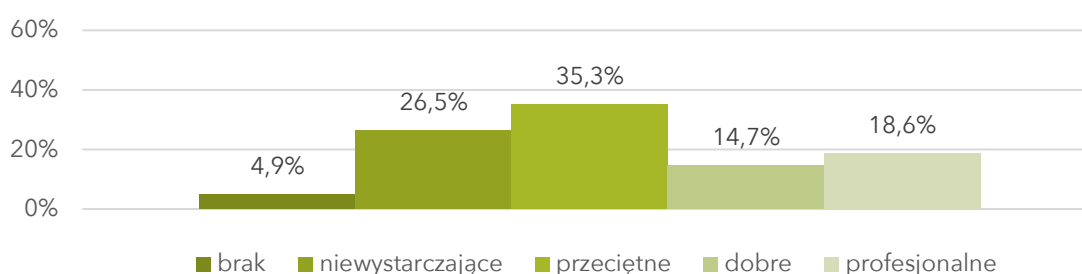


Rys. 4.43. Wskazanie miejsca, które po wejściu do gabinetu ma zająć pacjent.

Trzecim obszarem badanym podczas wizyt tajemniczego pacjenta, jest praca lekarza dentysty z pacjentem w zakresie przygotowania go do badania, wykonania badania stanu zdrowia jamy ustnej i omówienia jego wyników. Rozpoczyna go etap, w którym oceniane jest to, w jaki sposób zachowywał się lekarz w momencie wejścia pacjenta do gabinetu. Przyznane podczas wizyt oceny zaprezentowano na rys. 4.44. Najniższe noty dotyczyły sytuacji, w których lekarz dentysta nie tylko nie przywitał się, ale dodatkowo nie odwrócił się w stronę wchodzącego do pomieszczenia pacjenta i kontynuował dotychczasowe zajęcia. W 31,4% przypadków tego typu zachowanie ocenione zostało jako niewystarczające lub po prostu jako brak właściwego, ponieważ pacjent przez dłuższy moment po wejściu pozostawał niezauważony przez lekarza. Najczęściej obejmują one spektrum zachowań, które, chociaż nie są celowe, nieświadomie lekceważą pacjenta. Należy do nich: brak reakcji lekarza, mimo nawiązania kontaktu wzrokowego, skinienie jedynie głową przez dentystę w zastępstwie tradycyjnego przywitania, kontynuowanie dotychczasowej czynności i rozpoczęcie rozmowy z pacjentem pozostając zwróconym do niego tyłem oraz rozpoczęcie przygotowań do wizyty poprzez wykonywanie czynności takich jak mycie rąk czy zakładanie rękawiczek i jednocześnie prowadzenie rozmowy

z pacjentem. Lekarz rozmawiający z pacjentem i wykonujący jednocześnie inne czynności stwarza wrażenie pozostającego w pośpiechu, który może stanowić przeszkodę w wykreowaniu przestrzeni na zbudowanie relacji z pacjentem. Zachowanie lekarza sugeruje wówczas możliwy brak czasu na udzielanie odpowiedzi na zadawane przez niego pytania. Dynamika powitania i uwaga poświęcona przywitaniu rzutują na kolejne etapy wizyty, nastawiając pacjenta pierwszorazowego na określony rodzaj relacji, której może oczekiwać od lekarza dentysty. Ocenie na tym etapie podlega również to, czy pacjent został zaproszony do gabinetu lekarskiego w momencie, w którym lekarz zakończył wcześniejsze czynności i jest gotów na powitanie pacjenta.

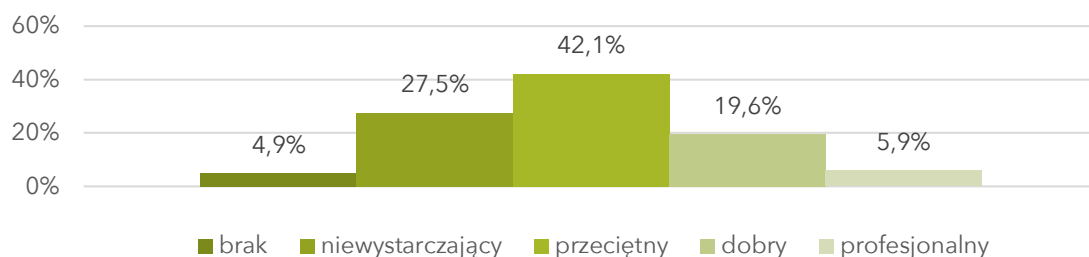
Podczas jednej z wizyt w trakcie prowadzonych badań, wejście pacjenta do placówki nie spowodowało żadnej reakcji rejestratora, a następnie w podobny sposób zachował się lekarz dentysta, gdy pacjent został wprowadzony do jego gabinetu. Dwa zbliżone, negatywne zachowania obserwowane podczas tej samej wizyty, w których członkowie zespołu nie przerywają wykonywanej czynności i nie reagują chociażby skinieniem głowy pomimo tego, że dostrzegają wchodzącą osobę, sugerują brak wprowadzonych standardów pracy oraz niski poziom jakości obsługi pacjenta w placówce medycznej.



Rys. 4.44. Zachowanie lekarza w momencie wejścia pacjenta do gabinetu.

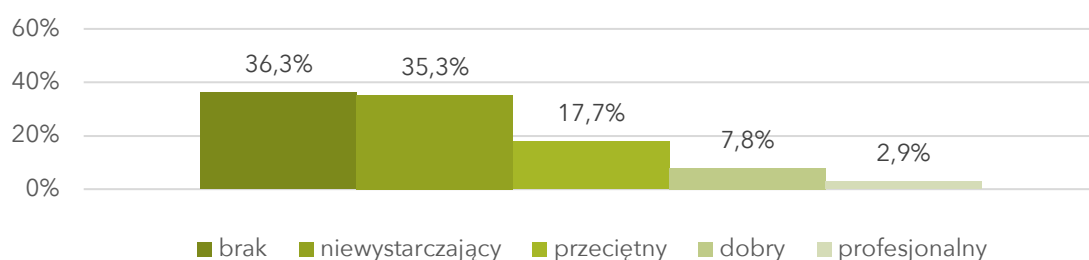
Kolejnym badanym etapem w tym obszarze jest sposób prowadzenia rozmowy z pacjentem pierwszorazowym przed wykonaniem badania stanu zdrowia jamy ustnej. Przeanalizowano zakres informacji, które są przekazywane pacjentowi, w tym to, czy jest on informowany o przebiegu badania i omówieniu wyników przez lekarza dentystę. Sprawdzone również to, czy podczas tej rozmowy przekazane zostały istotne w ocenie pacjenta informacje, którymi chciałby podzielić się z lekarzem, także w zakresie obaw i dotychczasowych doświadczeń związanych z leczeniem w innych gabinetach. W 32,4% wizyt etap ten został pominięty lub zrealizowany na poziomie, który wskazano jako niewystarczający. Lekarz nie uprzedził pacjenta, że podczas badania będzie dyktował asystentowi informacje, które komunikowane będą w formie fachowego słownictwa, niezrozumiałego dla pacjenta. W tych przypadkach nie przygotowano pacjenta do badania podczas rozmowy wstępnej we właściwy sposób i nie poinformowano go, że po badaniu nastąpi moment, podczas którego zostaną przedstawione jego wyniki i wyjaśnione istotne kwestie zdrowotne w zrozumiałym dla niego języku. Rozkład ocen przedstawiono na rys. 4.45. Rozmowa wstępna służy do okazania pacjentowi zainteresowania problemem, z których zgłasza się do lekarza dentysty i ustalenia szczegółów dotyczących dolegliwości, które mogą okazać się istotne podczas diagnozowania i leczenia. Daje pacjentowi sposobność do podzielenia się informacjami, które uważa za istotne dla leczenia i którymi

chce się podzielić z lekarzem. Właściwa atencja lekarza jest wyrażana na tym etapie poprzez aktywne słuchanie, zapewnienie pacjentowi przestrzeni na zadawanie pytań i udzielanie na nie odpowiedzi.



Rys. 4.45. Sposób przeprowadzenia z pacjentem wstępnej rozmowy przed badaniem.

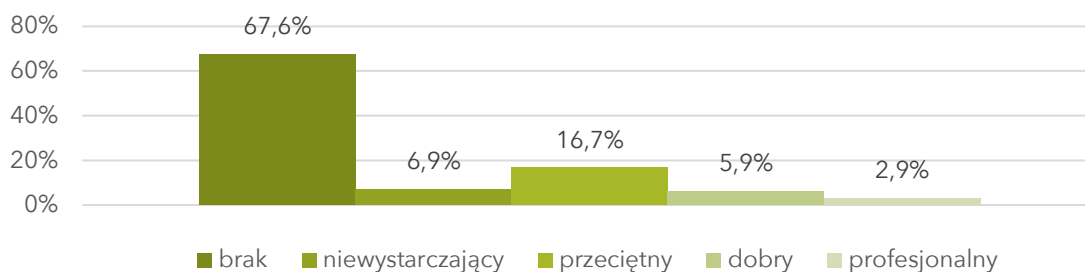
Sposób, w jaki lekarz prowadzi z pacjentem rozmowę o kompleksowym leczeniu, wpływa na stopień prawdopodobieństwa jego wyleczenia. Zaprezentowana na rys. 4.46. analiza wyników badań terenowych tego etapu informuje, że w 36,3% przypadków rozmowa z pacjentem o kompleksowym leczeniu nie jest w ogóle podejmowana przez lekarzy dentystów, a w 35,3% przypadków rozmowa wykonywana jest pobieżnie i w niewystarczający sposób. Prawdopodobnie realizowana jest wyłącznie z konieczności zastosowania wymaganych w gabinecie procedur przebiegu wizyty. Z jednej strony zaplanowanie i omówienie proponowanego leczenia są istotnymi elementami budowania relacji z pacjentem opartej na jego świadomości o stanie zdrowia jamy ustnej, z drugiej strony z powodu braku lub niewystarczającego sposobu prowadzenia przez lekarza rozmowy na temat kompleksowego planu leczenia, 71,6% pierwszorazowych pacjentów nie ma pełnego dostępu do informacji. Ten etap wizyty oraz dwa kolejne wpływają na poziom motywacji pacjenta do leczenia, a w efekcie na zakres leczenia, które zostanie u danego pacjenta wykonane.



Rys. 4.46. Sposób, w jaki lekarz podejmuje rozmowę na temat kompleksowego planu leczenia.

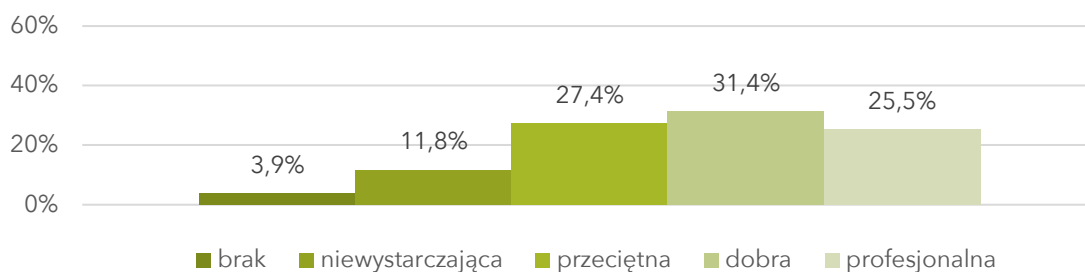
Zbudowanie w pacjencie wyobrażenia o możliwym wyleczeniu wymaga stworzenia w nim wizji przywrócenia stanu zdrowia i korzyści z tego wynikających. Dla części pacjentów kluczowe jest bezpieczeństwo leczenia, dla kolejnej grupy ważny jest czas trwania zastosowanych rozwiązań, a dla innych ich estetyka. Kreowanie wizji wspiera odpowiednio dobrany obraz, który przedstawia przykłady podobnych problemów stomatologicznych u innych osób i wizualizuje możliwe do uzyskania efekty proponowanego

leczenia. Obraz wspiera budowanie świadomości medycznej pacjenta i zrozumienia bieżącego stanu zdrowia jamy ustnej. Rozwiewa ewentualne wątpliwości pacjentów co do zasadności wykonania zabiegów i porusza dwie ważne kwestie. Pierwszą, która dotyczy potwierdzenia, że możliwe jest rozwiązanie tego konkretnego problemu medycznego i drugą, że lekarz dentysta, z którym rozmawia pacjent, potrafi takie leczenie przeprowadzić. Dowodem na to są prezentowane w trakcie rozmowy zdjęcia efektów zakończonego, podobnego leczenia wykonanego u innych pacjentów. Uzupełnienie przekazu obrazem zwiększa szanse na zaakceptowanie przez pacjenta proponowanych rozwiązań. Oceny tego etapu wizyty zaprezentowane na rys. 4.47. pokazują, że lekarze dentyści nie tyle wykorzystują obraz podczas rozmowy z pacjentem w sposób niewystarczający lub przeciętny, ale go po prostu w większości przypadków nie używają. Podczas 67,6% wizyt lekarz dentysta nie uzupełniał rozmowy z pacjentem żadnymi zdjęciami, obrazami, rysunkami czy animacjami, opierając się jedynie na słowach.



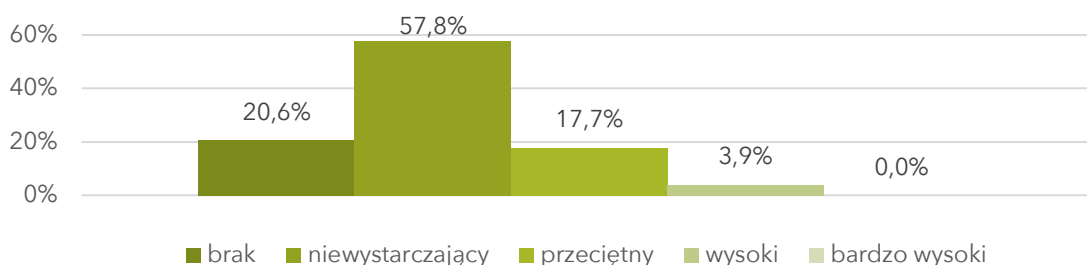
Rys. 4.47. Poziom umiejętność lekarza w zakresie pracy z obrazem podczas rozmowy z pacjentem.

Podczas sprawdzania obszaru związanego z wykonaniem badania stanu zdrowia jamy ustnej pacjenta, ocenie podlega również zdolność lekarza dentysty do używania prostego, adekwatnego do wiedzy pacjenta języka oraz jasnego, konkretnego wyjaśniania wątpliwości pacjenta. Badany jest również zakres stosowania podczas rozmowy z pacjentem medycznego słownictwa oraz sposób jego tłumaczenia pacjentowi. Oceny tych zdolności zaprezentowane zostały na rys. 4.48. Zrozumienie przez pacjenta odebranego przekazu umożliwia prowadzenie z nim rozmowy o akceptacji proponowanych przez lekarza dentystę rozwiązań. Podczas 15,7% wizyt lekarz dentysta komunikuje się z pacjentem w sposób, który nie uwzględnia jego bieżącej wiedzy medycznej i ograniczeń znajomości specjalistycznej terminologii.



Rys. 4.48. Zdolność lekarza dentysty do używania prostego oraz jasnego języka podczas wyjaśniania wątpliwości pacjentowi.

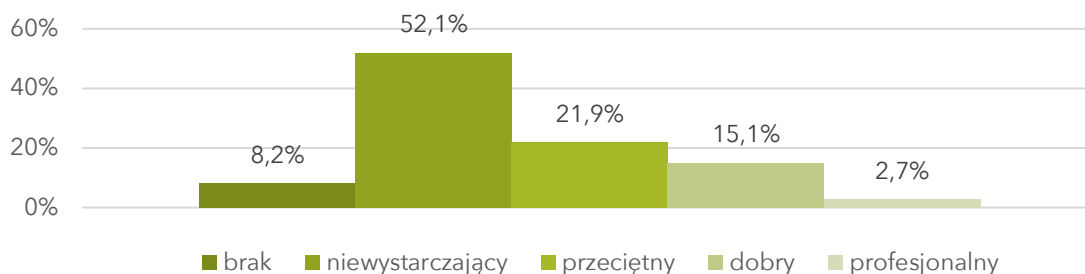
Te same czynniki w różny sposób wpływają na rozpoczęcie i kontynuację leczenia przez pacjenta. W celu umożliwienia ich identyfikacji, niezbędne jest odbycie rozmowy lekarza dentysty z pacjentem, której celem jest zbudowanie jego świadomości o stanie zdrowia i wzmocnienie motywacji do leczenia. Z przeprowadzonych obserwacji uczestniczących wynika, że 78,4% pacjentów pierwszorazowych wychodząc z wizyty u lekarza dentysty, nie posiada żadnej motywacji do podjęcia kompleksowego leczenia lub posiada ją na niewystarczającym poziomie. Pacjent po takiej wizycie prawdopodobnie będzie realizował leczenie tylko w zakresie opartym na wcześniej podjętych decyzjach. Rozkład ocen przyznanych na tym etapie badania przedstawiono na rys. 4.49. Wynika z niego, że tylko u co piątego pacjenta pierwszorazowego motywacja do leczenia po rozmowie z lekarzem dentystą jest na wystarczającym poziomie, aby rozważyć on wykonanie pełnego wyleczenia. Zaobserwowano, że żaden z pacjentów, których wcześniejsze etapy wizyty dotyczące powitania w placówce i przeprowadzenia przez proces formalności oceniono na poziomie „brak” lub „niewystarczająco”, nie wskazał swojej motywacji do podjęcia kompleksowego leczenia powyżej oceny „niewystarczająca”.



Rys. 4.49. Poziom motywacji pacjenta do podjęcia kompleksowego leczenia po omówieniu przez lekarza stanu zdrowia jamy ustnej.

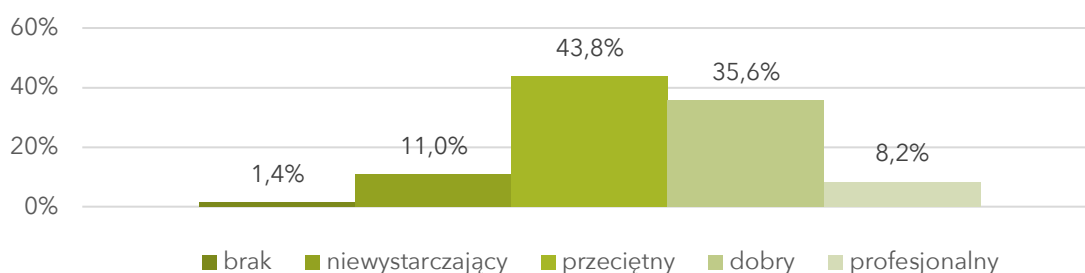
Zauważono również, że w przypadku przyznania oceny „brak” lub „niewystarczające” za umiejętności pracy z obrazem oraz zdolność do używania prostego języka, poziom motywacji do leczenia otrzymuje w najlepszym przypadku ocenę „niewystarczający”.

Jeżeli w gabinecie podlegającym badaniu przez tajemniczego pacjenta, funkcjonuje schemat przebiegu wizyty, zgodnie z którym po wykonaniu i omówieniu kompleksowego badania, lekarz dentysta wykonuje również leczenie, wówczas ocenie podlegają związane z nim trzy następujące po sobie etapy obejmujące: omówienie planowanego leczenia, zapewnienie komfortu pacjenta w trakcie leczenia oraz przekazanie informacji po jego zakończeniu. Na rys. 4.50. przedstawiono oceny pierwszego z nich dotyczącego sposobu prowadzenia rozmowy przez lekarza z pacjentem przed rozpoczęciem leczenia. Podczas żadnej z wizyt lekarz nie otrzymał oceny „profesjonalny” na tym etapie, a w 60,3% przypadków oceniono, że dentyści nie informują pacjentów, jaki zakres leczenia będą wykonywać lub przekazują informacje, które są niewystarczające. Niskie oceny tego etapu wizyty są przede wszystkim wynikiem tego, że lekarze nie informują pacjenta o planowanej cenie zabiegów, które będą podczas bieżącego leczenia wykonywać. Pominięcie przekazania przez lekarza tej informacji powoduje niepokój w trakcie trwania zabiegu i generuje sytuacje konfliktowe podczas rozliczania płatności za wizytę.



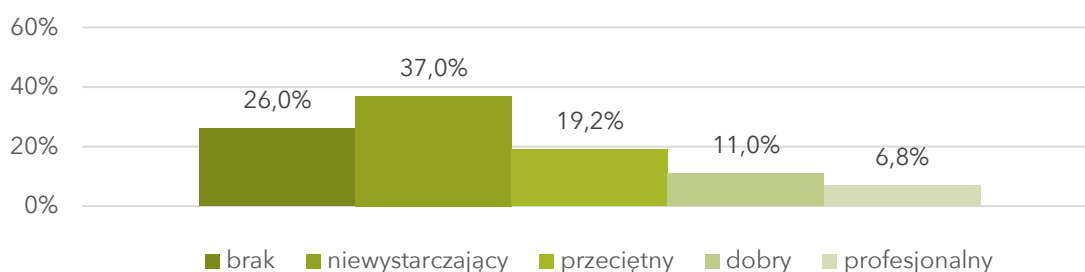
Rys. 4.50. Sposób omówienia przez lekarza planowanego leczenia.

Drugim badanym etapem podczas wykonywania leczenia jest ocena komfortu pacjenta podczas leczenia. Sprawdzane jest wówczas, czy pacjentowi zaproponowano założenie okularów ochronnych, potwierdzono komfort ułożenia głowy na zagłówku, poprawiono pozycję ssaka odprowadzającego nadmiar śliny oraz czy długość trwania zabiegu była zbliżona do oszacowanej wcześniej przez lekarza. Otrzymane oceny zaprezentowano na rys. 4.51. W 87,7% przypadków pacjenci są zadowoleni z komfortu podczas leczenia, a przyznana ocena ma poziom co najmniej „przeciętny”.



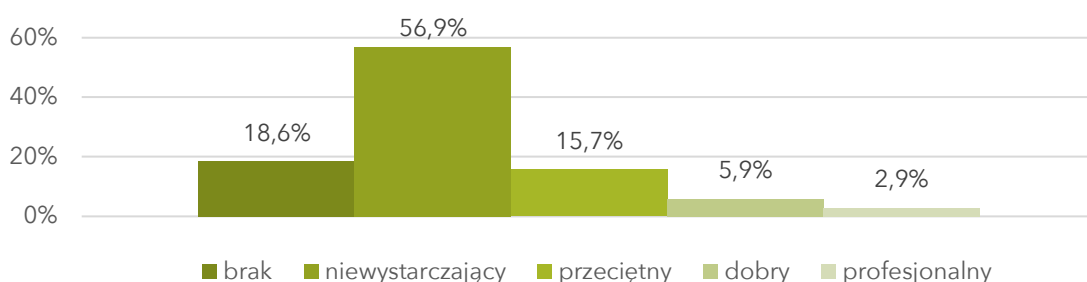
Rys. 4.51. Komfort pacjenta podczas leczenia

Po wykonanym leczeniu następuje etap dotyczący sposobu jego omówienia przez lekarza. Podczas 63,0% wizyt lekarz nie tylko nie zaprezentował efektów leczenia, ale również nie poinformował pacjenta o leczeniu, które wykonał. Z wyjątkiem jednego przypadku, lekarze, którzy na wcześniejszym etapie wizyty nie informują pacjenta o cenie zabiegu, po jego wykonaniu również nie udzielają takiej informacji. Rozkład ocen przyznanych podczas tego etapu badania przedstawiono na rys. 4.52.



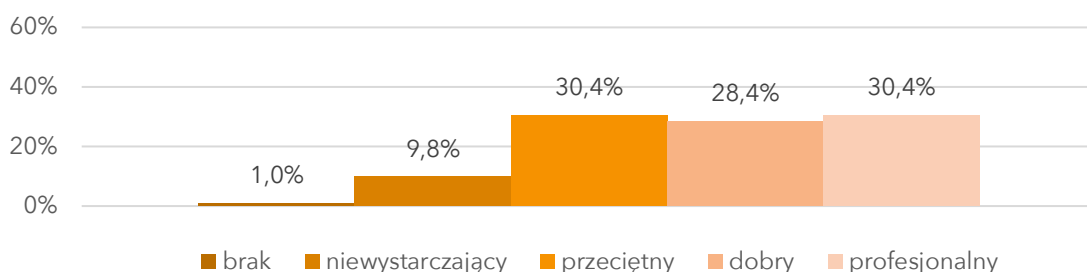
Rys. 4.52. Sposób omówienia przez lekarza przeprowadzonego leczenia.

Na rys. 4.53. zaprezentowano przeciętną ocenę etapu wizyty przez tajemniczego pacjenta obejmującą sposób prowadzenia rozmowy przez lekarza dentystę o konieczności wykonania zabiegów higienizacji. Wyniki obserwacji uczestniczących wskazują, że pacjenci pierwszorazowi oceniają poziom rozmowy na ten temat z lekarzem jako dobry lub profesjonalny tylko w 8,8% badanych przypadków. Tymczasem w trakcie trwania prawie co piątej wizyty, lekarz nie tylko nie rekomenduje wykonania higienizacji w tym określonym gabinecie, ale nawet nie poruszył z pacjentem tego tematu. W ponad połowie wszystkich wizyt (56,9%) lekarz wprawdzie wspomina o higienizacji, ale robi to w mało skuteczny sposób, oceniany jako niewystarczający. Wszystko to sprawia, że 75,5% pacjentów z pewnością nie skorzysta z zabiegów w gabinecie higieny, ponieważ nie otrzymali od lekarza dentysty, chociażby przeciętnego wskazania.



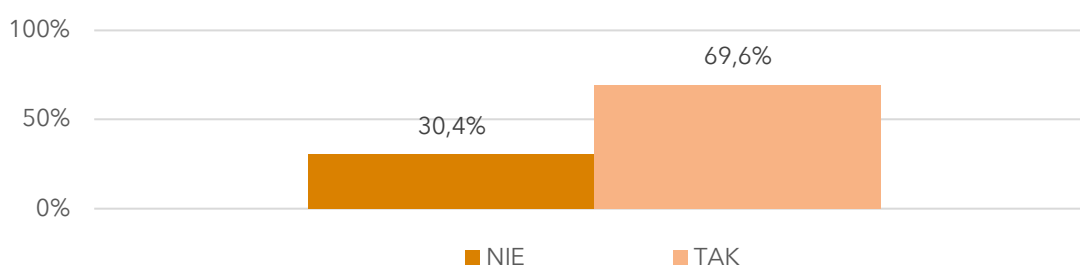
Rys. 4.53. Sposób poprowadzenia przez lekarza rozmowy z pacjentem na temat konieczności wykonania zabiegu higienizacji.

Czwarty obszar badany podczas wizyt tajemniczego pacjenta dotyczy zakończenia wizyty, rozliczenia płatności za nią i umówienia terminu kolejnej. Po zrealizowanym leczeniu pacjent kierowany jest do rejestracji, w której opłaca wykonane zabiegi. Ocena tego obszaru obejmuje: sposób, w jaki pacjent jest witany ponownie w rejestracji po zakończeniu zabiegu, na ile sprawnie realizowana jest płatność, czy rejestrator posiada informacje dotyczące składowych ceny do zapłaty, ustalenie formy realizowanej płatności oraz sposób, w jaki zostaje pożegnany podczas wychodzenia z placówki. Na przyznane oceny o wartości poniżej przeciętnej wpływa również sytuacja, w której pacjent nie zostaje poinformowany przez lekarza o koszcie zabiegu przed jego wykonaniem. Generuje to możliwe niezadowolenia pacjenta w następstwie rozbieżności kwoty do zapłaty za leczenie. Rozkład ocen dla tego etapu przedstawiono na rys. 4.54.



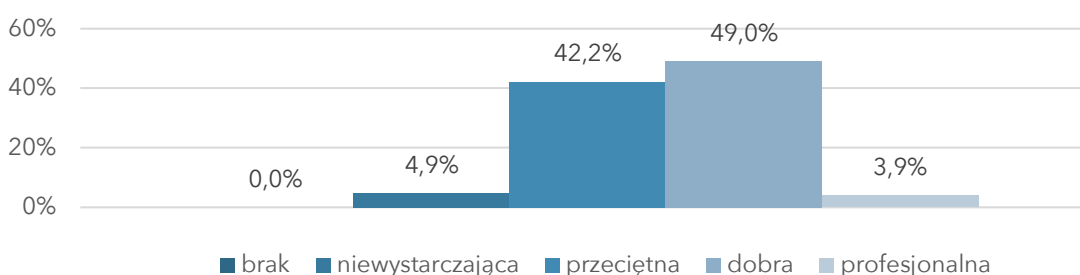
Rys. 4.54. Sposób, w jaki rejestrator wykonał końcowe formalności i pożegnał pacjenta.

Każdy z powyższych etapów podczas zakończenia wizyty jest istotny i wpływa na satysfakcję pacjenta. Jednak w tym obszarze kluczowe dla zarządzającego jest to, czy rejestrator umówił z pacjentem termin kolejnej wizyty. Zgodnie z wynikami badań przedstawionych na rys. 4.55. aż 30,4% wizyt pacjentów pierwszorazowych zakończonych zostaje bez umówionego terminu kolejnej wizyty, ponieważ im tego nie zaproponowano. W części gabinetów termin kolejnej wizyty ustala z pacjentem lekarz, jednak w każdym przypadku rolą rejestratora po rozliczeniu zabiegu jest zaproponowanie pacjentowi terminu wizyty lub potwierdzenie, że został on już ustalony z lekarzem. Z badań wynika, że etap, który powinien być jedynie formalnością, w 3 przypadkach na 10 jest całkowicie pomijany, co wpływa na odsetek pacjentów pierwszorazowych kontynuujących leczenie.



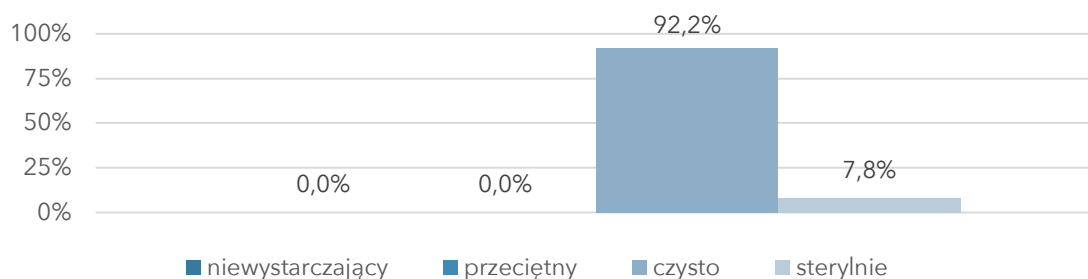
Rys. 4.55. Zaproponowanie pacjentowi umówienia terminu kolejnej wizyty.

Piąty z obszarów ocenianych podczas wizyt tajemniczego pacjenta dotyczy czynników, które otaczały pacjenta podczas przebiegu wizyty. Na rys. 4.56. przedstawiono rozkład ocen wyglądu zewnętrznego lokalu, oznakowania placówki ułatwiającego odnalezienie lokalu oraz estetyki wyposażenia wnętrza. Ocena dotyczyła również otoczenia pacjenta i potwierdziła wysoki poziom estetyki wyposażenia w badanych gabinetach. W tym przypadku ocena „przeciętna” oraz „dobra” oznaczają zapewnienie poziomu estetyki, na poziomie którego oczekuje pacjent. Ocena uwzględnia również niezachowanie odpowiedniej czystości w przestrzeniach wspólnych obiektu lub w toaletach, co wpływa na ocenę estetyki całej placówki. Fakt, że w placówkach było czysto, potwierdzono podczas 95,1% wizyt, podczas których przyznano oceny co najmniej przeciętne.



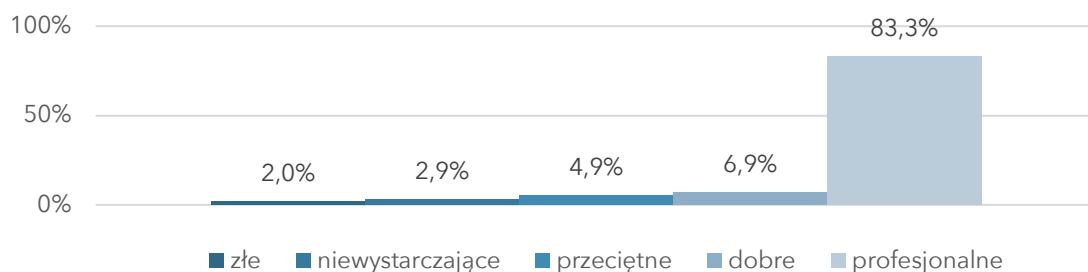
Rys. 4.56. Rozkład ocen wyglądu zewnętrznego lokalu, oznakowania placówki ułatwiającego odnalezienie lokalu oraz estetyki wyposażenia wnętrza.

Szczegółowo zbadano również stan higieny i czystości gabinetów lekarskich. Badane placówki uzyskały bardzo dobre wyniki, a w każdym z nich było czysto lub wręcz sterylnie. Wyniki tego etapu badania przedstawiono na rys. 4.57.



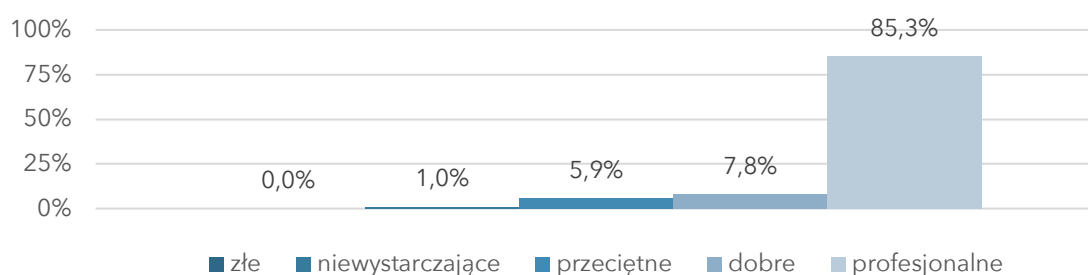
Rys. 4.57. Rozkład ocen stanu czystości gabinetów.

Podczas badania sprawdzano również wrażenia wizualne dotyczące członków zespołu stomatologicznego: rejestratora, asystenta oraz lekarza dentystę. Oceniano strój i wygląd rejestratorów, czystość obuwia oraz założonych dodatków. Oceny są w przeważającej większości zgodne z oczekiwaniami pacjentów, dobre, a nawet w pełni profesjonalne. Złe wrażenie lub niewystarczający wygląd dotyczy 4,9% rejestratorów w badanych gabinetach, co przedstawiono na rys. 4.58.



Rys. 4.58. Rozkład ocen wrażenia wizualnego rejestratora.

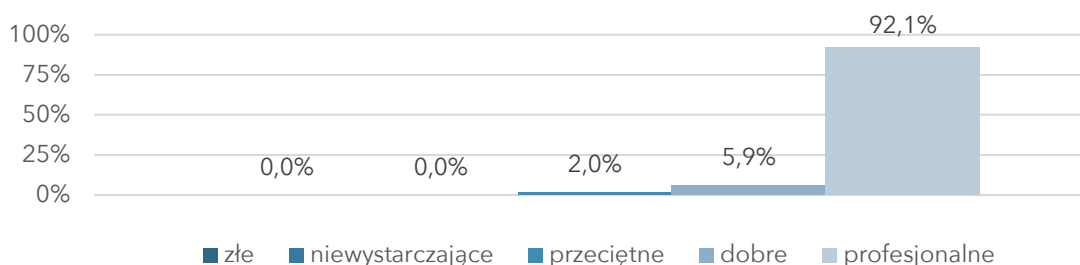
Podobne oceny wrażenia wizualnego otrzymali asystenci stomatologiczni. W zaledwie 1,0% przypadków wygląd badanych asystentów jest oceniony jako niewystarczający. Żaden z asystentów nie reprezentował złych wrażeń wizualnych. Zebrane podczas badania oceny przedstawiono na rys. 4.59.



Rys. 4.59. Rozkład ocen wrażenia wizualnego asystenta.

Wśród ocen wrażeń wizualnych lekarzy dentystów nie występują takie, które mogłyby wskazywać na błędy czy niedociągnięcia w tym obszarze. Wszyscy lekarze podczas wizyt w trakcie wykonywanych badań, ubrani byli w stroje medyczne i zdecydowana większość z nich prezentowała wysoki profesjonalizm w tym zakresie. Wyniki tego etapu badania zaprezentowano na rys. 4.60. Wszystkie badane grupy charakteryzuje

w tym zakresie troska o wizerunek, która jest realizowana na poziomie spełniającym oczekiwania pacjentów.



Rys. 4.60. Rozkład ocen wrażenia wizualnego lekarza dentysty.

Błędy i zaniedbania popełniane w trakcie obsługi pacjentów pierwszorazowych, które zidentyfikowano za pomocą przeprowadzonych badań terenowych, sprawiają, że dla części z tych osób pierwsza wizyta w danym gabinecie jest ostatnią. Istnieje prawdopodobieństwo, że będąc niezadowoleni, nie będą kontynuowali leczenia w tej placówce i będą dzielić się swoją negatywną opinią z innymi. Podczas badania zaobserwowano, że członkowie zespołów stomatologicznych, pomimo iż profesjonalnie wykonują swoje zadania, jednakże niejednokrotnie zapominają, że pacjent pierwszorazowy przebywa w danej placówce właśnie po raz pierwszy. To oznacza, że nie zna rozkładu pomieszczeń, zwyczajów i procedur w niej obowiązujących, a te różnią się pomiędzy placówkami. Koncentracja wyłącznie na poprawnej obsłudze zgłoszenia stawia komfort pacjenta na drugim planie. Z badań wyłania się również inna ważna obserwacja wskazująca na to, że brak komunikacji z pacjentem w zakresie pozostałych występujących u niego problemów stomatologicznych, innych niż pierwotny cel wizyty, ogranicza możliwość jego pełnego wyleczenia. W konsekwencji powoduje to leczenie jedynie w zakresie interwencyjnym zamiast kompleksowego.

Analiza przebiegu badania może budzić pytania o zasadność stosowania takiego poziomu szczegółowości i wnikliwości podczas wizyt. Wątpliwość może stanowić to, czy przeciętny pacjent stomatologiczny rzeczywiście dostrzega i ocenia w podobny sposób wszystkie elementy podlegające badaniu. Nawet, jeżeli pacjent nie potrafi w jednoznaczny sposób sprecyzować swoich oczekiwań, to jednak na poziomie odczuć w nieświadomy sposób wychwytuje różnice, które sprawiają, że obsługa w jednym gabinecie bardziej mu odpowiada. Z pozoru są to niuanse, ale pomimo, że pacjent może nie dysponować aparatem pojęciowym, który pozwoliłby mu przeprowadzić szczegółową analizę i nazwać te zjawiska, to z pewnością jest w stanie odczytywać sygnały werbalne i pozawerbalne oraz adekwatnie na nie reagować.

5 Rekomendowany, zintegrowany model zarządzania gabinetem stomatologicznym

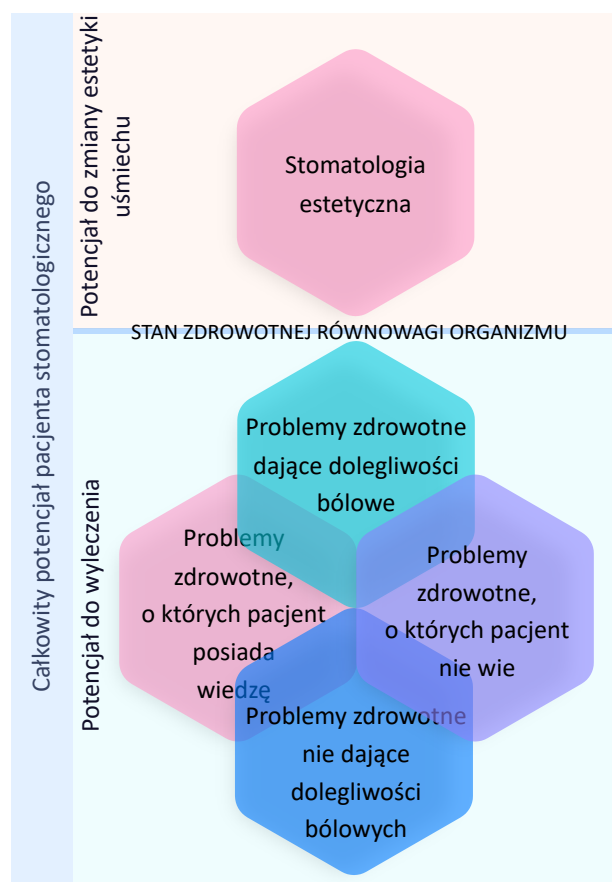
5.1 Założenia zintegrowanego modelu zarządzania

Uwzględniając przedstawioną w pierwszym rozdziale bieżącą sytuację stanu zdrowia jamy ustnej analizowanego, dorosłego Polaka, możliwe jest przyjęcie założenia, że każdy pacjent stomatologiczny w Polsce posiada zakres dolegliwości wymagających leczenia szerszy, niż pierwotna potrzeba, której dotyczy jego bieżący kontakt z lekarzem dentystą. Niepodejmowanie leczenia jest pochodną jego niewiedzy o swoim stanie zdrowia lub niewystarczającego zrozumienia i w efekcie lekceważenia możliwych konsekwencji zaniedbania. Jest również następstwem występowania popularnego na rynku modelu liniowego zarządzania gabinetem, w którym leczenie i obsługa skoncentrowane są wokół zgłoszonej przez pacjenta dolegliwości. Realizowanie leczenia w trybie interwencyjnym sprawia, że pacjent jest leczony objawowo i nie ma pełnej informacji o rzeczywistym stanie zdrowia swojej jamy ustnej. Z tego powodu jest narażony na możliwe powikłania w przyszłości zmniejszające szansę na utrzymanie własnych zębów do końca życia. Lekarze dentyści z gabinetów podlegających badaniu parametrów funkcjonowania w przeprowadzonych rozmowach zgodnie twierdzą, że ich zdaniem łatwiej jest im realizować leczenie tylko w zakresie, z którym pacjent sam zgłosił się do gabinetu, ponieważ nie wymaga to od nich prowadzenia dodatkowej komunikacji z pacjentem i co ważniejsze, pozwala unikać sytuacji, w których mogliby zostać posądzeni o prowadzenie sprzedaży usług medycznych. Tymczasem stawianie zdrowia pacjenta w centrum uwagi nie jest sprzedażą, a proponowanie rozwiązań, które prowadzą do jego wyleczenia, jest wyłącznie działaniem nastawionym na poprawę komfortu życia pacjenta i zapobieganiem dalszemu rozwojowi choroby oraz ewentualnym powikłaniom.

Na podstawie powyższych założeń oraz obserwacji własnych, zbudowano model zintegrowany różniący się od modelu liniowego. Zakłada on, że każdy pacjent zgłaszający się do gabinetu powinien być poinformowany przez lekarza dentystę o wszystkich występujących u niego problemach stomatologicznych, a nadrzędnym celem zespołu jest doprowadzenie do pełnego wyleczenia pacjenta zamiast jedynie leczenia interwencyjnego obejmującego pojedyncze dolegliwości. Konieczne jest zatem doprowadzenie do sytuacji, w której lekarz dentysta ma możliwość przeprowadzenia z pacjentem rozmowy, podczas której omówi stan zdrowia jego jamy ustnej, przedstawi możliwe do zastosowania rozwiązania medyczne prowadzące do wyleczenia oraz wyjaśni konsekwencje zaniechań.

W dysertacji wprowadzono pojęcie całkowitego potencjału pacjenta stomatologicznego obejmujące dwa składowe obszary potencjałów. Pierwszy z nich dotyczy potencjału do wyleczenia rozumianego jako suma wszystkich zabiegów wymaganych, nazywanych też niezbędnymi lub koniecznymi, do przywrócenia zdrowotnej równowagi organizmu w zakresie wyleczenia występujących u pacjenta problemów zdrowotnych zębów i przyzębia. Składają się na niego problemy, których pacjent nie jest świadomy, o których ma wiedzę, dające dolegliwości bólowe oraz pozostające bezobjawowe. Drugi obszar obejmuje potencjał do zmiany estetyki uśmiechu będący sumą opcjonalnych zabiegów spoza

zaleceń zdrowotnych, możliwych do wykonania po wyleczeniu pacjenta i osiągnięciu zdrowotnej równowagi jamy ustnej, prowadzących do uzyskania oczekiwanego przez niego wyglądu swojego uśmiechu. Omawiane potencjały przedstawiono na rys. 5.1.



Rys. 5.1. Potencjały pacjenta stomatologicznego.

W ujęciu ekonomicznym możliwe jest przedstawienie wartości omawianych potencjałów pacjenta stomatologicznego w ujęciu kwotowym. Wartość potencjału do wyleczenia pacjenta stanowi sumę wartości wszystkich zabiegów wymaganych do przywrócenia zdrowotnej równowagi jego organizmu. Do jego obliczenia wykorzystywany jest wzór 16.

$$PdW = \sum_{p=1}^P (zw_p) \quad (16)$$

gdzie:

PdW – wartość potencjału do wyleczenia pacjenta

zw_p – wartość zabiegu wymaganego p

P – liczba zabiegów

Możliwe jest precyzyjne oszacowanie wartości potencjału do wyleczenia pacjenta na podstawie diagnozy wykonanej podczas kompleksowego badania stanu jamy ustnej. Jednak obliczenie wartości potencjału do zmiany estetyki uśmiechu możliwe jest dopiero

po sprecyzowaniu przez pacjenta jego oczekiwań dotyczących wyglądu projektowanego uśmiechu. Wartość tego potencjału stanowi sumę wartości wszystkich zabiegów opcjonalnych, których wykonanie prowadzi do uzyskania efektu oczekiwanego przez pacjenta. Jego obliczenie jest możliwe z użyciem wzoru 17.

$$PdE = \sum_{p=1}^P (zo_p) \quad (17)$$

gdzie:

PdE – wartość potencjału do zmiany estetyki uśmiechu pacjenta

zo_p – wartość zabiegu opcjonalnego p

P – liczba zabiegów

Całkowity potencjał pacjenta stomatologicznego (PP) może zostać obliczony z wykorzystaniem wzoru 18 i być wyrażony kwotą stanowiącą sumę łącznej wartości wykonania wszystkich zabiegów wymaganych (PdW) i łącznej wartości wykonania wszystkich zabiegów opcjonalnych (PdE) prowadzących do uzyskania efektu oczekiwanego przez pacjenta.

$$PP = PdW + PdE \quad (18)$$

gdzie:

PP – wartość całkowitego potencjału pacjenta

PdW – wartość potencjału do wyleczenia pacjenta

PdE – wartość potencjału do zmiany estetyki uśmiechu pacjenta

W rozważaniach nad proponowanym modelem zintegrowanym poruszano się wyłącznie w obszarze potencjału do wyleczenia pacjenta obejmującym jedynie zabiegi konieczne do przywrócenia stanu zdrowotnej równowagi jamy ustnej. Znając liczbę pacjentów pierwszorazowych, u których wykonano kompleksowe badanie w danym okresie, możliwe jest oszacowanie za pomocą wzoru 19 łącznej potencjalnej wartości przychodów z zabiegów prowadzących do wyleczenia tych pacjentów, do której gabinet ma dostęp i wyrażenie jej kwotą.

$$YPdW_m = \sum_{b=1}^B (PdW_{bm}) \quad (19)$$

gdzie:

$YPdW_m$ – potencjalna wartość przychodów w danym miesiącu

PdW_{mb} – wartość potencjału do wyleczenia pacjenta w danym miesiącu

B – liczba badań wykonanych u pacjentów pierwszorazowych

Podstawowe założenia dotyczące możliwości wdrożenia w placówce zintegrowanego modelu zarządzania obejmują następujące warunki:

- a. placówka posiada co najmniej dwa unity stomatologiczne,

- b. w skład zespołu medycznego wchodzi co najmniej trzech lekarzy dentystów,
- c. placówka nie ma zakontraktowanych żadnych zabiegów w ramach współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- d. w placówce nie są realizowane zabiegi objęte pakietami zdrowotnymi firm ubezpieczeniowych,
- e. placówka nie jest oddziałem żadnej z sieci placówek medycznych (Medicover, Enel-Med, Lux-Med, Dentity, Innova Capital),
- f. w placówce wykonywane są wyłącznie komercyjne usługi medyczne.

Modelowi zintegrowanemu towarzyszy sposób działania skoncentrowany na optymalnym wykorzystaniu dostępnego potencjału do leczenia każdego pacjenta. Zakłada on, że realizacja idei niesienia pomocy chorym, nie musi wykluczać łączenia działalności medycznej z aktywnością biznesową i sprzedażą usług medycznych. Na potrzeby niniejszej rozprawy i z uwagi na dyscyplinę naukową, którą obejmuje temat pracy, w modelu zintegrowanym skupiono się na aspekcie ekonomicznym i procesach zarządczych, jednakże pozostawiono dobro pacjenta w centrum zainteresowania. Podczas opracowania modelu zintegrowanego uwzględniono wymogi Kodeksu Etyki Lekarzy Dentystów wykonujących zawód w Unii Europejskiej [81] i zaproponowano wyłącznie etyczne działania, które:

- a. obejmują tylko zabiegi konieczne do przywrócenia zdrowia jamy ustnej pacjenta i wykluczają kreowanie nieistniejących problemów medycznych,
- b. prowadzą do efektywniejszego wykorzystania posiadanych zasobów gabinetu,
- c. podnoszą poziom jakości obsługi pacjenta i zwiększają dostęp do usług medycznych,
- d. nie obejmują namawiania, przymuszania pacjenta do podejmowania określonych działań i stosowania technik manipulacji w komunikacji,
- e. wspierają edukację pacjenta i budowanie jego świadomości w zakresie istotności pełnego wyleczenia oraz motywację do kontynuacji leczenia i utrzymania zdrowej jamy ustnej,
- f. powodują wzrost przychodów i rentowności gabinetu przy utrzymaniu dotychczasowych cen zabiegów.

Ponieważ w gabinecie stomatologicznym nie występują procesy oderwane od pozostałych, istotna jest integracja zarządzania nimi, która sprawia, że pozornie rozdzielne czynności stają się zespolonym działaniem, w którym jedne wynikają z drugich i zwrotnie od nich zależą. Model zintegrowany uwzględnia rolę czynników pozamedycznych, które przenikając procesy z różnych obszarów, wpływają na obsługę i pozyskiwanie pacjenta. Jednocześnie prowadzą do tworzenia warunków, w których możliwe jest efektywne wykorzystanie posiadanych przez gabinet zasobów i potencjału medycznego członków zespołu oraz rozwój ich umiejętności. Rekomendacje związane z wprowadzeniem modelu zintegrowanego zarządzania obsługą pacjenta mają na celu:

- a. realizowanie świadomego zarządzania czynnikami technicznymi funkcjonowania gabinetu,
- b. sterowanie ścieżką przepływu pacjenta pomiędzy specjalistami w gabinecie,
- c. zbudowanie i rozwój efektywnego zespołu medycznego,
- d. wdrożenie profesjonalnych standardów obsługi pacjenta,

- e. wzrost specjalizacji lekarzy dentystów i podział zadań pomiędzy członkami zespołu,
- f. pełniejsze wykorzystanie dostępnego potencjału medycznego zespołu,
- g. uświadomienie wpływu jakości komunikacji lekarza z pacjentem na jego decyzje dotyczące leczenia.

W następstwie podejmowanych działań zbudowana zostaje świadomość medyczna pacjenta i gotowość do zastosowania rozwiązań prowadzących do jego pełnego wyleczenia. Pacjent, który rozumie konsekwencje zaprzestania leczenia oraz przyczyny i następstwa rozwoju chorób przyzębia, w tym ich negatywne oddziaływanie na cały organizm, staje się bardziej otwarty na rozpoczęcie leczenia i co ważniejsze, na stosowanie profilaktyki. W tabeli 5.1. przedstawiono kluczowe różnice w obszarach zarządzania pomiędzy modelem liniowym i zintegrowanym.

Tabela 5.1. Zestawienie kluczowych różnic pomiędzy modelem liniowym a modelem zintegrowanym.

Model liniowy	Model zintegrowany
Zakres realizowanego leczenia	
Leczenie interwencyjne i objawowe.	Kompleksowe wyleczenie.
Dominujące źródło pozyskiwania pacjentów pierwszorazowych	
Z ogłoszeń, reklam, serwisów internetowych	Z rekomendacji i poleceń wykonywanych przez dotychczasowych pacjentów.
Struktura zespołu i podział obowiązków	
Wielozadaniowość asystentów, którzy wykonują również obowiązki rejestratorów i higienistów	Podział ról zawodowych i specjalizacji pomiędzy różne stanowiska w zespole. Oddzielne funkcje: rejestrator, asystent i higienista.
Obsługa pacjentów pierwszorazowych i kierowanie ścieżką przepływu pacjentów	
Kierowanie pacjenta bezpośrednio na leczenie do dostępnego lekarza. Leczenie przez jednego lekarza.	Wizyta u lekarza wprowadzającego, dedykowanego do obsługi pacjentów pierwszorazowych, rozpoczynająca się od kompleksowego badania lub rekomendacji wykonania takiego badania i przedstawieniu kompleksowego planu leczenia. Leczenie przez zespół lekarzy specjalistów.
Kompleksowe badanie stanu zdrowia	
Wykonywane tylko pacjentom, którzy sami zgłosili się na badanie.	Kierowanie na badanie wszystkich pacjentów pierwszorazowych oraz proponowanie badania pacjentom, którzy są klientami gabinetu, realizują nieregularne leczenie i od ponad 2 lat nie mieli wykonanego badania.
Zabiegi higienizacji	
Brak rekomendacji pacjentom zabiegów higienizacji. Zabiegi wykonywane jako usługi dodatkowe.	Rekomendacja udzielana każdemu pacjentowi pierwszorazowemu. Wyodrębnienie gabinetu higieny.
Źródła finansowania leczenia pacjentów	
Pacjenci komercyjni oraz z Narodowego Funduszu Zdrowia i krajowych pakietów ubezpieczeniowych.	Wyłącznie pacjenci komercyjni oraz zagraniczne pakiety ubezpieczeniowe.
Komunikacja zespołu z pacjentem i zakres leczenia	
Wyłącznie w zakresie realizacji leczenia problemu, z którym zgłosił się pacjent.	Budowanie świadomości stanu zdrowia i motywacji do pełnego wyleczenia na wszystkich eta-

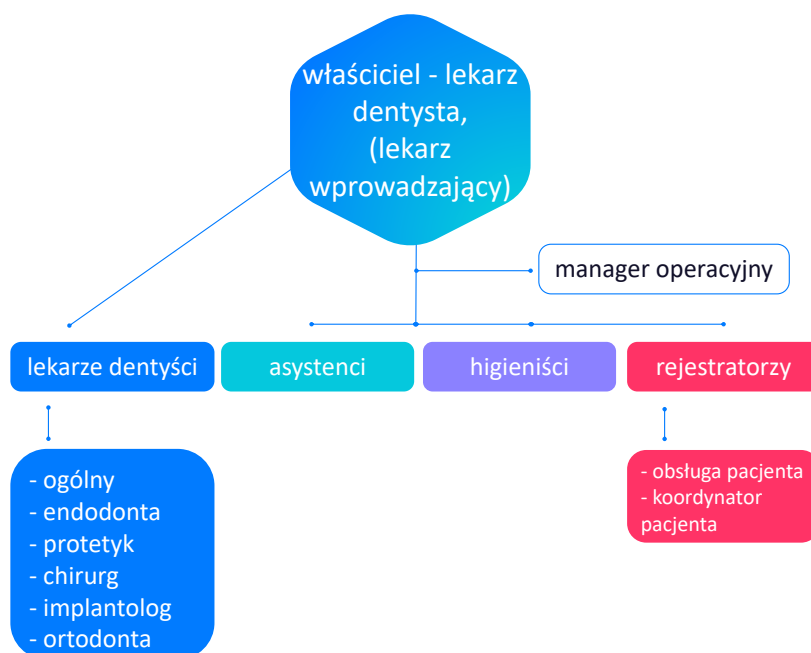
	pach wizyty, prowadzące do wykonania najszerszego zakresu zabiegów wykonywanych podczas jednej wizyty.
Wypełnienie roli edukacyjnej	
Wyłącznie w zakresie wymaganym prawem.	Przekazywanie pacjentom kompleksowej informacji zdrowotnej, z obszaru profilaktyki prozdrowotnej oraz wyjaśnienie wpływu zaniedbań w zakresie utrzymania higieny jamy ustnej na zdrowie całego organizmu.
Standardy obsługi pacjenta	
W zakresie realizacji podstawowych procedur i ustaleń.	Pacjent, jego komfort i dobrostan są w centrum zainteresowania wszystkich członków zespołu.
Miejsce, w którym przebywa pacjent podczas rozmowy wstępnej z lekarzem, przedstawiania wyników badań, proponowania dedykowanego leczenia oraz omawiania wykonanych zabiegów.	
Unit stomatologiczny.	Przy biurku.
Informowanie pacjenta o cenie zabiegu przed jego rozpoczęciem	
Brak standardu.	Podczas każdej wizyty.
Stosowane metody rekrutacji nowych osób	
Metoda intuicyjna, brak wdrożenia do pracy na stanowisku.	Metoda STAR, dedykowany opiekun wdrożenia.
Zakres szkoleń pozamedycznych	
Szkolenie skoncentrowane na poprawnej realizacji procedur.	Szkolenia z kompetencji interpersonalnych i standardów profesjonalnej obsługi pacjenta.
Metoda ustalania cen zabiegów i usług	
Poziom cen jest skopiowany od konkurencji.	Poziom cen będący wynikiem analiz, ustalony w oparciu o metodę kosztową, dostępne zasoby i oczekiwaną rentowność.

Wybór określonego modelu zarządzania jest następstwem decyzji podjętych przez zarządzającego, które dotyczą zakresu realizowanego w jednostce leczenia i wynikających z tego następstw, przejawiających się na przykład w sposobach pozyskiwania nowych pacjentów. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że zakres leczenia w modelu liniowym częściej skupiony jest wokół leczenia interwencyjnego i objawowego, a liczba pacjentów pochodzących z rekomendacji jest niewielka, ponieważ nie nawiązują oni relacji z lekarzem, nie budują trwałej więzi z gabinetem i nie polecają go znajomym. W modelu tym lekarze dentyści wykonują podobną w czasie strukturę zabiegów, które dotyczą uśmierzania bólu, ekstrakcji i zaleczania problemów, rzadziej wykonują złożone, wieloetapowe leczenie, które wymaga zaangażowania i wiedzy z różnych obszarów stomatologii. Ponieważ zakres wykonywanych zabiegów ograniczony jest do prostszych, łatwiejszych, mniej specjalistycznych i tańszych, przekłada się to w konsekwencji na łączną wartość realizowanego leczenia. Z tego powodu gabinety działające w takim modelu chcąc utrzymać pozycję rynkową muszą działać w oparciu o ceny zabiegów wyższe niż u konkurencji. Ich pacjenci godzą się na nie w zamian za krótsze terminy oczekiwania na wizytę.

Tymczasem model wielospecjalistyczny skupiony jest przede wszystkim wokół budowania długotrwałej relacji pacjenta z gabinetem. Celem nadrzędnym jest kompleksowe prowadzenie pacjenta, szczególnie pierwszorazowego w sposób, który zmotywuje go do odejścia od stosowanego dotychczas, rozłożonego w czasie leczenia „od przypadku do

przypadku” i zamiany go na pełne wyleczenia zdrowia jamy ustnej w ramach jednego kompleksowego planu. Dzięki temu możliwe jest przeprowadzenie leczenia w szerszym zakresie niż pierwotnie zgłoszony przez pacjenta. Model zakłada wykorzystanie umiejętności zbudowania przez lekarza dentystę motywacji pacjenta do leczenia i koordynowanie przebiegu procesu przywrócenia zdrowia jamy ustnej. Pozyskiwanie nowych pacjentów jest realizowane głównie na podstawie rekomendacji od pacjentów, w mniejszym stopniu jest następstwem podejmowanych działań marketingowych i korzystania z odpłatnych usług zewnętrznych.

W skład modelu zintegrowanego wielospecjalistycznego zespołu stomatologicznego wchodzi lekarze dentyści specjalizujący się w stomatologii: ogólnej, zachowawczej, endodoncji, protetyce, chirurgii, implantologii oraz higienie i asystenci stomatologiczni. W ramach opracowania zastosowano uproszczoną nazwę „lekarz specjalista”. Dopuszczalna jest sytuacja, w której lekarz dentysta specjalizuje się w kilku dziedzinach stomatologii i wykonuje leczenie z różnych jej obszarów. Członkowie zespołu współpracujący w ramach wielostanowiskowego gabinetu umożliwiają pacjentowi kompleksowe leczenie biologiczne oraz w kolejnym kroku, również zmianę estetyki uśmiechu. Strukturę zespołu w tym modelu przedstawiono na rys. 5.2. Zintegrowany model zakłada udział w zespole również wyspecjalizowanych stanowisk dedykowanych do poszczególnych etapów obsługi pacjentów, do których należą rejestratorzy stomatologiczni, koordynator pacjenta oraz manager operacyjny skoncentrowany na zapewnieniu technicznej ciągłości funkcjonowania gabinetu. Procesami zarządczymi w tym modelu kieruje właściciel gabinetu, który najczęściej jest jednocześnie głównym lekarzem dentystą lub partnerem życiowym bądź partnerem biznesowym lekarza dentysty pełniącego w zespole rolę lekarza wprowadzającego.



Rys. 5.2. Struktura medycznego zintegrowanego zespołu wielospecjalistycznego w gabinecie stomatologicznym.

Lekarzy dentystów cechuje różny poziom posiadanych kompetencji interpersonalnych. Występują pomiędzy nimi różnice w sposobie prowadzenia rozmów i tworzeniu w głowie pacjenta wizji możliwego do uzyskania końcowego efektu leczenia, zarówno zdrowotnego, jak i estetycznego. Pierwszym lekarzem wprowadzającym powinien zostać właściciel gabinetu, który jest najbardziej zaangażowany w proces, nastawiony na jego skuteczną realizację i zmotywowany. Jeżeli liczba pacjentów pierwszorazowych będzie tego wymagać, w zespole zostaje wskazany kolejny lekarz wprowadzający. Rola ta powinna zostać nadana osobie o najszerzych kompetencjach interpersonalnych. Lekarz wprowadzający wykonuje kompleksowe badania stanu zdrowia jamy ustnej i odbywa z pacjentami rozmowy, których celem jest uruchomienie mechanizmów motywujących ich do podjęcia, kontynuacji oraz dokończenia rozpoczętego leczenia. Z uwagi na posiadaną przez niego zdolność prowadzenia rozmowy z pacjentem, jego najważniejszym zadaniem jest przyjmowanie pacjentów pierwszorazowych oraz pacjentów z dużym potencjałem do leczenia, którzy dotychczas nie podjęli się przywrócenia pełnego zdrowia jamy ustnej. Lekarz wprowadzający przygotowuje, przedstawia i szczegółowo omawia pacjentowi kompleksowy plan leczenia. Podczas jego tworzenia planuje przebieg leczenia oraz kolejność wizyt pacjenta u różnych lekarzy specjalistów i jeżeli jest to wymagane, przeprowadza z nimi konsultacje merytoryczne. Przewiduje etapy leczenia wymagane do pełnego przywrócenia zdrowia jamy ustnej lub osiągnięcia zakładanej estetyki uśmiechu. To postawa, którą prezentuje lekarz, buduje w pacjencie poczucie jego autorytetu, potwierdza profesjonalizm i powoduje podążanie za zaleceniami medycznymi oraz otrzymanymi wskazówkami. Wpływa na wyższą akceptowalność przedkładanych pacjentowi rozwiązań medycznych oraz wzrost jego zaangażowania w proces leczenia. W modelu zintegrowanym każdy pacjent pierwszorazowy kierowany jest przez lekarza wprowadzającego na zabieg higienizacji, celem ograniczenia ryzyka niezdiagnozowania istniejącego problemu stomatologicznego z powodu przykrycia go osadem lub kamieniem nazębnym.

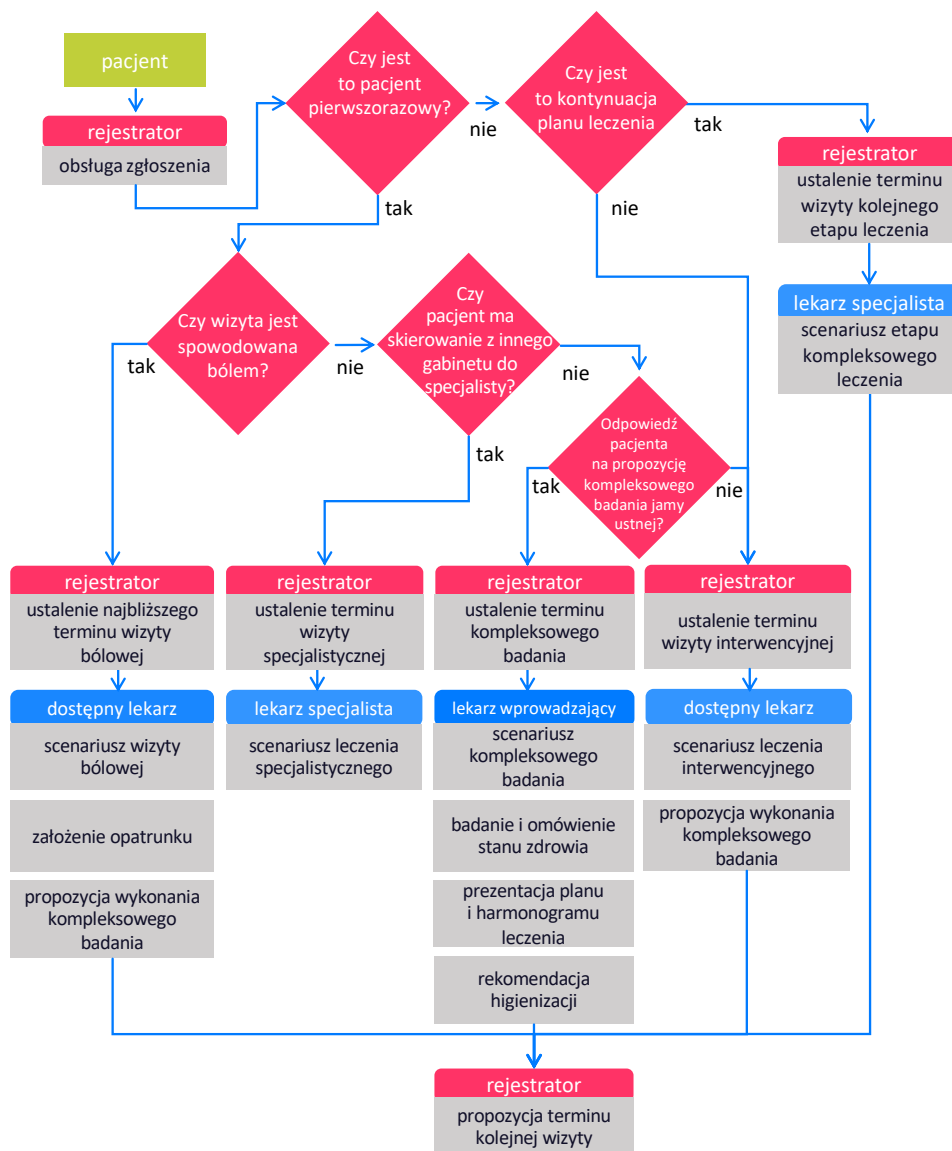
W modelu liniowym pracownicy nie mają przydzielonych stałych, określonych specjalizacji tylko pracują w trybie wielozadaniowym. Asystenci pełnią jednocześnie role higienistów i zamiennie w przerwach pomiędzy zabiegami obsługują pacjentów w charakterze rejestratorów. Model zintegrowany zakłada stały podział ról na dedykowane funkcje. Zostają wydzielone osoby do pełnienia ról rejestratora, asystenta i higienisty. Istnieje możliwość wzajemnego zastępowania czy wykonywania zbieżnych zadań, ale dotyczy tylko sytuacji zastępstwa podczas urlopów lub krótkotrwałych okresów tego wymagających. Spośród rejestratorów wybrany zostaje koordynator pacjenta przypisany do obsługi pacjentów realizujących najszerze plany leczenia.

W zespole wyłonione zostaje stanowisko managera operacyjnego, który przejmuje do realizacji zadania i procesy związane z utrzymaniem ciągłości funkcjonowania gabinetu, w tym również negocjacje z dostawcami usług. Manager operacyjny zarządza pracą zespołu asystentów, rejestratorów i higienistów, ustala ich grafiki pracy, przygotowuje jakościowe i ilościowe oceny pracownicze, proponuje wysokość przyznawanych nagród finansowych, planuje szkolenia zespołu i realizuje bieżące zadania managerskie. Szczegółowy zakres zadań wykonywanych przez niego zależy od nadanej przez właściciela autonomii. Może komunikować się z lekarzami w zakresie bieżących ustaleń jednak

uzgadnianie warunków współpracy, przydzielanie zadań lekarzom i rozliczenia ich realizacji powinny pozostać w kompetencjach właściciela. Obecność managera operacyjnego w zespole ma na celu przejęcie od właściciela zadań administracyjnych i tym samym zwiększenie czasu przeznaczonego na leczenie.

Kolejny obszar różnic pomiędzy modelami dotyczy obsługi pacjenta pierwszorazowego przez rejestratora stomatologicznego i zaplanowania dla niego ścieżki przepływu w gabinecie. Jest to wybór pomiędzy bezpośrednim skierowaniem go na leczenie a umówieniem go na kompleksowe badanie, które przeprowadzone zostanie przed rozpoczęciem leczenia. Model liniowy skoncentrowany jest głównie na leczeniu i obsłudze pacjenta w zakresie, z którym zgłosił się do gabinetu, więc rejestrator umawia go bezpośrednio na leczenie. Pacjent realizuje wyłącznie niezbędne leczenie w jego ocenie, co sprawia, że po zakończonej wizycie pozostaje nieaktywny do czasu wystąpienia kolejnej dolegliwości bólowej. Istnieje prawdopodobieństwo, że w przyszłości zgłosi się do tego samego gabinetu, ale może też wybrać inną placówkę, ponownie kierując się kryterium najkrótszego dostępnego terminu wizyty.

Dobór do potrzeb pacjenta ścieżki przepływu w gabinecie w zintegrowanym modelu zarządzania zespołem wielospecjalistycznym przedstawiono na rys. 5.3.



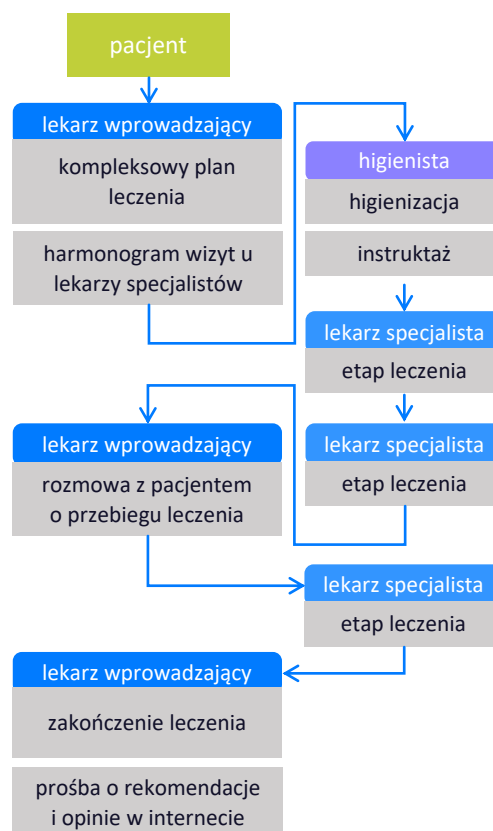
Rys. 5.3. Schemat ustalania ścieżki przepływu pacjenta w gabinecie w modelu zintegrowanym.

Schemat ścieżki przepływu zakłada prowadzenie procesu leczenia z pełnym wykorzystaniem dostępnego potencjału medycznego zespołu i jest oparty na pięciu bazowych scenariuszach wizyt w gabinecie lekarskim. Pierwszy dotyczący wizyty bólowej pacjenta, który dotychczas nie leczył się w tym gabinecie. Ponieważ wizyta ta jest realizowana w trybie awaryjnym, podczas jej trwania nie jest wykonywane leczenie. Obejmuje założenie przez dentystę niezbędnego opatrunku niwelującego ból odczuwany przez pacjenta i zaproponowanie pacjentowi wykonania kompleksowego badania stanu jamy ustnej oraz umówienie wizyty, podczas której zostanie rozpoczęte leczenie.

Drugi nazywany scenariuszem leczenia specjalistycznego dotyczy sytuacji, w której pacjent jest leczony w innej placówce i zostaje skierowany do określonego specjalisty w tym gabinecie celem wykonania etapu leczenia specjalistycznego. Po jego zakończeniu pacjent kontynuuje leczenie w gabinecie, z którego został przysłany, więc z powodów etyki biznesowej takiemu pacjentowi nie jest proponowana kolejna wizyta. Trzeci scenariusz dotyczy przebiegu wizyty, podczas której wykonane jest kompleksowe badanie

stanu zdrowia jamy ustnej. Scenariusz ten został szczegółowo przedstawiony w podrozdziale 5.3. Czwarty scenariusz dotyczy leczenia interwencyjnego, które obejmuje zabiegi wykonywane poza kompleksowym planem leczenia. Dotyczą jednego lub kilku z wielu problemów stomatologicznych u nowych pacjentów, którzy nie chcą skorzystać z kompleksowego badania oraz pacjentów korzystających już z leczenia w tym gabinecie, którzy jednak nie realizują kompleksowego planu leczenia tylko wybrane etapy leczenia, o których sami decydują. Ostatni scenariusz dotyczy przebiegu etapów leczenia realizowanych w ramach kompleksowego leczenia. Jego przebieg jest podobny do scenariusza leczenia interwencyjnego, z tym, że na koniec wizyty lekarz nie rekomenduje wykonania kompleksowego badania.

Zgodnie z prezentowanym modelem zintegrowanego zespołu wielospecjalistycznego, leczenie pacjenta jest zaplanowanym ciągiem następujących po sobie zabiegów, realizowanych podczas kolejnych etapów wykonywanych przez lekarzy dentystów będących specjalistami z danego zakresu leczenia. Przebieg tych etapów przedstawiono na rys. 5.4. Inaczej niż ma to miejsce w modelu liniowym, pacjent nie jest leczony przez jednego lekarza, ale przez kilku lekarzy, a wizyty umawiane są do posiadających najszerszą wiedzę i doświadczenie w wybranej dziedzinie. Przypisywanie etapów leczenia różnym lekarzom pozwala im skoncentrować się na swojej specjalizacji, dzięki czemu mogą rozwijać swoje umiejętności do poziomu eksperckiego. Powoduje to stopniowe skracanie czasu wykonywania specjalistycznych zabiegów. Podział wykonywanych zabiegów pomiędzy różnych lekarzy specjalistów w zespole medycznym wpływa na skuteczność jego funkcjonowania oraz możliwość dwustronnego korzystania z dostępnych potencjałów. Z jednej strony pacjenci zyskują dostęp do specjalistów, z drugiej zaś lekarze zyskują bezpośredni dostęp do pacjentów już zdecydowanych na określony zabieg, w którym się specjalizują. Dzieje się tak, ponieważ etap szczegółowej komunikacji z pacjentem i wyjaśniania proponowanych rozwiązań medycznych wykonuje lekarz wprowadzający, a do lekarza specjalisty trafia pacjent zdecydowany na określony zakres zabiegów.



Rys. 5.4. Ścieżka przepływu pacjenta podczas realizacji kompleksowego planu leczenia.

Dzięki takiemu modelowi pracy lekarz specjalista częściej ma możliwość praktycznego wykorzystania posiadanej wiedzy medycznej, kontynuuje rozwój umiejętności i nabywa doświadczenie zawodowe podczas wykonywania kolejnych zabiegów. Istnieje możliwość wykonywania zabiegów, które w modelu liniowym są rzadziej realizowane, takie jak na przykład implantacje. Umawianie pacjenta do różnych specjalistów w gabinecie, dobranych do kolejnych etapów leczenia i zarządzanie ścieżką przepływu pomiędzy nimi poprawia dostęp do najlepszych usług oraz pozytywnie wpływa na wzrost jego poziomu satysfakcji z leczenia. Po zakończonym etapie pacjent spotyka się z lekarzem wprowadzającym, który holistycznie prowadzi cały proces, stanowi źródło motywacji pacjenta do kontynuacji leczenia i udziela niezbędnych informacji medycznych.

W modelu liniowym finansowanie leczenia pochodzi ze środków własnych pacjentów, kontraktów zawartych przez gabinet z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) oraz krajowych umów pakietowych z ubezpieczycielami. Zakres leczenia opłacanego przez NFZ obejmuje określoną listę zabiegów, które mogą być wykonywane na zdefiniowanym zakresie zębów. Nie wszystkie zęby objęte są tym samym zakresem akceptowanych procedur medycznych. To uniemożliwia przyjęcie założenia, że możliwe jest leczenie wszystkich zębów pacjenta i tym samym dążenie do jego pełnego wyleczenia. Jako że finansowanie leczenia w modelu zintegrowanym dotyczy zabiegów wykonywanych komercyjnie w całości opłacanych przez pacjentów, nie jest ograniczone restrykcjami stosowanych procedur i może być prowadzone w pełnym zakresie. W nielicznych przypadkach finansowanie może pochodzić z zagranicznych pakietów ubezpieczeniowych, które refundują koszty leczenia w polskich gabinetach obywateli innych krajów i osób, które

do innych emigrowały. Zjawisko to związane jest z turystyką medyczną i dotyczy leczenia obcokrajowców.

Różnice pomiędzy modelami obejmują również zakres komunikacji z pacjentem. W modelu liniowym zarządzania gabinetem obserwowane jest udzielanie pacjentowi informacji tylko na zadawane przez niego pytania. Strefa oczekiwań, która nie zostaje zwerybalizowana, pozostaje poza zainteresowaniem personelu. Po zakończeniu jednego etapu leczenia brakuje zainteresowania członków zespołu umówieniem terminu kolejnej wizyty, jeżeli pacjent sam nie określi takiej potrzeby. Stosowane w tych gabinetach stomatologicznych standardy obsługi pacjentów koncentrują się na realizacji procedur i wyraźnie prezentowanych oczekiwaniach pacjentów. Pomijane są działania, które mogłyby pokazać pacjentowi troskę personelu o niego podczas całego procesu leczenia. Zespół funkcjonujący w modelu zintegrowanym komunikuje się z pacjentem nie tylko na temat bieżącego leczenia, ale również prezentuje i omawia możliwe do zastosowania rozwiązania oraz konsekwencje zaniedbań leczenia. Powyższe podejście uwzględnienia wyniki przeprowadzonego badania ankietowego, które wskazują, że komunikacja z lekarzem jest w opinii pacjentów najistotniejszym czynnikiem pozamedycznym wpływającym na jego ocenę gabinetu, a jednocześnie jej niski poziom odpowiada za jedną czwartą rezygnacji i zmianę placówki na inną. Skuteczna praca z pacjentem nie opiera się wyłącznie na procedurach medycznych, ale w istotny sposób jest zależna od posiadanych przez zespół stomatologiczny kompetencji miękkich w zakresie komunikacji.

Do zadań lekarza dentysty w modelu zintegrowanym, poza leczeniem, należy również edukowanie pacjentów w zakresie proponowanych przez niego rozwiązań medycznych, profilaktyki prozdrowotnej i wpływu niewłaściwej higieny jamy ustnej na zdrowie całego organizmu. Brak medycznego wykształcenia pacjenta sprawia, że będąc postawiony przed wyborem metody leczenia, nie może opierać się na swojej wiedzy lekarskiej, ponieważ jej nie posiada. Jednocześnie proces leczenia realizowany jest wyłącznie przy pełnej akceptacji ze strony pacjenta i to on podejmuje ostateczne decyzje o podjęciu leczenia. Oczekiwanie, że samodzielnie wybierze właściwe rozwiązanie, jest z założenia błędne. Z tego powodu istnieje potrzeba wypełnienia przez lekarza dentystę powstałej luki edukacyjnej i objaśnienie pacjentowi w zrozumiały sposób możliwych rozwiązań, a następnie przedstawienie rekomendowanych działań. Tak, aby podjęta przez pacjenta decyzja bazowała na zrozumiałych przez niego przesłankach i uwzględniała jego możliwości finansowania leczenia.

Następny obszar różnic pomiędzy modelami dotyczy liczby zabiegów wykonywanych podczas jednej wizyty. Lekarzom i zarządzającym funkcjonującym w modelu liniowym towarzyszą pozamedyczne obawy związane z zasadnością wykonywania większej liczby zabiegów podczas jednej wizyty. Proponowane w modelu zintegrowanym umawianie pacjentów na dłuższe wizyty, podczas których leczenie obejmuje kilka zębów jest z wielu powodów uzasadnione. Wpływa na poprawę efektywności działania gabinetu w następstwie zmniejszenia liczby:

- a. obsługiwanych pacjentów w ciągu dnia,
- b. koniecznych do wykonania dezynfekcji pomieszczeń i sterylizacji,
- c. przygotowanych zestawów narzędzi oraz materiałów do zabiegów,
- d. przyjmowanych przez rejestratora płatności za zabiegi,

- e. wizyt rozpoczynanych z opóźnieniem,
- f. nerwowych i konfliktowych sytuacji w obsłudze pacjenta,
- g. nieoczekiwanych przerw w pracy zespołów medycznych tzw. pustych okienek, podczas których personel pozostaje w bezproduktywnej gotowości,
- h. planowanych wizyt w kalendarzach lekarskich,
- i. kontaktów rejestratora z pacjentami,
- j. pacjentów jednocześnie przebywających w poczekalni.

Aby możliwe było umawianie dłuższych wizyt, niezbędne jest stosowanie przez cały zespół jednolitych zasad postępowania z pacjentem. Proces rozpoczyna się podczas kontaktu pacjenta z lekarzem, który znając planowany zakres leczenia, jako pierwszy proponuje takie rozwiązanie. Następnie w komunikacji rejestratora z pacjentem podczas ustalania terminu kolejnej wizyty propozycja zostaje przedstawiona ponownie. Cały proces prowadzący do wyleczenia pacjenta projektowany jest przy założeniu zrealizowania go przy możliwie najmniejszej liczbie wizyt. Oprócz skrócenia czasu wyleczenia dodatkowo pozwala zredukować ryzyko wystąpienia u pacjenta nowych dolegliwości. Również z punktu widzenia pacjenta wykonywanie większej liczby zabiegów podczas jednej wizyty jest uzasadnione, także ekonomicznie. Do argumentów, które może wykorzystać rejestrator podczas rekomendacji wizyty, podczas której wykonana zostanie większa liczba zabiegów, należą:

- a. mniejsza liczba wizyt w gabinecie,
- b. skrócenie czasu trwania leczenia,
- c. zmniejszenie łącznego czasu potrzebnego na dojazdy i parkowanie oraz opłat z nimi związanych,
- d. zmniejszenie liczby wykonywanych iniekcji znieczulenia podczas leczenia sąsiadujących zębów, co jest istotne dla pacjentów odczuwających strach przed igłami i zastrzykami,
- e. gwarancja niezmienności cen zabiegów w trakcie kompleksowego leczenia.

Różnice pomiędzy modelami dotyczą również metod konstruowania cen zabiegów. W modelu liniowym ceny nie są kalkulowane tylko najczęściej kopiowane od bezpośredniej konkurencji. W modelu zintegrowanym punktem wyjścia do ustalenia cen zabiegów są przeprowadzone obliczenia uwzględniające analizę kosztu ich wykonania oraz poziom rentowności oczekiwany przez osoby zarządzające. Przygotowane w ten sposób ceny uwzględniają wiedzę, doświadczenie, posiadane specjalizacje i stopnie naukowe członków zespołu, posiadaną bazę pacjentów oraz poziom wskaźnika wykorzystania potencjału dostępnego czasu pracy lekarzy i unitów stomatologicznych.

5.2 Standaryzacja obsługi pacjenta

Pacjent buduje swoje oczekiwania na bazie wcześniejszych doświadczeń z innych gabinetów. Ich spełnienie wprawdzie powoduje zapewnienie obsługi na poziomie przez niego oczekiwanym, ale nie wywołuje zaskoczenia, które sprawia, że w przyszłości bez zawahania wskaże gabinet jako wyróżniający się na rynku. Taki, który będzie rekomendować i do niego wracać podczas kolejnych etapów leczenia. Podobnie jak inne gabinety

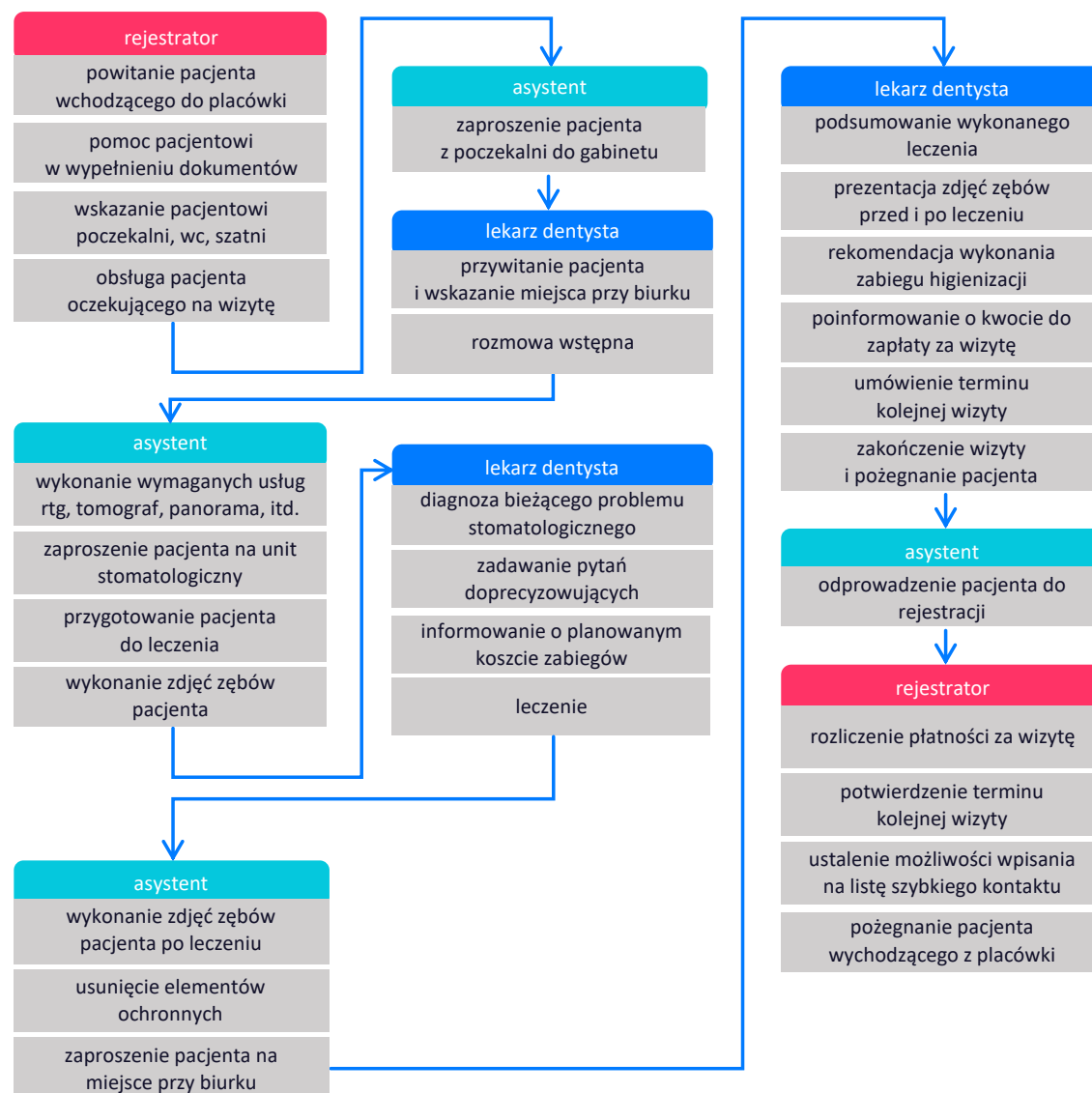
spełniające jego oczekiwania zaklasyfikuje go w kategorii pozytywnej, ale nie wyróżniającej się. Modelowi zintegrowanemu towarzyszy obsługa na poziomie znacząco przekraczającym dotychczasowe doświadczenia pacjenta, która powoduje zbudowanie trwałego wyróżnienia na tle innych jednostek leczniczych. Od momentu, w którym pacjent otrzymuje obsługę o lepszej jakości niż dotychczas jemu znana, to ona staje się jego nowym poziomem odniesienia w zakresie oczekiwań, doświadczeń i założeń. Zmianie ulegają jego dotychczasowe doświadczenia, jak również wyobrażenia na temat tego, jaką obsługę mógłby otrzymać. Będzie przyrównywał obsługę zapewnianą przez inne placówki do jego nowych predykcji wizyty w gabinecie. Część z tych gabinetów nie będzie spełniała już jego nowych, wyższych oczekiwań, powodując uczucie deprywacji. Z tego powodu w modelu zintegrowanym założono zaspokojenie potrzeb pacjenta poprzez stosowanie schematów postępowania pozwalających na dostarczenie obsługi, która pozytywnie wyróżnia gabinet na tle jego wcześniejszych doświadczeń, szczególnie w zakresie komunikacji z lekarzem. Pacjent w tym modelu prowadzony jest do pełnego przywrócenia zdrowia jamy ustnej poprzez aktywację i mobilizację do podejmowania leczenia, które w konsekwencji powodują zaspokojenie jego potrzeb i satysfakcję z całego procesu.

Standardy obsługi pacjenta w modelu zintegrowanym zakładają stosowanie przez członków zespołu stomatologicznego określonych schematów postępowania podczas kontaktu z pacjentem realizowanego telefonicznie lub online oraz w trakcie następujących po sobie trzech etapach przebiegu wizyty, którymi są:

1. Przygotowanie do wizyty, podczas którego pacjent obsługiwany jest przez rejestratora.
2. Wizyta w gabinecie lekarskim, w którym udział mają lekarz dentysta i współpracujący z nim asystent.
3. Zakończenie wizyty realizowane przez rejestratora.

Schemat przebiegu wizyty od momentu wejścia pacjenta do placówki do jego wyjścia przedstawiono na rys. 5.5. W modelu zintegrowanym założono prowadzenie przez rejestratora listy pacjentów szybkiego kontaktu. Takie zestawienie pacjentów, którzy mają możliwość i wyrażają gotowość do przyjazdu na wizytę, jeżeli w okresie oczekiwania na umówiony termin leczenia pojawi się propozycja wcześniejszego jego zrealizowania. Pacjent taki deklaruje, że z jak dużym wyprzedzeniem czasowym powinien zostać poinformowany, aby mógł zdążyć przyjechać na wcześniejszą wizytę. Lista szybkiego kontaktu umożliwia w sytuacjach nieplanowanej nieobecności jednego pacjenta umówienie w tym terminie innego, uzupełnienie powstałej luki w kalendarzu lekarskim i tym samym optymalizację wykorzystania dostępnych zasobów gabinetu. Z wykonanych obserwacji wynika, że w gabinetach zarządzanych w modelu liniowym, pojawiające się dostępności czasowe lekarzy z powodu nieobecności pacjentów wypełniane są przez rejestratorów poprzez składane propozycje przesunięcia pacjentom wizyt, które są zaplanowane w tym samym lub kolejnym dniu. Po pierwsze powoduje to jedynie przesunięcie luki czasowej, a nie jej wypełnienie. Po drugie, rejestratorzy kontaktują się również z pacjentami, którzy nie mają gotowości na zmianę terminu i nie wyrażali zainteresowania przyspieszeniem wizyty. Część z realizowanych kontaktów z pacjentami wykonywana jest niepotrzebnie. Lista szybkiego kontaktu umożliwia komunikację wyłącznie z osobami, które deklarują

zainteresowanie takim rozwiązaniem i dodatkowo pozwala dostosować propozycję do deklarowanego przez pacjentów czasu reakcji.



Rys. 5.5. Schemat przebiegu wizyty obejmującej leczenie realizowanej w modelu zintegrowanym.

W modelu zintegrowanym założono otoczenie pacjentów szczególną opieką podczas etapu przygotowania do wizyty. Każdy wchodzący do placówki pacjent jest zauważany przez rejestratora i witany. Jeżeli wykonywane przez rejestratora czynności umożliwiają w danym momencie obsługę zgłoszenia, wskazuje on pacjentowi miejsce oczekiwania. Szczególnie pacjentowi pierwszorazowemu, rejestrator omawia rozkład pomieszczeń, wskazuje miejsca, w których może pozostawić odzież wierzchnią i skorzystać z toalety i tym uzupełnia troskę o jego poczucie komfortu. Rejestrator jest gotów do pomocy podczas uzupełniania przez pacjenta dokumentacji związanej z założeniem i uzupełnieniem kartoteki, którą podkreśla słowną deklaracją oraz pytaniami o potrzebę wsparcia z jego strony. Pacjent oczekujący w poczekalni pozostaje pod stałym nadzorem rejestratora, który kontroluje powstałe bieżące potrzeby pacjenta.

Jednym ze stosowanych standardów postępowania w modelu zintegrowanym jest informowanie pacjenta o prawdopodobnym opóźnieniu wizyty przed umówioną godziną jej rozpoczęcia. Umożliwia to pacjentowi podjęcie decyzji o tym, czy akceptuje powstałe przesunięcie i zgodzi się poczekać dłużej. Różnica dotycząca momentu przekazania informacji powoduje jej odbiór, który wpływa na ocenę jakości obsługi przez pacjenta. Stosowanie powyższego standardu jest ważne, ponieważ wiadomość o opóźnieniu przekazana pacjentowi oczekującemu w poczekalni po upływie planowanej godziny rozpoczęcia wizyty sprawia, że rejestrator tłumaczy się przed nim z powstałego błędu i wpływa na negatywne nastawienie pacjenta do dalszego przebiegu wizyty. Z przeprowadzonego badania tajemniczego pacjenta wynika, że w modelu liniowym informowanie o opóźnieniach nie jest regułą, pomimo że dotyczy ono aż co trzeciej wizyty, a przekazywane przez rejestratora informacje są surowym przekazem, a nie życzliwą komunikacją.

Kluczowym celem w modelu zintegrowanym jest pełne wyleczenie pacjenta, w związku z tym jako etap konieczny do jego realizacji wskazano wykonanie kompleksowego badania będącego pełną diagnostyką stanu zdrowia jamy ustnej. Wynik tego badania stanowi podstawę prowadzonej przez lekarza rozmowy z pacjentem na temat współwystępujących problemów stomatologicznych, które wymagają leczenia. Aby stworzyć możliwość wykonania takiego badania, konieczne jest już na etapie obsługi przez rejestratora, kierowanie ścieżką przepływu pacjenta w gabinecie w taki sposób, aby przed rozpoczęciem leczenia został na nie skierowany. Usystematyzowanie ścieżki przepływu rozpoczyna się w momencie jego kontaktu z gabinetem. Rejestrator przyjmując zgłoszenie, bez względu na kanał kontaktu (telefon, e-mail, komunikator, zgłoszenie przez system zewnętrzny) umawia każdego pacjenta pierwszorazowego na pierwszą wizytę, podczas której zostanie przeprowadzone kompleksowe badanie. Jeżeli pacjent posiada taką gotowość, wówczas wizyta może być dłuższa i składać się z dwóch części. W pierwszej zostanie wykonane kompleksowe badanie i omówienie jego wyników, w drugiej rozpoczęte zostanie leczenie.

Wyjątek od skierowania pacjenta pierwszorazowego w pierwszej kolejności na badanie może stanowić sytuacja, w której w ocenie rejestratora pacjent odczuwa na tyle silny ból, że blokuje on jego procesy kognitywne. Podczas przyjęcia zgłoszenia od takiego pacjenta rejestrator umawia go na wizytę interwencyjną do dostępnego lekarza. Ponieważ nie jest ona wcześniej zaplanowana w kalendarzu lekarskim, realizowana jest jako ostatnia w danym dniu i obejmuje założenie opatrunku, który minimalizuje dolegliwości bólowe. Następnie lekarz przedstawia pacjentowi zalety wynikające z kompleksowego badania jamy ustnej i higienizacji oraz zaleca ich wykonanie, używając argumentów o ich wpływie na pełniejszy dostęp do informacji o bieżącym stanie zębów. W kolejnym kroku pacjent kierowany jest do rejestratora celem umówienia terminu wizyty, podczas której zostanie przeprowadzone leczenie. Rejestrator w ślad za lekarzem, oprócz ustalenia terminu wizyty, również podejmuje rozmowę z pacjentem na temat umówienia go na kompleksowe badanie i higienizację. Dopuszczalne jest stosowanie wariantu modelu zintegrowanego, w którym wykonanie kompleksowego badania jest warunkiem koniecznym do rozpoczęcia procesu leczenia pacjenta pierwszorazowego.

W modelu zintegrowanym obowiązuje standard umawiania wszystkich wizyt pacjentów pierwszorazowych na ten sam, jeden wybrany dzień tygodnia. Jeżeli liczba nowych pacjentów tego wymaga to, są to co najmniej dwa dni w tygodniu. Realizowanie następujących po sobie wizyt o podobnym przebiegu i czasie trwania pozwala na rozpoczynanie ich bez opóźnień. Takie planowanie tych wizyt pozwala lekarzowi wprowadzającemu na przygotowanie materiałów, z których będzie korzystał podczas prowadzenia rozmów przez cały dzień. Terminowość rozpoczęcia wizyty, wzmacnianie przez lekarza przekazu zdjęciami i obrazami oraz sposób prowadzenia przez niego rozmowy są czynnikami wspierającymi budowanie wizerunku gabinetu w oczach pacjenta, który nie miał wcześniej z nim kontaktu.

Również asystenci stomatologiczni mają aktywny udział w tym zakresie, który realizowany jest poprzez dodatkowe potwierdzenie zasadności stosowanego rozwiązania. Zadanie to jest przez nich wykonywane podczas samodzielnego kontaktu z pacjentem podczas zdjęć RTG lub tomograficznych. Przeciętny pacjent nie posiada wiedzy o procedurach medycznych i pozamedycznych. Nie potrafi prawidłowo ocenić, co jest dla niego dobre, często działa intuicyjnie i jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań, w zdecydowanej większości przypadków oczekuje rekomendacji. Otrzymując spójne informacje na każdym etapie wizyty o stosowanym w gabinecie standardzie obejmującym leczenie kilku zębów podczas jednej wizyty, uznaje go za wiążący i podąża za otrzymanymi zaleceniami. Rola asystentów w modelu zintegrowanym obejmuje wprowadzenie pacjenta do gabinetu lekarskiego i odprowadzenie go do rejestracji po zakończonej wizycie oraz dbałość o jego komfort podczas jej przebiegu. Zakłada prowadzenie dyskretnej i profesjonalnej komunikacji z lekarzem w sposób, który ogranicza możliwość zauważenia przez pacjenta wystąpienia nieoczekiwanego problemu podczas leczenia. Wymiana informacji następuje w sposób pozwalający unikać powstawania dwuznacznych sytuacji, które mogą być przez pacjenta niewłaściwie interpretowane i powodować zbędny stres.

Kolejną z różnic pomiędzy modelami jest miejsce, w którym przebywa pacjent, gdy lekarz dentysta prowadzi z nim rozmowy. Podobnie jak ma to miejsce w przypadku badań ginekologicznych, rozmowa nie powinna odbywać się, gdy pacjent przebywa na fotelu zabiegowym. W modelu liniowym jest to powszechnie stosowaną praktyką. Inne rozwiązanie proponowane jest w modelu zintegrowanym, w którym miejscem prowadzenia rozmów o sytuacji w jamie ustnej pacjenta, zakresie leczenia i możliwych rozwiązaniach jest przestrzeń poza bezpośrednim otoczeniem unitu stomatologicznego. Nacisk kładziony jest na stworzenie odpowiednich warunków umożliwiających prowadzenie dwukierunkowej komunikacji. Jeżeli układ pomieszczenia na to pozwala, rozmowy powinny odbywać się przy biurku lekarskim lub przy specjalnie do tego dedykowanym stole. Dotyczy to zarówno prowadzenia rozmów wstępnych, jak i podsumowujących wizytę. Unit stomatologiczny przez część pacjentów jest kojarzony z bólem i brakiem komfortu, co może wpływać na blokowanie procesów poznawczych, z tego powodu nie jest odpowiednim miejscem do prowadzenia rozmów.

W modelu liniowym powszechnie występują konflikty pacjentów z rejestratorami podczas rozliczania płatności za wizyty. Powstają one w sytuacji, gdy pacjent nie został poinformowany przed zabiegiem o jego cenie i jego zdaniem kwota do zapłaty znacząco różni się od zakładanych przez niego prognoz. Ten model nie uwzględnia tego, że jedną

z największych obaw pacjenta stomatologicznego jest wystąpienie sytuacji, w której po wykonanym leczeniu kwota do zapłaty przekracza jego bieżące możliwości jej uregulowania. W modelu zintegrowanym uwzględniono wyniki przeprowadzonych badań ankietowych, w których pacjenci jednoznacznie wskazali, jak istotne jest dla nich poznanie ceny przed zabiegiem. Założono, że lekarz dentysta każdorazowo omawia z pacjentem planowany do wykonania zakres leczenia podczas wizyty i podaje jego szacunkowy koszt. Podczas rozmowy informuje pacjenta o uwarunkowaniach, które towarzyszą leczeniu wraz z informacją o tym, w jaki sposób mogą one wpłynąć na cenę i zapewnia, że pacjent zostanie poinformowany o tej zmianie z odpowiednim wyprzedzeniem, aby mógł podjąć decyzję o jej akceptacji lub przerwaniu leczenia. Zastosowanie takiego rozwiązania wpływa na zwiększenie satysfakcji pacjenta z wizyty, ponieważ niweluje jedną z jego ważniejszych obaw. Wizytę pacjenta kończy rozliczenie kwoty za wykonane zabiegi wraz z propozycją zastosowania różnych metod płatności i pożegnanie każdego pacjenta wychodzącego z placówki. Zachowania i procesy poprzedzające wizytę pacjenta w gabinecie, realizowane w sposób, który powoduje jego niezadowolenie, mogą wpływać na otwartość do akceptacji proponowanego przez lekarza planu leczenia i w efekcie na skuteczność pracy gabinetu.

Zaobserwowano, że w modelu liniowym rejestratorzy motywowani chęcią niesienia pomocy, nieświadomie bądź w wyniku samowolnego przyzwolenia, podczas rozmowy sugerują pacjentowi wizytę u najlepszego ich zdaniem lekarza specjalisty w zespole. Oceniają i hierarchizują dentystów według własnych przekonań i niekoniecznie obiektywnych doświadczeń. Proponują pacjentowi wizytę u lekarza, którego uważają za najlepszego, nawet pomimo odległego terminu, zamiast rekomendować najbliższą możliwą konsultację u innego lekarza z zespołu. Rejestrator nie powinien w takiej sytuacji pełnić funkcji samozwańczego audytora medycznego ani tym bardziej oceniać kompetencji medycznych lekarza. Jego działanie powoduje powstawanie dysproporcji w długości kolejek do różnych lekarzy z tego samego zespołu. Pacjentowi, który chce pilnie umówić wizytę, zależy przede wszystkim na krótkim terminie dostępu do lekarza. Potwierdzają to odpowiedzi udzielone podczas przeprowadzonego badania ankietowego. Pacjenci oceniają czynnik pozamedyczny „dostępność terminów wizyt” jako drugi najistotniejszy ze wszystkich wskazanych. W gospodarce wolnorynkowej lepszy podmiot zwycięża przewagą nad gorszym, jednak w przypadku gabinetu stomatologicznego to cały zespół uznawany jest za jeden podmiot. Uwaga nie powinna być skupiana na wewnętrznej rywalizacji, tylko konkutowaniu z innymi gabinetami na rynku. Zadaniem zarządzającego jest zwiększanie dostępności usług dla pacjentów poprzez skrócenie średniego czasu oczekiwania na wizytę. Możliwe jest to do zrealizowania poprzez jednoczesne stosowanie w pracy rejestratora standardów działania obejmujących:

- a. zrównywanie długości kolejek pacjentów,
- b. rekomendowanie wszystkich, a nie tylko wybranych lekarzy.

Pierwszy z nich polega na niewartościowaniu umiejętności dentystów przez rejestratora, założenie równego poziomu usług medycznych świadczonych przez wszystkich lekarzy w zespole i zapisywanie pacjenta do lekarza z najkrótszą kolejką osób oczekujących, a nie do subiektywnie uznanego przez niego za najlepszego. Drugi dotyczy stosowania przez rejestratora aktywnych rekomendacji i poleceń rozumianych jako wtrącanie

podczas rozmowy z pacjentem wzmianek na temat profesjonalizmu i doświadczenia wszystkich lekarzy dentystów z zespołu. W szerszej perspektywie indywidualne oceny kompetencji medycznych lekarzy dentystów przez rejestratora pozostają nieistotne i nie powinny mieć wpływu na bieżącą pracę.

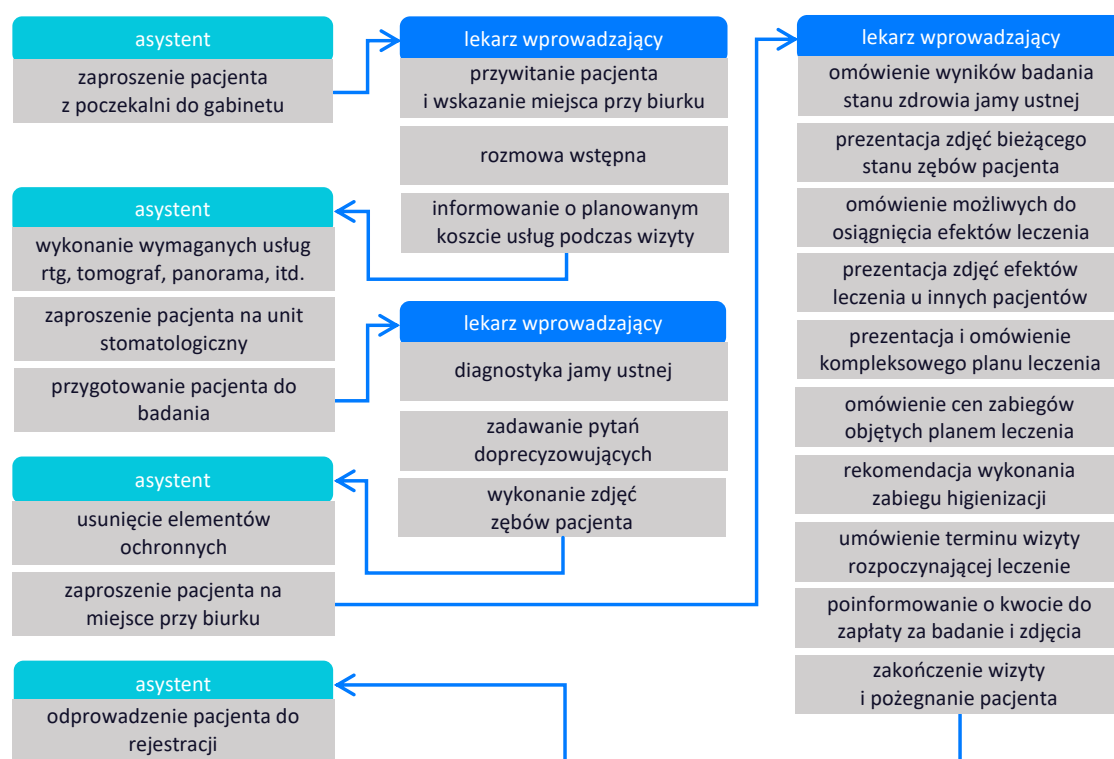
Należy zauważyć, że świadome stosowanie modelu liniowego w gabinecie nastawionym głównie na leczenie pacjentów jednorazowych nie wyklucza możliwości poprawnego funkcjonowania takiego gabinetu na rynku. Dzieje się tak, ponieważ część pacjentów oczekuje natychmiastowego rozpoczęcia leczenia i jest gotowa zapłacić nawet wyższą cenę za usługę. Z ich punktu widzenia najważniejsza jest dostępność wizyty u lekarza dentysty i możliwość szybkiego zniwelowania bólu. Interesujące jest to, że pacjenci ci pomimo tego, że pozostają nieświadomi wszystkich swoich problemów stomatologicznych, to jednak finalnie są z procesu zadowoleni, ponieważ otrzymują leczenie w zakresie jakiego oczekują. Również członkowie takiego zespołu stomatologicznego mają przeświadczenie, że wszystko zostało zrealizowane poprawnie, ponieważ pacjent zgłosił się do gabinetu, otrzymał pomoc medyczną i za nią zapłacił. Model liniowy zakłada jednak jedynie działanie krótkofalowe, od jednego pacjenta do kolejnego i wymaga stałego pozyskiwania pacjentów pierwszorazowych. To wymusza podejmowanie regularnych działań promocyjnych i sprawia, że utrzymanie określonego poziomu rentowności gabinetu wiąże się z koniecznością uwzględnienia wyższych kosztów promocji podczas ustalania cen zabiegów. W modelu zintegrowanym budowanie trwałej więzi z pacjentem i w efekcie wykonywanie leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny realizowane jest w następstwie pełniejszego wykorzystania dostępnego potencjału do wyleczenia i nie wymaga ponoszenia dodatkowych wydatków. Kompleksowe podejście do procesu wyleczenia pacjenta w gabinecie jest mniej kosztowne, gdyż opiera się w głównej mierze na umiejętności lekarza dentysty do budowania motywacji pacjenta do leczenia, a nie na nakładach na zewnętrzne usługi marketingowe.

5.3 Pozamedyczne procesy kompleksowego badania stanu zdrowia

W praktykach stomatologicznych funkcjonujących w liniowym modelu zarządzania proponowanie pacjentowi kompleksowego leczenia nie jest powszechnie stosowaną procedurą, ponieważ jego pełne wyleczenie nie jest celem. Jest nim zrealizowanie leczenia, z którym pacjent zgłosił się na wizytę do dentysty. Oceny etapu badania w trakcie wizyt tajemniczego pacjenta dotyczącego sposobu, w jaki lekarz podejmuje rozmowę na temat kompleksowego planu leczenia, pokazują, że w trzech przypadkach na cztery, lekarz nie prowadzi z pacjentem rozmowy na ten temat lub prowadzi ją w sposób, który oceniany jest jako niewystarczający. Powyższe sprawia, że również rekomendowanie i proponowanie szczegółowego badania nie jest w tym modelu popularne. Lekarze wprawdzie wykonują w trakcie wizyty tzw. przeglądy, podczas których oceniają stan zdrowia jamy ustnej, ale nie prowadzą z pacjentem rozmowy o poziomach zniszczenia poszczególnych zębów i nie informują o istotności leczenia i konsekwencji zaniedbań. Pozostają w konwencji przekazywania jedynie diagnozy dotyczącej zębów, o które pacjent pyta lub wymagających pilnego leczenia z pominięciem edukacji pacjenta, czy wzmacniania przekazu obrazami. Fakt ten potwierdza ocena etapu przeprowadzonego

badania przez tajemniczego pacjenta dotycząca poziomu umiejętności pracy lekarza z obrazem podczas rozmowy z pacjentem, która wskazuje, że podczas 80% wizyt dentysta nie wykorzystał w rozmowie żadnych materiałów wizualnych. Odmienne podejście do istotności szczegółowego badania jest proponowane w modelu zintegrowanym. Wizyta, podczas której wykonana zostaje diagnostyka jamy ustnej, a następnie przedstawiany i omawiany jest pacjentowi jego aktualny stan zdrowia, nazywana jest kompleksowym badaniem. Podczas jej przebiegu szczegółowo prezentowane są pacjentowi poziomy zniszczenia poszczególnych zębów i stan przyzębia oraz możliwości wykonania leczenia biologicznego. Dentysta uświadamia pacjentowi źródła powstania jego problemów medycznych i przedstawia możliwe do uzyskania efekty leczenia. Wykonanie kompleksowego badania niesie korzyści obu stronom procesu. Pacjentowi daje dostęp do szczegółowych informacji o stanie zdrowia oraz możliwość zrozumienia różnicy pomiędzy wyleczeniem a leczeniem tylko objawów. Lekarzowi umożliwia uzyskanie dostępu do potencjału pacjenta do leczenia.

Do przeprowadzenia takiej wizyty wymagana jest otwartość lekarza dentysty wykonującego badanie w zakresie komunikacji z pacjentem i posiadanie umiejętności tłumaczenia zagadnień medycznych na zrozumiały dla pacjenta język pozbawiony specjalistycznych zwrotów. Jej przebieg w gabinecie lekarskim odbywa się zgodnie ze schematem zaprezentowanym na rys. 5.6.



Rys. 5.6. Schemat przebiegu wizyty, podczas której wykonywane jest kompleksowe badanie stanu zdrowia jamy ustnej.

Celem rozmowy jest przekazanie pacjentowi w zrozumiały sposób, informacji dotyczących jego bieżącego stanu zdrowia. Edukacja pacjenta w zakresie niebezpieczeństw związanych z nieleczonymi problemami stomatologicznymi wpływa na wytworzenie

u niego stanu emocjonalnego, w którym wzmocniona zostaje jego motywacja do podjęcia leczenia. Powyższe założenie, możliwe jest poprzez wpływanie na świadomość pacjenta o ryzyku związanym z zaniechaniem leczenia jak i o możliwym do osiągnięcia wyleczeniu. Lekarz dentysta prezentuje efekty zmian osiągnięte u innych pacjentów podczas wykonania podobnych zabiegów do tych, które są omawiane. Wykorzystuje w tym celu zdjęcia przed i po zabiegach, przedstawione w układzie, który umożliwia pacjentowi łatwe dostrzeżenie różnic. Jednocześnie porusza temat bezpieczeństwa zastosowanych rozwiązań oraz ich wieloletnią trwałość przekazując pacjentowi rzetelne informacje.

W modelu zintegrowanym miejsce prowadzenia rozmów z pacjentem nie jest przypadkowe. Czynności związane z wykonaniem badania realizowane są, podczas gdy pacjent przebywa na unicie stomatologicznym. Natomiast rozmowa wstępna oraz omówienie wyników i przedstawienie proponowanych rozwiązań odbywają się podczas rozmowy prowadzonej, gdy pacjent siedzi przy biurku, a nie na fotelu dentystycznym. Podobnie jak podczas wizyt pacjentów u lekarzy innych specjalizacji np. ginekologa, rozmowa, istotne informacje przekazywane są pacjentowi z zachowaniem dbałości o to, by pacjent czuł się komfortowo. Fotel zabiegowy nie jest odpowiednim miejscem do prowadzenia rozmów przed i po leczeniu lub badaniu, ale nie wyklucza możliwości prowadzenia komunikacji z pacjentem w zakresie troski o jego stan podczas wykonywania zabiegów. Również moment rozmowy z pacjentem o cenach zabiegów został celowo zaplanowany. Następuje po etapie prezentacji możliwych do uzyskania efektów leczenia oraz zdjęć przed i po innych pacjentów, których leczenie obejmowało podobny zakres.

Umiejętności pozamedyczne pracy lekarza z pacjentem, jakość nawiązanego kontaktu, kompetencje interpersonalne lekarza i zdolność do wyjaśniania medycznej terminologii w zrozumiały dla pacjenta sposób wpływają na przebieg wykonywanego badania i determinują zakres podejmowanego przez pacjenta leczenia. Potwierdzają to odpowiedzi udzielone przez pacjentów podczas zrealizowanych badań ankietowych. Pytani o to, co skłoniłoby ich do podjęcia leczenia w szerszym zakresie 2/3 ankietowanych wskazuje na pierwszym miejscu „szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza”, a ponad 60% respondentów wybiera „wynik badania stanu zdrowia jamy ustnej”, który jest drugą najczęściej wskazywaną opcją. Interesujące jest to, że mniej niż 1/3 ankietowanych pacjentów uważa, że na leczenie w szerszym zakresie wpływają „promocyjne ceny zabiegów”.

Z przeprowadzonych obserwacji parametrów funkcjonowania gabinetów stomatologicznych również wynika, że podejmowana przez pacjenta decyzja o leczeniu nie jest inicjowana wyłącznie impulsem zakupowym. Jest następstwem złożonego procesu łączenia sygnałów pochodzących z różnych czynników pozamedycznych, który odbywa się również na poziomie podświadomości. W modelu zintegrowanym po wykonaniu kompleksowej diagnostyki jamy ustnej i omówieniu wyników zostaje umówiona przez lekarza dentystę data wizyty, podczas której rozpoczęte zostanie leczenie. Dopuszczalne jest na tej samej wizycie rozpoczęcie leczenia po zakończonym badaniu, ale wymaga to wcześniejszego zarezerwowania z pacjentem przez rejestratora dłuższego czasu jej trwania. Rozwiązanie takie stosowane jest wobec pacjentów, którzy umawiając wykonanie kompleksowego badania, są już wstępnie zdecydowani na rozpoczęcie leczenia, pomimo że nie znają jeszcze pełnego zakresu, jaki będzie obejmowało.

W dysertacji celowo nie poruszono tematu czynności medycznych związanych z diagnostyką (procedur medycznych, zdjęć RTG, zdjęć tomograficznych, zdjęć panoramicznych i cefalometrycznych), ponieważ obszar medyczny pozostaje poza zakresem rozprawy.

5.4 Rola zarządzającego gabinetem stomatologicznym

Sprawną komunikacja w wielospecjalistycznym zespole zarządzanym w modelu zintegrowanym oparta jest na czytelnym podziale zadań oraz precyzji przekazu, które zmniejszają ryzyko powstawania różnic w interpretacji. Zarządzający zespołem lekarz właściciel wyznacza spektrum akceptowanych zachowań, które są powielane przez pracowników w relacjach wewnątrz zespołu oraz podczas pracy z pacjentem. Wyznaczane przez niego standardy współpracy są wytyczną i przyzwoleniem na określone rodzaje postaw pracowników wobec siebie, jak i pacjentów, do tego stopnia, że zachowania członków zespołu są pochodną prezentowanych przez zarządzającego.

Skuteczność w pozamedycznej pracy z pacjentem, w tym umiejętności komunikacji i zrozumiałego przedstawiania ścieżek leczenia sprawia, że w modelu zintegrowanym to lekarz wprowadzający przyjmuje rolę lidera. Przedstawia pacjentowi możliwe do uzyskania efekty i przygotowuje etapy kompleksowego leczenia. Planuje pracę całego zespołu, rozpisując następujące po sobie wizyty pacjenta u kolejnych specjalistów. Uwzględnia przyszłe etapy leczenia i wizyty pacjenta, podczas których będzie podsumowywał przebieg leczenia i podtrzymywał jego motywację do pozostania w procesie.

Zarządzający zespołem stomatologicznym w modelu zintegrowanym posiada wysoce specjalistyczną wiedzę medyczną i gotowość do dzielenia się nią z pracownikami, która jest atraktorem przyciągającym do zespołu osoby chcące się rozwijać. Takie podejście buduje jego autorytet i sprawia, że członkowie zespołu chcą się od niego uczyć. Możliwość wystąpienia o pomoc do lidera i gwarancja jej otrzymania zwiększa poczucie bezpieczeństwa i wspólnoty, która w efekcie prowadzi do zapewnienia pacjentowi wyższej jakości leczenia. Efektywność medyczna zarządzającego sprawia, że członkowie zespołu podążają za nim i naśladują jego zachowania, które oceniają jako skuteczne. Określenie zakresu obowiązków i delegowanie zadań pracownikom zespołu stomatologicznego,

a następnie kontrolowanie ich wykonania nie czyni zarządzającego liderem, lecz osobą, która nadzoruje pracę innych. Tymczasem lider sprawia, że członkowie zespołu podążają za nim do celu, chcą go wspólnie osiągnąć i z dotychczasowej grupy obcych osób, które spotykają się w tym samym miejscu, tworzą współpracujący zespół.

Wzorce percepcji stanowią swego rodzaju „oprogramowanie człowieka”, są procedurami, na bazie których decyduje się na jedno rozwiązanie, rezygnując z innych. Wiedza lidera o stylach percepcji własnych oraz współpracowników umożliwia stosowanie ich podczas planowania, nadzorowania i regulowania działań zespołu. Ułatwia ustalenie tego, co ich motywuje do działania i jest dla ich istotne. Identyfikując wartości, którymi się posługują, lider może wpłynąć na ich działania tak, by były zgodne z jego intencjami.

W zintegrowanym modelu zarządzania gabinetem założono każdorazowe precyzyjne określenie warunków bazowych wykonania nowego zadania oraz weryfikację tego,

czy zarówno zarządzający, jak i wykonujący rozumieją i interpretują w zbliżony sposób oczekiwane efekty. Powoduje to zmniejszenie przyszłych różnic w ocenach sytuacji. Przydzielone pracownikowi zadanie zostaje powiązane ze wskazaniem celu, który towarzyszy jego poprawnej realizacji. To powoduje nadanie znaczenia wykonywanej pracy i prowadzi do rozbudowy świadomości pracowników na temat ich roli i istotności dla funkcjonowania gabinetu. Pozwala dostrzec im powiązania pomiędzy procesami oraz wpływ jednych działań na inne i osadzenie ich w szerszym kontekście.

W celu wzmocnienia przekazu lider przedstawia pracownikowi przyczynowo skutkową sieć zależności pomiędzy wykonywanymi przez niego zadaniami oraz konsekwencje ekonomiczne dla gabinetu z powodu niewłaściwego ich zaplanowania, nieterminowości lub niezrealizowania. Prezentuje w jaki sposób nieobecność pacjenta na wizycie i powstanie nieoczekiwanej przerwy w pracy zmniejsza wynagrodzenie członków zespołu rozliczanych prowizyjnie. Świadomość znaczenia wykonywanych czynności oraz znajomość skali ewentualnych następstw dają pracownikowi sygnały wspierające podczas nadawania priorytetów zadaniom. Szczególnie pomocne jest to w sytuacjach, w których nie zostały zdefiniowane wcześniej, a zadania wymagają podjęcia natychmiastowego działania z jego strony. W celu uniknięcia efektu zastraszania pracownika konsekwencjami finansowymi, powinien zostać poinformowany przez lidera, że nie zostanie obciążony kosztami wynikającymi z popełnionych błędów i zaniedbań. Konsekwencje finansowe, które ponosi właściciel gabinetu, są wyłącznie elementem przekazu informacyjnego podczas budowania świadomości zespołu na temat wagi wykonywanych zadań. Istotne jest, aby wiedza o rzeczywistych kosztach błędów i zaniedbań była obecna w świadomości członków zespołu, jednak wyłącznie w charakterze informacyjnym.

Jedną ze składowych procesu zarządzania w modelu zintegrowanym jest udzielanie zespołowi stomatologicznemu przez zarządzającego informacji zwrotnej o wykonywanych zadaniach, współpracy w zespole oraz pracy z pacjentem. Realizowane jest ono w oparciu o fakty oraz wskaźniki efektywności, pozbawione nacechowania emocjonalnego czy negatywnej interpretacji i zastraszania pracowników negatywnymi następstwami. Sprecyzowanie zakresu wykonywanych zadań, swobody doboru narzędzi, sugerowanych rozwiązań i oczekiwanych przez zarządzającego jakościowych oraz ilościowych efektów pracy stanowią punkt odniesienia podczas wszystkich późniejszych ocen. Cykliczne przekazywanie informacji o skuteczności poszczególnych obszarów czyni przejrzystymi informacje, daje możliwości porównywania pomiędzy okresami oraz skupiania się w komunikacji na faktach, a nie odczuciach i emocjach. Członkowie zespołu medycznego w modelu zintegrowanym mając dostęp do rzetelnych danych obrazujących ilościowe i jakościowe parametry funkcjonowania gabinetu, samodzielnie podejmują działania mające na celu osiągnięcie lepszych wyników. Zaangażowanie pracowników w funkcjonowanie gabinetu pozwala zwiększyć ich poczucie sprawczości, które jest motorem do działania. Celem regularnych spotkań lidera z zespołem jest określenie niedoborów umiejętności i wiedzy oraz identyfikacja, które z nich mogą zostać uzupełnione podczas szkoleń wewnętrznych, a które wymagają korzystania z trenerów zewnętrznych. Regularne badanie skuteczności działania, jakości obsługi pacjenta, satysfakcji pacjen-

tów, a następnie udostępnianie tej informacji personelowi umożliwia stałą kontrolę i przeciwdziałanie spadkowi jakości realizowanych zadań oraz określenie bieżących potrzeb szkoleniowych.

W modelu zintegrowanym zaplanowano cykliczne spotkania lidera z zespołem. Do kluczowych celów tych spotkań należą:

- a) wymiana bieżących informacji o funkcjonowaniu gabinetu,
- b) ograniczenie niewiedzy i niepewności pracowników,
- c) klaryfikacja oczekiwanej jakości i efektów pracy,
- d) uzgodnienie interpretacji osiągniętych wyników,
- e) zapobieganie występowaniu zjawiska erozji standardów pracy,
- f) wzrost poczucia bezpieczeństwa pracowników,
- g) retencja wiedzy w firmie.

Tryb ciągłego doskonalenia i stosowanie mechanizmu usprawnień w wyniku spotkań i dyskusji prowadzi do wdrożenia zauważalnych zmian w następstwie stosowania drobnych rozwiązań i omawiania bieżącej sytuacji gabinetu w następujących etapach:

- a) prezentacja i omówienie zebranych danych oraz wskaźników,
- b) dzielenie się nowymi rozwiązaniami, które są skuteczne,
- c) wymiana opinii i doświadczeń,
- d) analiza nierozwiązanych problemów,
- e) omówienie aberracji,
- f) weryfikacja poprawności działania systemu oraz sprzętu,
- g) zebranie sugestii dotyczących możliwych do zastosowania nowych rozwiązań,
- h) ocena skuteczności rozwiązań wdrożonych w wyniku wcześniejszych rozważań.

Cykliczność wymiany informacji jest istotna z powodu konieczności adoptowania procedur pozamedycznych do zmieniających się potrzeb pacjenta, celem utrzymania go na ścieżce przywrócenia zdrowej jamy ustnej.

Zachodzące w mózgu biologiczne mechanizmy blokujące proces przyjmowania informacji i możliwości uczenia się w sytuacji wysokiego stresu powodują, że przekaz nie zostaje przez pracownika zapamiętany i nie prowadzi do zmiany. To podważa zasadność stosowania podczas komunikacji z zespołem stomatologicznym narracji opartej na przemocy z uwagi na jej negatywny wpływ na próbę zmiany niepożądanych zachowań w przyszłości. Zmiana wykonywania czynności niechcianych nie nastąpi, jeżeli w odbiorcy przekazu zostanie skutecznie zablokowana możliwość zrozumienia i przeanalizowania sytuacji. Podczas przeprowadzonego badania ankietowego lekarze, higieniści i pozostali pracownicy zespołów stomatologicznych spośród 11 wymienionych, wskazali czynnik „kultura i atmosfera pracy” jako drugi lub trzeci najistotniejszy z czynników wpływających na budowanie pozycji gabinetu na rynku. W wymienionych grupach zawodowych średnio 92,8% respondentów przyznało temu czynnikowi ocenę „bardzo ważny” lub „raczej ważny”. Z tego powodu w modelu zintegrowanym dostarczenie zespołowi poczucia bezpieczeństwa rozumiane jest jako zapewnienie pracownikowi stanu nierozpraszania myśli, stabilizacji i stałości zasad, braku poczucia niepewności co do ciągłości zatrudnienia, stabilnej sytuacji ekonomicznej gabinetu oraz stabilnej sytuacji emocjonalnej zarządzającego. Lidera cechuje bezstronność oraz obiektywizm i co najważniejsze, w przypadku występowania problemów, umiejętność poszukiwania rozwiązań

zamiast winnych. Bezpieczeństwo, o którym jest wyżej mowa, prowadzi do otwartego informowania lidera przez pracowników o popełnionych błędach zamiast ich ukrywania. Dzięki posiadanej wiedzy o rzeczywistej sytuacji w gabinecie lider ma możliwość szybszego ich rozwiązania.

5.5 Znaczenie wyodrębnienia gabinetu higieny

Podczas badania parametrów działania gabinetów zaobserwowano, że w placówkach funkcjonujących w modelu liniowym zabiegi higienizacji wykonują asystenci stomatologiczni jako zadania dodatkowe, poza godzinami ich pracy. W niektórych z nich zabiegi wykonują również dentyści, ignorując jednocześnie fakt, że są one wówczas mniej opłacalne dla właścicieli. Jak również fakt, że w tym samym czasie mogliby oni wykonywać drogie, specjalistyczne zabiegi. W placówkach tych nie wydzielono oddzielnego gabinetu higieny, a wynagrodzenie za zabiegi wypłacane jest w charakterze premii. W blisko połowie badanych praktyk higienizację wykonuje jedna osoba, w jednej czwartej dwie, a w pozostałej części od trzech do pięciu osób. Liczba osób wykonujących higienizację nie wynika z zainteresowania pacjentów tymi zabiegami czy liczby realizowanych w gabinecie usług. Pacjenci często w takich gabinetach są dzieleni pomiędzy asystentów, którzy otrzymują możliwość zarobienia dodatkowych pieniędzy, a wizyty umawiane są do nich losowo. Ten sposób funkcjonowania jest pochodną myślenia zarządzających o higienizacji jako usługach wykonywanych „przy okazji”. Ogranicza to możliwość podejmowania działań w zakresie popularyzacji zabiegów higienizacji i wpływa na:

- a. wybór stosowanych standardów obsługi pacjentów w tym zakresie,
- b. jakość wykonywanych zabiegów,
- c. dostępność usług dla pacjentów,
- d. możliwość rozwoju placówki w tym obszarze,
- e. liczbę wykonywanych zabiegów,
- f. wartość przychodów z tych usług.

Umiejętne zarządzanie zabiegami higienizacji pozwala stworzyć samofinansującą część praktyki dentystycznej, jednak wymaga wdrożenia zmian w funkcjonowaniu całego gabinetu. Do najważniejszych z nich należą:

1. Zmiana modelu mentalnego zarządzającego związana z odejściem od schematu myślenia, w którym zabiegi higienizacji są tylko dodatkiem do oferty i traktowanie ich jako pełnowartościowych zabiegów.
2. Wprowadzenie zasady rekomendowania pacjentom wykonania zabiegu higienizacji przez wszystkich dentystów w zespole.
3. Wykreowanie edukacyjnej roli higienisty w zakresie przeprowadzenia instruktażu prawidłowego mycia zębów i uświadamiania pacjenta na temat wpływu regularnej higienizacji na utrzymanie zdrowej jamy ustnej.

Punktem wyjścia do wyodrębnienia gabinetu higieny i wzrostu istotności zabiegów higienizacji jest otwartość zarządzającego na zmianę sposobu myślenia o roli higienisty w budowaniu wizerunku gabinetu i jego udziale w generowanych przychodach placówki.

Zarządzający gabinetami w modelu liniowym zauważają, że realizowany przez lekarzy schemat postępowania z pacjentem nie zawiera rekomendowania higienizacji. Potwierdza to wykonana w ramach badania tajemniczego pacjenta średnia ocen etapu wizyty dotycząca prowadzenia przez lekarza dentystę rozmowy na temat konieczności stosowania zabiegu higienizacji, która wskazuje, że niestety lekarze nie udzielają pacjentom takich rekomendacji. A to właśnie oni odgrywają kluczową rolę we wszystkich procesach medycznych i motywowaniu pacjenta. Jest to związane z ich autorytetem, którego źródłem jest wykształcenie medyczne. Działania podejmowane przez pozostałych członków zespołu stomatologicznego mają mniejsze znaczenie dla pacjenta i służą podtrzymaniu zaangażowania zbudowanego przez lekarza dentystę. Umiejętnie uzupełnionym przekazem sprawia, że pacjent podąża za otrzymanymi od niego rekomendacjami. Zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań ankietowych, w największym stopniu na motywację pacjenta do korzystania z usług higienizacji wpływa właśnie rekomendacja udzielona przez lekarza. Jej brak uniemożliwia zbudowanie efektywnie działającego gabinetu higieny. Z tego powodu podczas jego tworzenia drugą niezbędną zmianą jest wprowadzenie aktywnego rekomendowania pacjentom zabiegów higienizacji jako poprzedzających leczenie przez wszystkich lekarzy dentystów w zespole.

Artefakty postępowania zauważalne u części osób zarządzających gabinetami stomatologicznymi zakładają, że dotychczasowe standardy obsługi pacjenta pozostaną niezmienne. Jednak zmiany oczekiwań pacjentów wymuszają odejście od dotychczasowej rutyny zakładającej koncentrację pracy z pacjentem z obszaru technicznego wykonania zabiegu w stronę pracy nad świadomością pacjentów. Trzecia zmiana, która decyduje o powodzeniu gabinetu higieny dotyczy zakresu edukacji pacjenta przez higienistę podczas wizyty. Zakłada ona oprócz przekazywania pacjentowi bazowych informacji dotyczących istotności utrzymania stanu zdrowia jamy ustnej, również:

- a. prowadzenie instruktażu szczotkowania i poprawnego mycia zębów,
- b. edukowanie pacjentów o etiologii powstawania kamienia nazębnego i próchnicy,
- c. wyjaśnienie znaczenia regularnych wizyt higienizacyjnych dla utrzymania zdrowia osiągniętego w wyniku leczenia.

Przekonująca postawa higienisty budowana jest poprzez zmianę jego wizerunku wśród pacjentów z osoby wyłącznie wykonującej zabieg na osobę edukującą i autorytet w zakresie profilaktyki i utrzymania higieny. Etap edukacji staje się podstawą budowania profesjonalnego obrazu higienisty, wzmacniania relacji z pacjentem i regularnego korzystania przez niego z zabiegów higienizacji.

Wdrożenie samodzielnie funkcjonującego gabinetu higieny wymaga oprócz wprowadzenia trzech głównych zmian podjęcia również poniższych działań:

1. Porzucenie dotychczasowych stereotypów towarzyszących niskiej ocenie istotności higienizacji na rzecz traktowania zabiegów higieny jako pełnowymiarowego, generującego regularne przychody obszaru praktyki stomatologicznej.
2. Zmiana pozycjonowania usługi higienizacji z dodatkowej na podstawową.
3. Kreowanie w zespole oraz wśród pacjentów przekonania, że zabiegi higienizacji nie są wykonywane przez lekarzy dentystów tylko przez profesjonalnie przygotowanych do tego higienistów.

4. Zapewnienie higienistom stałego rozwoju technicznych umiejętności przeprowadzania zabiegów (praca przy unicie) oraz budowania świadomości pacjenta (praca przy biurku).
5. Rozszerzenie uwagi dotychczas skupionej na obszarze technicznego wykonania zabiegu o profilaktykę i edukację pacjentów dotyczącą istotności regularnych wizyt higienizacyjnych dla utrzymania zdrowia.
6. Zbudowanie profesjonalnego zespołu gabinetu higieny poprzez przeznaczenie pomieszczenia wraz ze sprzętem stomatologicznym do wyłącznego użytku higienisty oraz wskazanie osoby, która będzie wykonywała wyłącznie zabiegi w gabinecie higieny i z tego tytułu będzie wynagradzana.
7. Odejście od zarządzania opartego wyłącznie na przeczuciu i intuicji na rzecz agregacji i analizy parametrów działania.
8. Stosowanie przez wszystkich członków zespołu jednolitego przekazu podczas rozmów z pacjentem dotyczącego istotności zabiegów higieny.
9. Przypisanie rejestratorom zadań związanych z komunikacją z pacjentami w zakresie wizyt higienizacyjnych (reaktywowanie pacjenta spoza ścieżki leczenia, umówienie lub przesunięcie terminu wizyty kontrolnej, akcje promocyjne).
10. Wdrożenie standardu prowadzenia rozmowy rejestratora z pacjentem sondującym rynek, której celem jest zapisanie pacjenta na wizytę.
11. Skoncentrowanie pracy higienisty z pacjentem na budowaniu jego świadomości znaczenia regularnej higienizacji dla utrzymania zdrowej jamy ustnej.
12. Edukowanie pacjentów z zakresu etiologii powstawania chorób zębów i przyzębia oraz kamienia nazębnego.

Przebieg wizyty higienizacyjnej w modelu zintegrowanym zakłada występowanie następujących po sobie etapów:

- a. wprowadzenie pacjenta,
- b. rozmowa wstępna identyfikująca potrzeby pacjenta,
- c. omówienie konsekwencji zaniedbań utrzymania higieny jamy ustnej,
- d. instruktaż prawidłowego mycia zębów i czyszczenia dziąseł,
- e. zabieg medyczny,
- f. prezentacja uzyskanych efektów,
- g. zalecenia i umówienie terminu kolejnej wizyty w gabinecie higieny.

Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że pacjenci oczekują zarówno motywowania przez lekarzy dentystów do dalszego leczenia, w tym wykonywania higienizacji, jak i dostępności do profesjonalnych gabinetów higieny wskazując ją jako istotny czynnik wpływający na ocenę gabinetu stomatologicznego. Uwzględniając powyższe oraz metody proponowania i wykonywania zabiegów higienizacji w gabinetach funkcjonujących w modelu liniowym można założyć, że na rynku usług medycznych istnieje przestrzeń na stworzenie samodzielnie funkcjonującego gabinetu higieny. Oczywiście niepodważalna pozostaje wymagana wysoka jakość medyczna i techniczna wykonywanej higienizacji, które powinny być wykonywane z uwzględnieniem najnowszej wiedzy medycznej opartej na EBD (Evidence Based Dentistry).

5.6 Rozwój i szkolenia umiejętności pozamedycznych zespołu

W branży opartej na wiedzy nieustanny rozwój wpisany jest w proces dopasowania do nadchodzącej zmiany. Dotyczy on w szczególności usług medycznych. Zarówno rekrutacja, jak i szkolenia personelu są metodami uzupełnienia brakujących w zespole zasobów i kompetencji. Z wyłączeniem sytuacji związanych ze zrealizowanym lub planowanym zakończeniem współpracy z członkiem zespołu z powodu jego rezygnacji, lub w następstwie decyzji zarządzającego, prowadzenie rekrutacji do zespołu stomatologicznego powodowane jest podobnymi przesłankami do tych, które towarzyszą decyzjom odpowiadającym na potrzeby szkoleniowe. Najczęściej dotyczą poniższych zależności:

1. Rozszerzenia działalności poprzez uruchomienie dodatkowego stanowiska lub otwarcie kolejnego oddziału.
2. Wprowadzenie do oferty nowych usług, które wymagają uzupełnienia specjalistycznych umiejętności i kompetencji niedostępnych w zespole.
3. Wysokiego poziom wskaźnika rotacji pracowników.
4. Regularnego przekraczania wyznaczonych terminów realizacji zadań.
5. Wzrostu liczby niezadowolonych pacjentów.
6. Wzrostu liczby nieodebranych połączeń przychodzących oraz nieterminowości komunikacji z pacjentami.
7. Wykonywania części zabiegów przez lekarzy bez współpracy z asystentem.
8. Błędów lub pomijania części wymaganych procedur podczas obsługi pacjenta.
9. Niskiego poziomu wskaźnika wykorzystania potencjału gabinetu (W1) przy jednoczesnym braku wolnych terminów na wizyty w ciągu kilku kolejnych tygodni.
10. Niskiego poziomu wskaźnika udziału badań wykonanych u pacjentów pierwszorazowych w liczbie wizyt pacjentów pierwszorazowych (E2).
11. Niskiego poziomu wskaźnika udziału pacjentów pierwszorazowych kontynuujących leczenie w liczbie wizyt pacjentów pierwszorazowych (E1).

Decyzja zarządzającego o tym, czy dane zjawisko wymaga spełnienia potrzeb szkoleniowych, czy zatrudnienia dodatkowej osoby, wynika z przeprowadzonych analiz przyczyn, które towarzyszą jego występowaniu w gabinecie.

Rekrutacje do gabinetu stomatologicznego funkcjonującego w modelu liniowym prowadzone są w oparciu o metodę intuicyjną, która zakłada wykorzystanie dotychczasowego doświadczenia rekrutera, jako podstawowego kryterium decyzyjnego podczas weryfikacji aplikacji, rozmów i spotkań rekrutacyjnych z kandydatami. Metoda ta może być skuteczna, jeżeli u podstaw jej stosowania stoi wieloletnie doświadczenie prowadzącego i duża liczba zrealizowanych rekrutacji. Z konsultacji prowadzonych z zarządzającymi gabinetami podczas prowadzonych badań wynika, że prowadzącym rekrutacje jest przeważnie właściciel, a średnia wielkość zespołu stomatologicznego i liczba prowadzonych jednocześnie procesów rekrutacyjnych wykluczają zasadność jej stosowania. Na wybór kandydata w mniejszym stopniu wpływają więc obiektywne przesłanki, a w większym oczekiwany, krótki czas przeznaczony na realizację procesu i wybór kandydata. Konsekwencją błędów rekrutacyjnych jest konieczność wielokrotnego powtarzania procesu wdrożenia nowego pracownika na to samo stanowisko. W największym stopniu wpływa to na funkcjonowanie zespołu i wizerunek gabinetu:

- a. niezadowolenie pacjentów z powodu opóźnień lub błędów w obsłudze popełnianych przez nowego pracownika,
- b. spadek motywacji zespołu, a w szczególności osoby wprowadzającej i szkolącej nowe osoby w zespole,
- c. negatywny sygnał dla pacjentów i dla rynku pracy, ponieważ stała rotacja na tym samym stanowisku może sugerować złą atmosferę w zespole lub niski poziom wynagrodzenia,
- d. ryzyko pojawienia się negatywnych opinii o gabinecie na forach internetowych kierowanych do osób poszukujących pracę.

W modelu zintegrowanym, rekrutacji i wdrożeniu nowego pracownika towarzyszy wizja tego w jaki sposób będzie funkcjonował gabinet w przyszłości i jakimi drogami będzie przebiegał jego rozwój. Wybór nowej osoby do zespołu rozumiany jest jako pozyskanie kompetentnego i rzeczowego kandydata, który ma aktywny udział w osiągnięciu realizacji celów i uzupełnia braki wynikające z fluktuacji lub przepływów pracowników oraz zaspokaja potrzeby związane z rozwojem gabinetu. Pierwszym etapem jest określenie potrzeb rekrutacyjnych, warunków nawiązania współpracy oraz zbudowanie profilu kompetencji nowej osoby poprzez precyzyjnie określenie jakie cechy i umiejętności powinna posiadać. Zdefiniowanie cech modelowego kandydata oraz określenie pożądanych kompetencji do wykonywanych zadań umożliwia na kolejnych etapach porównanie aplikacji pomiędzy sobą, oraz ze wzorcowym modelem, który stanowi odniesienie. Poprawnie zbudowany profil kompetencji pozwala na prowadzenie rozmów rekrutacyjnych w zaplanowany, wyczerpujący i szybszy sposób. W modelu zintegrowanym rekomendowane jest prowadzenie rekrutacji do zespołu stomatologicznego z wykorzystaniem metody STAR (Situation, Task, Action, Result). Oparta jest ona na formie zadawania pytań pozwalających na dochodzenie do prawdy, odkrywanie ukrytych cech kandydatów, nie-domówień, przemilczeń, nadinterpretacji faktów oraz przekłamań ukrytych w aplikacjach i prezentowanych przez kandydatów podczas rozmów. Zakłada występowanie w rozmowie kwalifikacyjnej czterech etapów, w których kandydat po kolei przedstawia: określoną problematyczną sytuację z przeszłości zawodowej będącą jego udziałem, wymagane podczas niej zadanie do wykonania, działania, które kandydat podjął, aby ją rozwiązać i efekt, który uzyskał. Na podstawie wyniku rozmowy oraz rekomendacji i oceny kompetencji przedłożonych przez osobę prowadzącą proces rekrutacji, zarządzający podejmuje decyzję o rozpoczęciu współpracy.

Model zintegrowany zakłada przypisanie nowemu pracownikowi dedykowanej osoby z zespołu, która będzie pełnić funkcję opiekuna wdrożenia wprowadzającego w standardy działania gabinetu i szkolącego nową osobę. Za zastosowaniem takiego rozwiązania przemawiają trzy argumenty. Pierwszy z nich zakłada zmniejszenie liczby obaw i wątpliwości towarzyszących okresowi wdrożenia i tym samym ograniczenie prawdopodobieństwa rezygnacji z pracy nowej osoby, drugi to skrócenie czasu jej wdrożenia do standardów i procedur obowiązujących w gabinecie, a trzeci obejmuje potwierdzenie przez opiekuna momentu gotowości do rozpoczęcia samodzielnej pracy. Wdrożenie nowych osób służy pełniejszemu wykorzystaniu potencjału pracowników przy jednoczesnym określeniu zakresu wykonywanych zadań, zdefiniowaniu ram funkcjonowania

w zespole i przedstawieniu oczekiwanego poziomu standardów pracy. Skuteczne pozyskanie i wdrożenie prowadzą do zwiększenia szans na utrzymanie w zespole zrekrutowanej osoby i ograniczenie fluktuacji w gabinecie. Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że najwyższy poziom zrozumienia istotności czynnika związanego z rekrutacją i wdrożeniem wśród wszystkich grup związanych ze stomatologią jest obserwowany w grupie osób zarządzających.

Podczas występowania negatywnych zjawisk gospodarczych takich, jak pogorszenie koniunktury, w gabinecie stomatologicznym działającym w modelu zintegrowanym jako podmiocie świadczącym specjalistyczne usługi, zarządzający nie reaguje zgodnie z rynkiem i nie redukuje zatrudnienia w tym okresie. Optymalne wykorzystanie dostępnego potencjału oraz posiadanych zasobów, przedkładane jest ponad ograniczenie kosztów utrzymania zespołu. Takie działanie uzasadnione jest trudnością, która towarzyszy odbudowie zespołu podczas ożywienia gospodarczego następującego po okresie recesji i długim okresem potrzebnym na ponowne pozyskanie oraz wdrożenie wykwalifikowanego personelu.

Szkolenia realizowane dla zespołów funkcjonujących w modelu liniowym skoncentrowane są na poprawnym technicznie prowadzeniu procesów i spełnieniu wymogów formalnych, ale nie uwzględniają potrzeb pacjenta, prowadząc do realizowania obsługi w standardzie uprzejmości wymuszonej procedurą. Z danych zebranych podczas analizy wyników badań przez tajemniczego pacjenta wyłania się obraz przeciętnej wizyty stomatologicznej, którą odbywa pacjent pierwszorazowy. Uzyskane oceny potwierdzają to, że zarządzający w wielu przypadkach nie poświęcają wystarczającej uwagi podstawowym czynnościom wykonywanym podczas obsługi pacjenta. Poszukują skutecznych sposobów dotarcia do nowych pacjentów, w tym samym czasie pozwalając na błędy i niedopełnienia zaniebujące tych pozyskanych wcześniej. Zdaniem pacjentów wyrażonym w przeprowadzonym badaniu ankietowym, „jakość komunikacji z lekarzem” jest czynnikiem pozamedycznym, który w najwyższym stopniu wpływa na ocenę gabinetu stomatologicznego, a czynnik „jakość obsługi przez rejestrację” wskazywany jest przez nich na trzecim miejscu jako istotniejszy od „ceny zabiegów medycznych”. Również w zakresie czynników mających wpływ na rezygnację z leczenia w danym gabinecie „jakość obsługi pacjentów przez personel” w wyborach pacjentów jest częściej wskazywana niż „ceny zabiegów” i „zakres świadczonych usług medycznych”. Z powyższych powodów w modelu zintegrowanym szkolenia w zakresie rozwoju kompetencji interpersonalnych i standardów postępowania z pacjentem są podstawowym narzędziem powodującym zauważalną przez pacjenta zmianę jakości realizowanej obsługi. Obejmują następujące obszary umiejętności i kompetencji pozamedycznych:

1. Prowadzenie rozmów z pacjentami sondującymi rynek lub niezdecydowanymi, w sposób, który prowadzi do zapisania ich na wizytę. Wdrożenie scenariusza rozmowy jako podstawowego narzędzia pracy rejestratora, w którym każdy kontakt z pacjentem zawiera propozycję umówienia wizyty.
2. Asertywna komunikacja rejestratora z pacjentem podczas rozmów dotyczących ustalania terminów i godzin wizyt, prowadzona w oparciu o dostępne w gabinecie zasoby, a nie wyłącznie oczekiwania pacjenta. Umawianie wizyt pacjentów na

mniej atrakcyjne dla nich godziny przedpołudniowe i południowe zamiast wieczornych pozwala na zmianę wykorzystania dostępnego czasu pracy fotela i skrócenie czasu oczekiwania na wizytę.

3. Umiejętność udzielenia rekomendacji przez rejestratora w sposób, który zawiera wskazania obejmujące kilka osób, nawet jeżeli pytanie pacjenta dotyczyło tylko jednej. Unikanie rekomendowania tylko jednego dentysty pozwala wyeliminować sytuacje, w których jego niedostępność w terminie oczekiwanym przez pacjenta blokuje możliwość skutecznego polecenia innego specjalisty.
4. Realizacja opieki nad pacjentami pierwszorazowymi, dla których nowe są zarówno procedury postępowania obowiązujące w praktyce stomatologicznej, jak i środowisko. Informowanie o przebiegu kolejnych etapów wizyty, umiejscowieniu poczekalni, toalety i miejsca do pozostawienia okrycia wierzchniego celem redukcji poczucia zagubienia pacjenta i obaw związanych z nowym miejscem.
5. Standardy obsługi oparte na uważności i zainteresowaniu potrzebami pacjenta dotyczące wszystkich etapów wizyty w gabinecie od momentu wejścia do placówki do zakończenia wizyty i pożegnania.
6. Budowanie świadomości i motywacji do leczenia w oparciu o komunikację lekarza dentysty z pacjentem obejmującą szczegółowe omówienie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego i przedstawienia możliwych rozwiązań medycznych. Wdrożenie schematu postępowania w gabinecie lekarskim obejmującego informowanie każdego pacjenta o zakresie planowanego leczenia podczas wizyty, a w szczególności jego prognozowanym koszcie.
7. Komunikacja higienisty z pacjentem obejmująca edukację w zakresie etiologii powstawania próchnicy i kamienia nazębnego. Zbudowanie świadomości pacjenta dotyczącej wpływu stosowania profilaktyki i regularnych higienizacji na stan zdrowia jamy ustnej.

Podczas tworzenia modelu zintegrowanego przyjęto, że odkładanie w czasie szkolenia zespołu z zakresu umiejętności i technik prowadzenia rozmów z pacjentami jest rodzajem przyzwolenia na utratę części pacjentów w konsekwencji nieskutecznej obsługi. Bezsprzecznym pozostaje fakt, że rozwój kompetencji interpersonalnych w zakresie rozmów z pacjentami jest prostym sposobem na poprawę parametrów jakościowych pracy zespołu rejestracji. Na istotność tego czynnika wpływa fakt, że powtarzalność procesu szkolenia wspiera utrzymanie wysokiego poziomu jakości pracy zespołu z pacjentem. Dodatkowo zmniejsza ryzyko wystąpienia zjawiska „erozji standardów”, rozumianego jako stopniowe, powolne odchodzenie przez członków zespołów od stosowania uzgodnionych reguł pracy i obsługi pacjentów na rzecz niewystandaryzowanych działań.

Przedstawione w rozdziale rekomendacje w zakresie wdrożenia w gabinecie stomatologicznym zintegrowanego modelu zarządzania obejmują najważniejsze obszary zmiany. Wprowadzenie tylko wybranej części z nich prowadzi do powstania modelu przejściowego, w którym wprawdzie usprawnione zostają pojedyncze działania, ale powoduje jedynie powstanie zmodyfikowanego modelu liniowego. Tymczasem kompleksowa implementacja zaproponowanych działań w wymienionych obszarach umożliwia

stworzenie gabinetu wyróżniającego się na rynku w zakresie obsługi pacjentów i prowadzi do wzrostu ich satysfakcji. Ponadto wpływa na poprawę dostępu do potencjału pacjentów do wyleczenia oraz wykorzystanie posiadanych przez gabinet zasobów.

6 ZAKOŃCZENIE

6.1 Wnioski końcowe

Rynek usług stomatologicznych ewoluuje i jak wszystkie branże usługowe stopniowo ulega zmianie. Weryfikacji wymagają dotychczasowe doktryny zakładające, że wiedza i umiejętności medyczne wystarczą do zbudowania efektywnie funkcjonującego gabinetu stomatologicznego. Powyższe sugeruje konieczność uwzględnienia w procesie zarządzania również czynników niezwiązanych z medycyną, dotyczących procesów poprzedzających leczenie i następujących po nim. Wymaga to ich zidentyfikowania, a następnie oceny ich istotności dla pacjentów podczas wyboru gabinetu, podejmowania decyzji o zakresie leczenia, rezygnacji z usług, jak i ogólnej oceny całego gabinetu. Zadanie to zrealizowano w rozdziałach trzecim i czwartym. Zidentyfikowano kluczowe czynniki pozamedyczne oraz porównano ich domniemaną istotność dla członków zespołów stomatologicznych z ich rzeczywistym znaczeniem dla pacjentów oraz przedstawiono wyniki ocen z przeprowadzonych obserwacji uczestniczących obejmujących etapy wizyty pacjenta pierwszorazowego. Również w rozdziale czwartym zaproponowano autorskie wskaźniki umożliwiające dokonywanie oceny wykorzystania posiadanego potencjału oraz efektywności działania gabinetu stomatologicznego. Cel dysertacji zrealizowano w rozdziale piątym poprzez opracowanie zintegrowanego modelu zarządzania gabinetem stomatologicznym w obszarze obsługi pacjenta, który uwzględnia wpływ czynników pozamedycznych na procesy zachodzące w placówce i umożliwia efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów. Podczas jego budowy wykorzystano wyniki przeprowadzonych badań oraz obserwacje i wnioski wysunięte na ich podstawie. Jakość obsługi, którą zakłada stworzony model powoduje przekroczenie oczekiwań pacjenta, powstanie wysokiego poziomu satysfakcji z leczenia oraz ograniczenie migracji pacjentów pomiędzy gabinetami. Wiedza pacjenta o posiadanych problemach stomatologicznych i niekorzystnym wpływie chorób zębów oraz przyzębia na funkcjonowanie całego organizmu daje jemu możliwość podjęcia świadomej decyzji o leczeniu. Z tego powodu w modelu zaplanowano działania obejmujące edukację medyczną pacjenta.

W dysertacji przedstawiono odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Na pierwsze z nich „W jaki sposób zorganizowana jest obsługa pacjenta w gabinecie stomatologicznym?”, odpowiedziano w rozdziale drugim, opisując działanie popularnego na rynku modelu liniowego oraz realizowaną w nim obsługę pacjenta. Omówiono, w jaki sposób wykonywane są zadania rejestratorów, i co sprawia, że ograniczając działania do planowania terminów wizyt i rozliczania płatności za wykonane zabiegi przyjmują oni głównie rolę administracyjno-urzędniczą zamiast doradczej. Standard realizowanej obsługi w tym modelu nazwano mianem wymuszonej uprzejmości, która wprawdzie dostarcza pacjentowi odpowiedzi na zadawane pytania, jednak wyłącznie w podstawowym zakresie i nastawiona jest na realizację zadania, a nie na spełnienie potrzeb pacjenta.

Na drugie z postawionych pytań badawczych „Co decyduje, poza czynnikami medycznymi o wyborze przez pacjenta gabinetu stomatologicznego oraz wpływa na wystawioną przez niego ocenę?” odpowiedziano w rozdziale trzecim, omawiając kluczowe czynniki pozamedyczne oddziałujące na decyzje pacjentów oraz w rozdziale czwartym

prezentując wyniki przeprowadzonych sondaży diagnostycznych i obserwacji uczestniczących. Z obszaru czynników interpersonalnych jako najistotniejsze wymieniono „jakość komunikacji lekarza z pacjentem” oraz „jakość obsługi przez rejestrację”, z obszaru czynników techniczno-organizacyjnych funkcjonowania gabinetu wybrano „dostępność terminów wizyt”, natomiast z obszaru czynników ekonomicznych wskazano „ceny zabiegów medycznych”. Zaobserwowano znaczące rozbieżności w ocenach przyznawanych przez poszczególne grupy respondentów, które powodują powstawanie błędnych projekcji na temat oczekiwań i ocen pacjentów towarzyszących członkom zespołów stomatologicznych. Czynnik dotyczący wyglądu zewnętrznego lokalu i jego oznakowania, któremu pacjenci przyznali 35,6% ocen „raczej ważne” i „bardzo ważne”, nie ma tak istotnego wpływu na ogólną ocenę gabinetu stomatologicznego, jak zarządzający myślą, że ma dla pacjentów. Przecenili go dwukrotnie, przyznając temu czynnikowi 74,9% ocen „raczej ważne” i „bardzo ważne”. Podobna sytuacja dotyczy cen zabiegów. Zdaniem pacjentów są one czynnikiem o mniejszej istotności podczas podejmowania decyzji o rezygnacji z korzystania z usług w danym gabinecie niż myślą o tym wszystkie badane grupy związane ze stomatologią. Największe, ponad dwukrotne przeszacowanie dotyczy grupy pracowników, którzy wskazują istotność tego czynnika dla pacjentów na poziomie 85,5%, podczas gdy istotność wskazana przez pacjentów wynosi 38,2%. Tymczasem największy wpływ na rezygnację z leczenia ma zdaniem pacjentów inny czynnik pozamedyczny tj. „odległy termin wizyty”, który wskazało 46,6% z nich.

Wśród czynników pozamedycznych, które w najistotniejszy sposób wpływają na wybór gabinetu stomatologicznego, 85,1% ankietowanych pacjentów wskazuje „rekomendacja i polecenia od znajomych lub rodziny”. Z kolei przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu i kontynuacji leczenia zaobserwowano, że czynnik „jakość komunikacji lekarza z pacjentem” ma dla pacjentów większe znaczenie niż czynniki „cena zabiegów” oraz „czas oczekiwania na wizytę”. To właśnie czynnikowi dotyczącemu komunikacji respondenci ze wszystkich grup zawodowych przyznali średnią wskazań wynoszącą 93,9%, uznając jego wpływ na ocenę gabinetu stomatologicznego przez pacjentów za najistotniejszy. Jako drugi istotny czynnik w tym zakresie wskazano „jakość obsługi przez rejestrację”, który otrzymał średnią ocen 89,6%, a trzeci „dostępność terminów wizyt” ze średnią ocen 86,2%. Umiejętność prowadzenia skutecznej komunikacji z pacjentem jest tym samym uznawane za kluczowy czynnik, niezbędny dla efektywnego funkcjonowania gabinetu.

Oczekiwania pacjenta zbudowane są na podstawie wcześniejszych doświadczeń zdobytych podczas wizyt w innych gabinetach dentystycznych oraz opinii zebranych od osób trzecich. Przeprowadzone obserwacje uczestniczące tajemniczego pacjenta pozwoliły na zweryfikowanie, w jakim stopniu w gabinetach spełniane są standardy obsługi pacjenta pierwszorazowego na poszczególnych etapach wizyty stomatologicznej. Średnia przyznanych ocen rysuje rzeczywisty obraz poziomu realizacji tych oczekiwań w zakresie obsługi oraz przebiegu leczenia. Pacjentom łatwiej jest rekomendować te usługi, z których sami korzystają. Z tego powodu leczenie interwencyjne generuje polecenia dotyczące zabiegów z tego zakresu. Zmiana efektywności wykorzystania posiadanych zasobów wymaga zmiany zakresu leczenia wykonywanego w placówce. W dysertacji

przedstawiono praktyczne rekomendacje działań prowadzących do stopniowego odchodzenia od leczenia interwencyjnego na rzecz pełnego wyleczenia pacjenta. W zaproponowanych rozwiązaniach uwzględniono obserwacje z przeprowadzonych badań.

W rozdziale czwartym przedstawiono wyniki zrealizowanych obserwacji uczestniczących. Zaprezentowano oceny kolejnych etapów przeciętnej wizyty stomatologicznej widzianej oczami pacjenta pierwszorazowego. Szczegółowo omówiono oceny przyznane czynnościom realizowanym przez rejestratorów, asystentów i lekarzy, przed, w trakcie oraz po leczeniu, co umożliwiło uzyskanie odpowiedzi na pytanie badawcze „Jak statystyczny pacjent ocenia poszczególne etapy pierwszej wizyty stomatologicznej w gabinecie?”. Wynika z nich, że podczas 71,6% analizowanych wizyt, lekarz dentysta nie podejmuje żadnej rozmowy z pacjentem na temat kompleksowego planu leczenia lub prowadzi ją w sposób oceniony jako niewystarczający. Takie działania nie tylko ograniczają możliwość zaprezentowania pacjentowi dostępnych rozwiązań medycznych, ale także ograniczają rozwój zawodowy lekarza dentysty poprzez wykonywanie powtarzalnego zakresu podstawowych zabiegów. Obserwując, że zaledwie podczas 2,9% analizowanych wizyt lekarz dentysta prowadzi rozmowę na temat kompleksowego leczenia w sposób, który jest oceniony jako profesjonalny, możliwa jest predykcja niskiej liczby pacjentów, którzy takie leczenie podejmą. Do podobnych wniosków prowadzą oceny poziomu motywacji pacjentów do leczenia, prowadzone podczas obserwacji uczestniczących tajemniczy pacjent oraz odpowiedzi zebrane w trakcie sondaży diagnostycznych dotyczących zakresu czynników wpływających na decyzje pacjenta o rozszerzeniu zakresu leczenia. Wyniki obserwacji uczestniczących wskazują, że w 77,7% przypadków, pacjent pierwszorazowy po zakończeniu wizyty nie ma żadnej motywacji do dalszego leczenia lub ma motywację, która jest niewystarczająca. Pacjenci pytani o czynniki, które mogą wpłynąć na ich decyzje o rozszerzeniu zakresu leczenia, wskazują na trzy najistotniejsze z nich: „szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza”, „wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej” oraz „wizualizacja możliwych do osiągnięcia efektów leczenia”. Zestawiając te informacje z wynikami obserwacji uczestniczących, z których wynika, że podczas 67,6% wizyt pacjentów pierwszorazowych lekarze nie używają obrazów podczas rozmowy z pacjentem, nakreślony zostaje obraz skali niedociągnięć i błędów podczas obsługi. Do najważniejszych z nich należą:

1. Podczas 8,8% wizyt pacjent wchodzący do placówki pozostaje niezauważony przez pracowników.
2. Podczas 52,9% wykonanych wizyt rejestrator nie przedstawia pacjentowi przebiegu wizyty.
3. 41,2% wizyt rozpoczyna się z opóźnieniem.
4. W trakcie 36,8% wizyt, lekarz skupia się jedynie na leczeniu interwencyjnym i nie podejmuje żadnej rozmowy o kontynuacji leczenia.
5. 60,0% wizyt zostaje zakończonych bez omówienia przez lekarza wykonanego leczenia lub po omówieniu go w sposób niewystarczający.
6. Podczas 30,4% wizyt pacjent nie otrzymuje propozycji umówienia kolejnego terminu leczenia.

Oceny poszczególnych etapów wizyty wskazują na występowanie w modelu liniowym niekorzystnych dla pacjentów różnic pomiędzy ich oczekiwaniami a jakością realizowanej obsługi. Powstałe rozbieżności wpływają na ograniczenie otwartości pacjenta do podejmowania decyzji i niewykorzystanie dostępnego potencjału do leczenia.

Zastosowanie autorskich wskaźników zaproponowanych w rozdziale czwartym pozwala na ocenę efektywności funkcjonowania gabinetu stomatologicznego. Stanowią one odpowiedź na kolejne z postawionych pytań badawczych tj. „Jak ocenić efektywność funkcjonowania gabinetu stomatologicznego niezależnie od przyjętego modelu zarządzania?”. Pozwalają zbadać wykorzystanie dostępnego potencjału czasu pracy gabinetu, skuteczność pracy rejestracji, jakość pracy lekarza dentystry w zakresie budowania relacji z pacjentami pierwszorazowymi, umiejętność prowadzenia procesów leczenia pacjentów objętych kompleksowym planem oraz ocenę zdolności gabinetu do pozyskiwania nowych pacjentów. Zaproponowane wskaźniki oceny potencjału oraz efektywności umożliwiają weryfikację funkcjonowania gabinetu stomatologicznego poprzez wykonanie obliczeń z wykorzystaniem wartości przychodów z zabiegów przypadających na jedną godzinę działania, na godzinę zakontraktowaną i na godzinę przepracowaną, przedstawionych w ujęciu na jeden unit stomatologiczny. Różnice pomiędzy poziomami tych wskaźników są podstawą do interpretacji efektywności wykorzystania dostępnych, indywidualnych zasobów gabinetu, jakości realizowanej obsługi oraz komunikacji z pacjentami dotyczącej realizacji planu leczenia. Wskaźniki te pozwalają na benchmarking i zestawienie ze sobą wyników gabinetów o różnej wielkości oraz odniesienie ich do średnich wartości na rynku. Przeprowadzona analiza parametrów funkcjonowania gabinetów wykazała, że skuteczność procesu zarządzania gabinetem stomatologicznym jest następstwem decyzji, w których pacjent jest stawiany w centrum zainteresowania personelu.

W pracy wykazano, że budowanie pozycji gabinetu stomatologicznego na rynku nie jest wyłącznie efektem zastosowanych działań marketingowych. W piątym rozdziale przedstawiono rekomendacje działań, które stanowią odpowiedź na pytanie badawcze „Jak zarządzać obszarem obsługi pacjenta, aby efektywnie wykorzystać potencjał gabinetu?”. Zaobserwowano, że efektywność zależy również od pełniejszego wykorzystania potencjału medycznego pacjentów pozostających w trakcie leczenia oraz skutecznej obsługi realizowanej poprzez wysoką jakość komunikacji. Jest ona alternatywną metodą pozyskiwania pacjentów pierwszorazowych oraz sposobem na budowanie marki gabinetu.

Statystyczny polski pacjent posiada liczne, nieleczone problemy stomatologiczne. O części z nich nie ma żadnej wiedzy lub ma ją w stopniu, który nie jest wystarczającym impulsem do podjęcia leczenia. Zaniedbania obsługi pacjenta i brak standardu ścieżki przepływu pacjenta w gabinecie powodują, że średni poziom wykorzystania dostępnego czasu pracy unitów stomatologicznych wynosi 57%, podczas gdy wysoka motywacja do dalszego leczenia towarzyszy 3,9% pacjentów pierwszorazowych. W tym samym czasie 73,5% ankietowanych osób zarządzających deklaruje, że planuje w najbliższej przyszłości, otwarcie kolejnego gabinetu stomatologicznego. Z jednej strony, co najmniej kilka zębów przeciętnego Polaka wymaga leczenia, a z drugiej, lekarze dentyści nie wykorzystują tego potencjału, nie edukują pacjentów i koncentrują się na leczeniu objawowym.

Skupiają się na tych problemach, które dla pacjentów stały się na tyle pilne, że dyskomfort lub ból zmusiły ich do wizyty u lekarza, zamiast skoncentrować się na pełniejszym wykorzystaniu dostępnych zasobów i wyleczeniu wszystkich problemów stomatologicznych pacjenta. W konsekwencji zarządzający gabinetami stomatologicznymi błędnie upatrują zmiany efektywności działania oraz poprawy wyniku finansowego wyłącznie w większej liczbie pacjentów pierwszorazowych lub ewentualnym wzroście cen zabiegów.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przedstawiony w pracy zintegrowany model zarządzania gabinetem stomatologicznym pozwala wpływać na efektywność wykorzystania zasobów i jest odpowiedzią na potrzeby rynku, które uwzględniają oczekiwania pacjentów, prowadząc do ich kompleksowego wyleczenia. Zestawienie oczekiwanych efektów zastosowania zintegrowanego modelu w praktyce przedstawiono w tabeli 6.1.

Tabela 6.1. Oczekiwane efekty zastosowania elementów modelu w praktyce.

Element modelu	Założenie	Oczekiwany efekt
Zmiana zakresu realizowanego leczenia z interwencyjnego na kompleksowe wyleczenie.	Ustalenie kompleksowego wyleczenia pacjenta jako nadrzędnego celu realizowanej obsługi.	Wzrost liczby pacjentów kontynuujących i kończących leczenie, a w konsekwencji zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów. Kompleksowość leczenia prowadzi do wykonywania większej liczby specjalistycznych zabiegów. Wzrost specjalistycznego doświadczenia zawodowego lekarzy dentystów.
Zmiana struktury zespołu.	Odejście od wielozadaniowości asystentów stomatologicznych na rzecz przypisania konkretnych funkcji w zespole wyodrębnionym stanowiskom: rejestrator, asystent i higienista.	Poprawa jakości obsługi dostarczanej pacjentowi. Czytelny podział zadań w zespole. Specjalizacja pracowników i poprawa efektywności realizowanych przez nich zadań.
Ustrukturyzowana ścieżka przepływu pacjenta w gabinecie.	Odejście od standardu realizacji leczenia pacjenta przez tylko jednego lekarza i podział etapów leczenia pacjenta pomiędzy lekarzy specjalistów dobranych do danego zakresu leczenia. Planowanie i kierowanie ścieżką przepływu pacjenta w gabinecie.	Wzrost specjalizacji lekarzy dentystów w realizowanych przez nich obszarach leczenia. Dostarczenie pacjentowi najwyższej jakości na każdym etapie leczenia.
Kompleksowe badanie jamy ustnej. Komunikacja z pacjentem. Wypełnienie roli edukacyjnej.	Każdy nowy pacjent kierowany jest na kompleksowe badanie stanu zdrowia jamy ustnej. Podczas omawiania wyników kompleksowego badania, pacjent otrzymuje szczegółowe informacje o wszystkich występujących problemach stomatologicznych. Pacjentowi przedstawiany jest przygotowany dla niego plan kompleksowego leczenia i zaprezentowane zostają możliwe do osiągnięcia efekty leczenia.	Zbudowanie świadomości pacjenta na temat wszystkich występujących u niego problemów stomatologicznych. Zrozumienie przez pacjenta następstw i konsekwencji zaniechań i niepodejmowania leczenia. Wzrost liczby pacjentów kontynuujących leczenie oraz liczby pacjentów osób decydujących się na leczenie w szerszym zakresie niż pierwotna potrzeba. Wprowadzenie standardu prowadzenia rozmów z pacjentem, który zakłada wspieranie przekazu obrazem i zdjęciami.

Element modelu	Założenie	Oczekiwany efekt
Rekomendacje higienizacji udzielane pacjentowi.	Każdy lekarz dentysta w zespole zaleca i rekomenduje wszystkim leczonym pacjentom wykonanie dodatkowo zabiegu higienizacji przez higienistę.	Wzrost liczby higienizacji wykonywanych u pacjentów pierwszorazowych i wszystkich pacjentów ogółem.
Standardy obsługi pacjenta. Informowanie pacjenta o cenie zabiegu przed rozpoczęciem leczenia.	Wszyscy pacjenci są obsługiwani według jednolitych procedur postępowania.	Powtarzalność i przewidywalność obsługi pacjenta. Wyróżnienie gabinetu za pomocą jakości realizowanej obsługi. Zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia konfliktowych sytuacji z pacjentem.
Miejsce prowadzenia rozmowy z pacjentem.	Rozdzielenie miejsc, w których jest realizowana jest rozmowa, od pacjentem od miejsc, w których przeprowadzane jest leczenie.	Rozmowy edukacyjne i budujące świadomość medyczną pacjenta są realizowane, gdy pacjent przebywa poza unitem stomatologicznym. Wzrost przyswajalności informacji przekazywanych w komfortowych dla pacjenta warunkach. Zrozumienie przez pacjenta jego problemów medycznych prowadzi do wzrostu liczby zaakceptowanych planów leczenia.
Rekrutacja na podstawie modelu STAR.	Budowanie zespołu z najlepszych kandydatów.	Dostarczanie pacjentowi wysokiej jakości usług i obsługi.
Rozwój zespołu poprzez szkolenia pozamedyczne.	Rozwój kompetencji miękkich z zakresu komunikacji.	Lepsze dopasowanie obsługi do potrzeb pacjenta. Minimalizacja błędów i nieporozumień powstałych w wyniku niewłaściwej komunikacji. Poprawa komunikacji i współpracy wewnątrz zespołu, pełniejsze wzajemne zrozumienie pełnionych ról.
Ustalanie cen zabiegów.	Uwzględnienie kosztów funkcjonowania placówki oraz indywidualnych cech, które ją wyróżniają podczas ustalania ceny usług i zabiegów.	Zamiana metody ustalania cen usług i zabiegów z bazującej na kopiowaniu cen od konkurencji, na bardziej świadomą metodę, uwzględniającą indywidualne parametry działania placówki.
Wszystkie elementy modelu zintegrowanego.	Poprawa efektywności wykorzystania zasobów i efektywności pracy lekarza dentysty z pacjentem.	Wzrost liczby wykonywanych zabiegów. Wzrost liczby wyleczonych pacjentów. Wzrost poziomu satysfakcji pacjentów. Wzrost liczby pacjentów pierwszorazowych. Wzrost liczby rekomendacji udzielanych przez pacjentów innym pacjentom. Zamiana dominującego źródła pochodzenia nowych pacjentów z płatnych reklam i ogłoszeń na rekomendacje i polecenia od dotychczasowych pacjentów. Poprawa wyniku finansowego placówki.

Z punktu widzenia ekonomii gabinetu stomatologicznego, poprawnie założono, że zarządzanie prowadzące do dostarczania pacjentowi kompleksowego leczenia oraz obsługi na poziomie spełniającym i przewyższającym jego oczekiwania, powinno przynieść wymierne efekty finansowe. Sformułowane rekomendacje w obszarze zarządzania gabinetem stomatologicznym, wpływają na to, że praca ma również charakter użyteczny i uzupełnia dorobek teoretyczny.

6.2 Kierunki dalszych prac

Z uwagi na potrzebę dalszego pogłębiania podjętego zagadnienia oraz zweryfikowania działania zaproponowanego modelu, określono kierunki dalszych prac badawczych, które obejmują:

1. Praktyczne wdrożenie modelu w gabinetach stomatologicznych i weryfikację jego parametrów.
2. Zbudowanie narzędzi do badania rzeczywistego zakresu wdrożenia modelu.
3. Monitorowanie zmian parametrów działania gabinetu po wdrożeniu modelu.
4. Określenie kluczowych elementów modelu powodujących zmianę funkcjonowania gabinetu stomatologicznego.

Rozwiązania zaproponowane w modelu zintegrowanym pozwalają na dostosowanie go do obsługi pacjentów leczonych w ramach innych specjalizacji takich jak na przykład ginekologia, ortopedia, okulistyka, medycyna estetyczna i innych. Model wykazuje potencjał do skonwertowania go również do obsługi klientów w branży weterynaryjnej i usługowej.

BIBLIOGRAFIA

Pozycje książkowe i artykuły w czasopismach

- [1] Adamkiewicz-Drwiłło H.G., Uwarunkowania konkurencyjności przedsiębiorstwa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2002.
- [2] Al-Abri R., Al-Balushi A, Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement, Oman medical journal, 29(1), <https://www.omjournal.org/articleDetails.aspx?coType=1&aId=467> dostęp z dnia 23-01-2024, 2014.
- [3] Brecon D.J., Lancaster B., Harvey J.S., Community Health Education: Setting, Roles and Skills for the 21 st Century, An Aspen Publications, Gaithersburg, 1984.
- [4] Brooking A., Intellectual Capital, Core Basset for the Third Millenium Enterprise, International Thomson Business Press, London, 1997.
- [5] Bukowska-Piestrzyńska A., Jakość obsługi pacjenta a konkurencyjność gabinetu stomatologicznego, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 13, 2012.
- [6] Bukowska-Piestrzyńska A., Marketing gabinetu stomatologicznego, Czelej, Lublin, 2011.
- [7] Bukowska-Piestrzyńska A., Pozamedyczne czynniki warunkujące wybór placówki zdrowotnej przez klientów, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, 1(1183) Efektywność - rozważania nad istotą i pomiarem, Wrocław, 2007.
- [8] Bukowska-Piestrzyńska A., Przedsiębiorczość lekarzy dentystów w kontekście relacji z pacjentami, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2013.
- [9] Caude R., Moles A., Methodologieversune science de l'action, Paryż, 1964.
- [10] Chmielewska-Kemicer E., Karakiewicz B., Kształtowanie wizerunku placówek ochrony zdrowia na rynku usług medycznych, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 56, Szczecin, 2010.
- [11] Cieślík K., Przybylska K, Jakość usług stomatologicznych na przykładzie Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o. w Poznaniu, Handel wewnętrzny, 6 (377), Poznań, 2018.
- [12] Cygańska M., Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej na przykładzie procesu logistycznego w szpitalu, Zdrowie i Zarządzanie, 4(2), 2004.
- [13] Czermiński A., Zarys organizacji pracy i zarządzania, PWN, Warszawa, 1969.
- [14] Czermiński A., Zarządzanie organizacjami, TNOiK, Toruń, 2001.
- [15] Czerw A., Religioni U., Olejniczak D., Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych., Problemy Higieny Epidemiologicznej, 93 (2), Oficyna Wydawnicza MA, Łódź, 2012.
- [16] Czerwiak A., Ćwik K., Zasadność działań public relations w zakładach opieki zdrowotnej, Pielęgniarstwo Polskie, 1, 2008.
- [17] D. B. S. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2021.
- [18] Dewi F.D., Sudjana G., Oesman Y.M, Patient satisfaction analysis on service quality of dental health care based on empathy and responsiveness, Dental research journal, 8(4), 2011.
- [19] Domagała A., Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie., Polityka Społeczna, 7, Warszawa, 2008.
- [20] Drucker P.F, Zarządzanie w XXI wieku, Muza SA, Warszawa, 2000.
- [21] Drucker P.F., Managing Oneself, Harvard Business School Publishing, Boston, 1999.

- [22] Drucker P.F., *Myśli przewodnie*, MT Biznes, Warszawa, 2008.
- [23] Dubas K., *Problematyka efektywności w Ochronie Zdrowia – znaczenie i metody pomiaru*. Problemy Zarządzania, 3 (33), Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 2011.
- [24] Dworzański W., Dworzańska A., Burdan F., *Istota relacji lekarz – pacjent w budowaniu wizerunku placówki medycznej*, Polski Merkuriusz Lekarski, tom 32(187), 2012.
- [25] Dziwanowska K., *Relacje i lojalność klientów w marketingu*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2012.
- [26] ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en>, dostęp z dnia 17.01.2023, 2023.
- [27] *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, PWE, Warszawa, 1981.
- [28] Fedorowski J.J., Niżankowski R., *Ekonomika medycyny*, PZWL, Warszawa, 2002.
- [29] Fołtyn H., *Klasyczne i nowoczesne struktury organizacji*, Wydawnictwo Key Text, Warszawa, 2013.
- [30] Frampton S., Gilpin L., Charmel P., *Putting Patient First: Designing and Practicing Patient-Centered Care*, 7(4), Jossey-Bass Public Health, <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00302.x> dostęp z dnia 23-01-2024, 2004.
- [31] Furtak M., Książek P., Rzemek C., Zdrojkowski J., *Kształcenie menedżerów jako kluczowy czynnik efektywnego zarządzania jednostkami ochrony zdrowia*, Zdrowie Publiczne, 3(120), 2010.
- [32] Furtak R., *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa, 2003.
- [33] Gliński B., Kuc B.R., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWE, Warszawa, 1990.
- [34] Gliński B., *Mała encyklopedia ekonomiczna*, Warszawa: PWE, 1974.
- [35] Gościński J., *Projektowanie systemów zarządzania*, Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1971.
- [36] Grabowska S., *Kluczowe wskaźniki efektywności - studium przypadku.*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie, 108 (1183), Gliwice, 2017.
- [37] Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa, 2005.
- [38] Grycuk A., *Kluczowe wskaźniki efektywności (KPI) jako narzędzie doskonalenia efektywności operacyjnej firm produkcyjnych zorientowanych na lean*, Przegląd Organizacji, 2, <https://doi.org/10.33141/po.2010.02.08> dostęp z dnia 23-01-2024, 2010.
- [39] GUS, *Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych od 1950 roku*, Warszawa, 2022.
- [40] GUS, *Społeczeństwo informacyjne w Polsce*, Warszawa, 2020.
- [41] GUS, *Stan zdrowia ludności Polski na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS)*, Warszawa, 2019.
- [42] GUS, *Stan zdrowia ludności Polski*, Warszawa, 2009.
- [43] GUS, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS)*, Warszawa, 2014.
- [44] Hejduk I.K., Grudzewski W.M., Sankowska A., Wańtuchowicz M., *W kierunku zarządzania drugiej generacji – model diamentu czterech paradygmatów współczesnego przedsiębiorstwa*, E-mentor, 1(33), Warszawa, 2010.
- [45] Hołub--Iwan J., *Usługi medyczne, w Współczesna ekonomika usług*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2005.

- [46] Howe, LC., Hardebeck, EJ., Leibowitz, KA., Crum, AJ, Providers' Demeanor Impacts Patient Perceptions of Visit Length., *Journal of General Internal Medicine*, 34(2), 2019.
- [47] Jemielniak D., Koźmiński A., Zarządzanie od podstaw, Wolters Kluwer, Warszawa, 2011.
- [48] Kaczmarek B., Sikorski Cz., Podstawy zarządzania, Wydawnictwo Absolwent, Łódź, 1999.
- [49] Kaluzny, A.D., Shortell S.M., Podstawy zarządzania opieką zdrowotną, Vesalius, Kraków, 2001.
- [50] Karniej P., Zarządzanie kompetencjami pozamedycznymi lekarzy, pielęgniarek i położnych, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 3(1), Wrocław, 2013.
- [51] Kaur J. i in. , Mystery patients or simulated patients: A check on the Medical Professionals. *Delhi Psychiatry Journal* 2015, nr 1, 2015.
- [52] Kautsch M. , Po co nam przywódcy?, *Służba Zdrowia*, Warszawa, 2006.
- [53] Kautsch M., Zarządzanie w opiece zdrowotnej nowe wyzwania, Wolters Kluwer, Warszawa, 2015.
- [54] Kęsy M., Kompetencje zawodowe młodych, WUJ, Kraków, 2008.
- [55] Kiechel W., Jak zarządzanie zmieniło świat. 100 lat zarządzania, *Harvard Business Review Polska*, 3, 2003.
- [56] Kieżun W., Sprawne zarządzanie organizacją. Zarys teorii i praktyki, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, 2001.
- [57] Klich J., Motywowanie finansowe personelu, *Zdrowie i Zarządzanie*, 1(4), 2004.
- [58] Komisja Europejska, European Core Health Indicators, https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi/echi-european-core-health-indicators_en, dostęp 17.01.2023, 2023.
- [59] Kopaliński W., Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem, PWN, Warszawa, 1994.
- [60] Kopiński A., Porębski D., Kluczowe mierniki efektywności dla szpitala w perspektywie finansów zrównoważonej karty wyników, *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 4 (82), 2016.
- [61] Kornatowski M.A., Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik poziomu jakości opieki zdrowotnej, *Antidotum*, 1, 1995.
- [62] Kossowska M., Sołtysińska I., Szkolenie pracowników a rozwój organizacji, *Oficyna Ekonomiczna*, Kraków, 2002.
- [63] Kostera M., Podstawy organizacji i zarządzania, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa, 1998.
- [64] Koźmiński A.K., Obłój K., Zarys teorii równowagi organizacyjnej, PWE, Warszawa, 1989.
- [65] Koźmiński A.K., Zarządzanie. Teoria i praktyka, WN PWN, Warszawa, 2017.
- [66] Krawczyńska A., Trzmielak D., Jakość usług medycznych, *Przegląd Organizacji*, 2, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Warszawa, 2001.
- [67] Krot K., Jakość i marketing usług medycznych, Wolters Kluwer, Warszawa, 2008.
- [68] Kuc B.R., Zarządzanie doskonałe, Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa, 2000.
- [69] Kurnal J., Organizacja kierownictwa w przedsiębiorstwie, TNOiK, Bydgoszcz, 1965.
- [70] Lighter D.E., Advanced Performance Improvement In Health Care. Principles and Methods. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, 2011.

- [71] Lisiecka-Biełanowicz M., Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera, Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2001.
- [72] Majewski A., Oboda M., Zarządzanie praktyką stomatologiczną - kolejny gabinet, Stomatologia po dyplomie, Medical Tribune, 01/2022, 2022.
- [73] Makacewicz S., Panek H., Dąbrowa T., Krawczykowska H., Przywitowska I., Gronczyńska S., Satysfakcja pacjenta z modelu kompleksowej opieki stomatologicznej, Dental and Medical Problems, 43(3), Wrocław, 2006.
- [74] McDonald K.M., Sundaram V., Bravata D.M., Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Care Coordination. Agency for Healthcare Research and Quality, 4 (7), Rockville, 2007.
- [75] Meller J., Zarządzanie placówką medyczną - optymalizacja działań organizacyjnych na przykładzie przychodni przyszpitalnej, Studia i Materiały, Warszawa, 2019.
- [76] Merkisz-Guranowska A., Majewski A., Czarnota K., Flow Management of First-Time Orders: A Dental Office Case Study, Journal of Engineering Sciences, 9 (2), 2022.
- [77] Min-Gyeong J., Convergence Analysis on The Determinants of Reuse Intention in Patients Visiting a Dentist, Journal of Convergence for Information Technology, 7(4), 2017.
- [78] Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020, Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-jamy-ustnej>, 2021.
- [79] Mruk H., Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych, Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2009.
- [80] Mruk H., Zarządzanie wizerunkiem gabinetu, Poradnik Stomatologiczny, 5(101), 2010.
- [81] Naczelna Izba Lekarska, Kodeks etyki lekarzy dentystów wykonujących zawód w Unii Europejskiej, <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/dla-stomatologow/sprawy-miedzynarodowe/4717-kodeks-etyki-lekarzy-dentystow-ced>, dostęp z dnia 23-01-2024, 2017.
- [82] Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B., Wichary Sz., Psychologia poznawcza. Wydanie nowe, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2020.
- [83] OECD, <https://www.oecd.org/health/>, dostęp 17.01.2023, 2023.
- [84] Oleksyn T., Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka, Warszawa, 2010.
- [85] Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka, CeDeWu, Warszawa, 2003.
- [86] Oxford Advanced Learner's Dictionary, Oxford University Press, Oxford, 1948/95.
- [87] Park S., Kim H-K., Choi M., Lee M., Factors affecting revisit intention for medical services at dental clinics, PLoS ONE , 16(5), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250546> dostęp z dnia 23-01-2024, 2021.
- [88] Pasowicz M., Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2012.
- [89] Paszkowska M., Public relations gabinetu lekarza specjalisty. Cz. II., Poradnik Stomatologiczny, 2(11), Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2011.
- [90] Pawłowska B., Witkowska J., Nieżurawski L., Nowoczesne koncepcje strategii orientacji na klienta. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010.

- [91] Piątek A., Jakość opieki szansą polskiego pielęgniarstwa, Materiały niepublikowane Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, 1994.
- [92] Pszczołowski T., Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji, Ossolineum, Wrocław, 1978.
- [93] Rogoziński K., Nowy marketing usług, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań, 2000.
- [94] Rudawska I., Jakość relacji pacjent-profesjonalista w sektorze usług medycznych, Problemy Jakości, 37(3), Wydawnictwo SIGMA-NOT, Warszawa, 2005.
- [95] Rynne T.J. , Transitioning Health Care Marketing Into the Twenty – First Century. Mark. Health Serv., 19(2), 1999.
- [96] Rzeźnicki A., Kunert A., Stefanek J., Krakowiak J., Determinanty wyboru gabinetu stomatologicznego na przykładzie wybranego gabinetu stomatologicznego w Łodzi, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 12(1), Łódź, 2018.
- [97] Shah S., Health literacy and how to communicate effectively with patients to elicit a long-term behavioural change, A Prescription for Healthy Living, Elsevier, Cardiff, 2021.
- [98] Siwiec J., Rola jakości w służbie zdrowia. Wskaźniki jakości w praktyce medycznej, Przewodnik Menadżera Zdrowia, 1, 2002.
- [99] Skrzypek E., Kreatywność pracowników wiedzy i ich wpływ na innowacyjność przedsiębiorstw, Kapitał intelektualny i jego ochrona, , Instytut Wiedzy i Innowacji, Warszawa, 2009.
- [100] Stabryła A., Podstawy organizacji i zarządzania. Podejścia i koncepcje badawcze, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Kraków, 2012.
- [101] Stankiewicz M.J., Konkurencyjność przedsiębiorstwa, w Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji, Dom Organizatora, Toruń, 2005.
- [102] Stefańczyk M., Rynek usług stomatologicznych w Polsce 2019 Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2019-2024, PMR, Kraków, 2019.
- [103] Stewart T.A., Intellectual Capital: The new wealth of organization, Crown Business, London, 1998.
- [104] Stoner J., Wankel Ch., Kierowanie, PWE, Warszawa, 1992.
- [105] Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R., Kierowanie, PWE, Warszawa, 2001.
- [106] Suchecka J., Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej, Wolters Kluwer Polska Oficyna, Warszawa, 2010.
- [107] Suchodolski Łukasz, Endodoncja w czasach implantów, Forum Stomatologii Praktycznej, 56, 2020.
- [108] Swayne L. E., Duncan W. J., Ginter P., Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2012.
- [109] Syrkiewicz-Świtała M., Funkcjonowanie placówek opieki zdrowotnej w kontekście konkurencyjności., Zarządzanie konkurencyjnością przedsiębiorstwa, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza, 2008.
- [110] Syrkiewicz-Świtała M., Holecki T., Bryła T., Budowanie wizerunku gabinetów stomatologicznych za pośrednictwem narzędzi public relations, Annales Academiae Medicae Silesiensis, 68(2), Katowice, 2014.
- [111] Szelański M., Lipiński C., Zarządzanie procesowe w placówkach służby zdrowia, Służba Zdrowia, Warszawa, 2010.
- [112] Szumska M., Kompetencje zarządzających w branży medycznej na przykładzie gabinetów stomatologicznych, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu, 34, Poznań, 2011.

- [113] Szumska M., Zarządzanie i marketing w gabinecie stomatologicznym. Pracujmy dla siebie i dla klienta., Twój Przegląd Stomatologiczny, 5, 2011.
- [114] Szymoniuk B., Komunikacja marketingowa, PWE, Warszawa, 2006.
- [115] Świdarska J., Gracz L., Kreowanie wizerunku placówki medycznej a jej konkurencyjność na rynku usług zdrowotnych, Ekonomiczne problemy usług, 73(661), 2011.
- [116] Świdarska J., Kreowanie wizerunku placówki medycznej, w Public Relations – efektywne komunikowanie w teorii i praktyce, R. Maćkowska AE w Katowicach, Katowice, 2010.
- [117] Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., Peyman, N., Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial, BMC Health Services Research, 20(1), 2020.
- [118] The Center of Healthcare Communication, W: Mystery Patients, dostęp 08.03.2023, <http://www.communicatingwithpatients.com/mystery-patients.html>., 2023.
- [119] Wereda W., Jończyk J.A., Rola satysfakcji klienta we współczesnym marketingu na przykładzie rynku usług stomatologicznych, Zeszyty Naukowe SGGW, Polityki Europejskie, Finanse I Marketing, 16(65), Warszawa, 2016.
- [120] WHO, Division of Country Health Systems, Performance Assessment Tools for Quality Improvement in Hospitals (PATH), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107808>, Kopenhaga, 2007.
- [121] Worren K., Quality Improvement: The Foundation, Processes, Tools, and Knowledge Transfer Techniques., The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy, and Tools, AUPHA Press, Washington DC, 2008.
- [122] Zarei E., Daneshkohan A., Pouragha B., Marzban S., Arab M., An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals Iran, Global journal of health science, 7(1), 2015.
- [123] Zieleniewski J., Organizacja i zarządzanie, PWN, Warszawa, 1960.
- [124] Zieleniewski J., Organizacja zespołów ludzkich, PWN, Warszawa, 1982.

SPIS TABEL

Tabela 4.1. Zestawienie wyników wskazań badanych z poszczególnych grup czynników wpływających na ocenę gabinetu stomatologicznego przez pacjentów.....	57
Tabela 4.2. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie dotyczące preferencji pacjentów w zakresie sposobu realizowania leczenia.....	64
Tabela 4.3. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie o to w jakim stopniu ważne jest poznanie przez pacjenta ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem.....	65
Tabela 4.4. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie o to, gdzie w ocenie pacjentów powinna odbywać się rozmowa po badaniu i planowanym leczeniu.....	66
Tabela 4.5. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie o to, czy pacjenci oczekują od lekarza motywowania do leczenia.....	67
Tabela 4.6. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie dotyczące potrzeby tworzenia stanowiska koordynatora pacjenta.....	68
Tabela 4.7. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do pacjentów, lekarzy dentystów i higienistów dot. wpływu rekomendacji lekarza na decyzje pacjentów o korzystaniu z gabinetu higienizacji.....	72
Tabela 4.8. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do pacjentów dot. liczby gabinetów, w których realizowali leczenie.....	73
Tabela 4.9. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do pacjentów dot. świadomości liczby zębów pozostających do leczenia.....	74
Tabela 4.10. Zestawienie czynników mających udział w procesie budowania pozycji rynkowej gabinetu według poszczególnych badanych grup.....	76
Tabela 4.11. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do właścicieli i osób zarządzających dot. planów rozbudowy gabinetu.....	79
Tabela 4.12. Zestawienie wyników uzyskanych na pytanie skierowane do właścicieli i osób zarządzających dot. liczby unitów w gabinecie.....	80
Tabela 4.13. Rozkład danych pozyskanych podczas badania w ujęciu informacji dla okresu jednego miesiąca.....	82
Tabela 4.14. Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych na podstawie danych z GUS na dzień 2022-10-14.....	82
Tabela 4.15. Rozkład godzin otwarcia gabinetów w dni robocze w ujęciu dla okresu jednego miesiąca.....	85
Tabela 4.16. Rozkład godzin otwarcia gabinetów w soboty w ujęciu dla okresu jednego miesiąca.....	85
Tabela 4.17. Szacunkowe liczby dni, w których gabinety są otwarte, przedstawione w ujęciu miesięcznym.....	87
Tabela 5.1. Zestawienie kluczowych różnic pomiędzy modelem liniowym a modelem zintegrowanym.....	118
Tabela 6.1. Oczekiwanie efekty zastosowania elementów modelu w praktyce.....	151

SPIS RYSUNKÓW

Rys. 1.1. Schemat rozwiązania postawionego celu naukowego pracy	16
Rys. 2.1. Struktura organizacyjna gabinetu stomatologicznego w modelu liniowym....	22
Rys. 2.2. Model przepływu pacjenta w modelu liniowym. Źródło: badania własne.....	23
Rys. 2.3. Procesy pozamedyczne realizowane w modelu liniowym.	27
Rys. 3.1. Obszary czynników pozamedycznych.....	33
Rys. 4.1. Struktura respondentów według płci.	55
Rys. 4.2. Struktura wieku respondentów w badanych grupach.	56
Rys. 4.3. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę gabinetu stomatologicznego wskazane przez pacjentów.....	59
Rys. 4.4. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według lekarzy.....	60
Rys. 4.5. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według higienistów.....	61
Rys. 4.6. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według pracowników.....	62
Rys. 4.7. Zestawienie stopnia wpływu czynników na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego według osób zarządzających i właścicieli.	63
Rys. 4.8. Rodzaj leczenia preferowanego przez pacjentów.....	64
Rys. 4.9. W jakim stopniu jest ważne dla pacjenta poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem.	65
Rys. 4.10. Wskazanie miejsca, w którym według pacjenta powinna odbywać się rozmowa z lekarzem o zdrowiu jamy ustnej oraz planowanym leczeniu.....	66
Rys. 4.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to czy pacjenci oczekują motywacji do leczenia przez lekarza dentystę.....	67
Rys. 4.12. Potrzeba występowania w gabinecie stanowiska koordynatora pacjenta.....	68
Rys. 4.13. Zestawienie czynników, którymi kieruje się pacjent przy wyborze gabinetu stomatologicznego.	69
Rys. 4.14. Zestawienie wskazanych powodów rezygnacji z leczenia w poprzednich gabinetach.	71
Rys. 4.15. Zestawienie wyboru spośród czynników, które mogą skłonić pacjenta do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie.....	72
Rys. 4.16. Rozkład odpowiedzi o stopień wpływu rekomendacji udzielonej przez lekarza na decyzje pacjentów o korzystaniu z usług w gabinecie higienizacji.	73
Rys. 4.17. Zestawienie struktury wskazań pacjentów w zakresie liczby gabinetów, w których dotychczas się leczyli.	74
Rys. 4.18. Struktura pacjentów według płci i przedziałów wiekowych dla wskazanej liczby gabinetów, w których dotychczas leczył się pacjent.....	74
Rys. 4.19. Rozkład odpowiedzi pacjentów na pytanie o to, czy wiedzą, ile mają aktualnie zębów do leczenia.	75
Rys. 4.20. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według lekarzy.....	77
Rys. 4.21. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według higienistów.....	77
Rys. 4.22. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według pracowników.....	78
Rys. 4.23. Struktura wskazań czynników wpływających na budowanie pozycji rynkowej gabinetu według zarządzających.	79

Rys. 4.24. Struktura planów rozwoju gabinetu wskazanych przez zarządzających oraz struktura gabinetów, których właściciele planują rozwój.	80
Rys. 4.25. Struktura gabinetów w ujęciu liczby działających unitów stomatologicznych.	80
Rys. 4.26. Sezonowość jako udział średniomiesięcznych przychodów w przychodach rocznych	83
Rys. 4.27. Obszary gromadzenia danych do analizy wskaźników funkcjonowania gabinetu.	84
Rys. 4.28. Poziomy wskaźników funkcjonowania gabinetu.	86
Rys. 4.29. Wskaźnik średniomiesięcznego wykorzystania potencjału fotela W1 oraz wskaźnik średniomiesięcznego wypełnienia kontraktu W2.....	89
Rys. 4.30. Udział liczby wizyt pacjentów pierwszorazowych w ogólnej liczbie wizyt wszystkich pacjentów.....	90
Rys. 4.31. Wskaźniki poziomu efektywności obrazujące prowadzenie pacjentów pierwszorazowych.	93
Rys. 4.32. Średnie poziomy wskaźników efektywności godzinowej.	96
Rys. 4.33. Wskaźnik liczby zabiegów wykonanych na jednej wizycie.	97
Rys. 4.34. Histogram i rozkład normalny przychodów miesięcznych na unit stomatologiczny.	97
Rys. 4.35. Diagram Pareta-Lorenca przychodów w ujęciu na jeden unit stomatologiczny.	98
Rys. 4.36. Struktura kosztów w podziale na kategorie.	99
Rys. 4.37. Zainteresowanie rejestratora pacjentem wchodzącym do placówki medycznej.....	101
Rys. 4.38. Sposób, w jaki rejestrator przeprowadził pacjenta przez formalności.	102
Rys. 4.39. Sposób omówienia przez rejestratora dalszego przebiegu wizyty.....	102
Rys. 4.40. Zainteresowanie i opieka nad pacjentem w trakcie oczekiwania na wizytę.	103
Rys. 4.41. Zaproszenie pacjenta do gabinetu zgodnie z umówioną godziną wizyty. ...	103
Rys. 4.42. Zachowanie asystenta lub lekarza podczas zaproszenia do gabinetu.	104
Rys. 4.43. Wskazanie miejsca, które po wejściu do gabinetu ma zająć pacjent.	104
Rys. 4.44. Zachowanie lekarza w momencie wejścia pacjenta do gabinetu.	105
Rys. 4.45. Sposób przeprowadzenia z pacjentem wstępnej rozmowy przed badaniem.	106
Rys. 4.46. Sposób, w jaki lekarz podejmuje rozmowę na temat kompleksowego planu leczenia.....	106
Rys. 4.47. Poziom umiejętność lekarza w zakresie pracy z obrazem podczas rozmowy z pacjentem.	107
Rys. 4.48. Zdolność lekarza dentysty do używania prostego oraz jasnego języka podczas wyjaśniania wątpliwości pacjentowi.	107
Rys. 4.49. Poziom motywacji pacjenta do podjęcia kompleksowego leczenia po omówieniu przez lekarza stanu zdrowia jamy ustnej.	108
Rys. 4.50. Sposób omówienia przez lekarza planowanego leczenia.	109
Rys. 4.51. Komfort pacjenta podczas leczenia.....	109
Rys. 4.52. Sposób omówienia przez lekarza przeprowadzonego leczenia.	109
Rys. 4.53. Sposób poprowadzenia przez lekarza rozmowy z pacjentem na temat konieczności wykonania zabiegu higienizacji.	110
Rys. 4.54. Sposób, w jaki rejestrator wykonał końcowe formalności i pożegnał pacjenta.	110
Rys. 4.55. Zaproponowanie pacjentowi umówienia terminu kolejnej wizyty.	111

Rys. 4.56. Rozkład ocen wyglądu zewnętrznego lokalu, oznakowania placówki ułatwiającego odnalezieniu lokalu oraz estetyki wyposażenia wnętrza.	111
Rys. 4.57. Rozkład ocen stanu czystości gabinetów.....	112
Rys. 4.58. Rozkład ocen wrażenia wizualnego rejestratora.	112
Rys. 4.59. Rozkład ocen wrażenia wizualnego asystenta.....	112
Rys. 4.60. Rozkład ocen wrażenia wizualnego lekarza dentysty.	113
Rys. 5.1. Potencjały pacjenta stomatologicznego.....	115
Rys. 5.2. Struktura medycznego zintegrowanego zespołu wielospecjalistycznego w gabinecie stomatologicznym.....	120
Rys. 5.3. Schemat ustalania ścieżki przepływu pacjenta w gabinecie w modelu zintegrowanym.	123
Rys. 5.4. Ścieżka przepływu pacjenta podczas realizacji kompleksowego planu leczenia.	125
Rys. 5.5. Schemat przebiegu wizyty obejmującej leczenie realizowanej w modelu zintegrowanym.	129
Rys. 5.6. Schemat przebiegu wizyty, podczas której wykonywane jest kompleksowe badanie stanu zdrowia jamy ustnej.	134

ANKIETY BADAWCZE I FORMULARZE

Załącznik nr 1. Ankieta badawcza do sondażu diagnostycznego – dla pacjentów

W jakim stopniu poniższe czynniki wpływają na Pani/Pana ocenę gabinetu stomatologicznego?	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
dni i godziny otwarcia gabinetu	☐	☐	☐	☐	☐
lokalizacja gabinetu – położenie i odległość od miejsca pracy lub domu	☐	☐	☐	☐	☐
wygląd zewnętrzny lokalu i jego oznakowanie (reklama, baner)	☐	☐	☐	☐	☐
jakość i estetyka wyposażenia wnętrza	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność miejsc parkingowych	☐	☐	☐	☐	☐
standaryzowane stroje personelu (czytelne plakietki lub nadruki na odzieży, różne kolory dla personelu medycznego i pozamedycznego)	☐	☐	☐	☐	☐
strona internetowa i aktywność gabinetu w social mediach (facebook, instagram, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ceny zabiegów medycznych	☐	☐	☐	☐	☐
wiele metod płatności (gotówka, karta, blik, przelew, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ułatwienia w dostępie do ratalnego finansowania leczenia	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
jakość obsługi przez rejestrację	☐	☐	☐	☐	☐
jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐
kontakt z asystentką stomatologiczną	☐	☐	☐	☐	☐
możliwość współpracy z koordynatorem/opiekunem pacjenta, w zakresie pomocy w dotrzymaniu przez pacjenta zaplanowanych terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
dostęp do zabiegów higienizacji i wybielania wykonywanych przez higienistę	☐	☐	☐	☐	☐
komunikacja pomiędzy członkami zespołu	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Preferuję leczenie wykonywane przez:

- ☐ jednego lekarza
- ☐ przez wielu specjalistów dobranych do etapu leczenia
- ☐ jest to dla nich bez znaczenia

W jakim stopniu jest ważne dla Pani/Pana poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem?

	1	2	3	4	5	
nieistotne	☐	☐	☐	☐	☐	bardzo ważne

Pani/Pana zdaniem, rozmowy z pacjentami o sytuacji zdrowia jamy ustnej oraz planowanym leczeniu powinny się odbywać:

- ☐ gdy pacjent siedzi na fotelu dentystycznym
- ☐ przy biurku
- ☐ w rejestracji stomatologicznej
- ☐ nie ma znaczenia

Czy Pani/Pana zdaniem lekarz dentysta powinien motywować pacjentów do leczenia?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ trudno powiedzieć

Czy w Pani/Pana ocenie w gabinecie potrzebne jest stanowisko koordynatora/opiekuna, który pomaga pacjentom dotrzymywać zaplanowanych terminów wizyt?

- ☐ tak
☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Czym się Pani/Pan kieruje przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

- ☐ rekomendacje i polecenia od znajomych lub rodziny
☐ pozytywne opinie o gabinecie dostępne w internecie
☐ możliwość leczenia przez określonego lekarza
☐ reklamy tradycyjne (banery, ulotki, radio, ogłoszenia w prasie, tv)
☐ reklamy w internecie
☐ dostęp do określonych, specjalistycznych zabiegów medycznych
☐ pierwsze otrzymane wyniki podczas wyszukiwania w internecie
☐ inne:

Jakie są powody rezygnacji z leczenia w poprzednich gabinetach?

- ☐ utrudniony kontakt z rejestracją (nie odbierali, nie oddzwaniali, nie odpisywali)
☐ jakość obsługi pacjentów przez personel
☐ jakość usług medycznych i wykonywanych zabiegów
☐ zakres świadczonych usług medycznych
☐ problemy w komunikacji z lekarzem
☐ odległe terminy wizyt
☐ ceny zabiegów
☐ inne:

Co skłoniłoby Panią/Pana do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie?

- ☐ wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej
☐ szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza
☐ nieznane wcześniej argumenty prozdrowotne
☐ wizualizacja możliwych do uzyskania efektów leczenia
☐ zdjęcia z zabiegów u innych pacjentów - przed i po
☐ przedstawienie konsekwencji zaniedbań leczenia
☐ zbudowanie przez lekarza motywacji do kontynuacji leczenia
☐ promocyjne ceny zabiegów
☐ inne:

Jaki wpływ na Pani/Pana decyzję o korzystaniu z usług w gabinecie higienizacji ma rekomendacja udzielona przez lekarza?

- | | | | | | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| nieistotne | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | bardzo ważne |

W ilu gabinetach leczył/a się Pani/Pan dotychczas?

- ☐ od 0 do 4
☐ od 5 do 9
☐ 10 lub więcej

Czy wie Pani/Pan, ile ma aktualnie zębów do leczenia/ile zębów wymaga leczenia?

- ☐ tak
☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Płeć

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

Wiek

- ☐ do 25 lat
☐ od 26 do 60 lat
☐ powyżej 60 lat

Załącznik nr 2. Ankieta badawcza do sondażu diagnostycznego – dla lekarzy dentystów

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem poniższe czyniki wpływają na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego?	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
dni i godziny otwarcia gabinetu	☐	☐	☐	☐	☐
lokalizacja gabinetu – położenie i odległość od miejsca pracy lub domu	☐	☐	☐	☐	☐
wygląd zewnętrzny lokalu i jego oznakowanie (reklama, baner)	☐	☐	☐	☐	☐
jakość i estetyka wyposażenia wnętrza	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność miejsc parkingowych	☐	☐	☐	☐	☐
standaryzowane stroje personelu (czytelne plakietki lub nadruki na odzieży, różne kolory dla personelu medycznego i pozamedycznego)	☐	☐	☐	☐	☐
strona internetowa i aktywność gabinetu w social mediach (facebook, instagram, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ceny zabiegów medycznych	☐	☐	☐	☐	☐
wiele metod płatności (gotówka, karta, blik, przelew, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ułatwienia w dostępie do ratalnego finansowania leczenia	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
jakość obsługi przez rejestrację	☐	☐	☐	☐	☐
jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐
kontakt z asystentką stomatologiczną	☐	☐	☐	☐	☐
możliwość współpracy z koordynatorem/opiekunem pacjenta, w zakresie pomocy w dotrzymaniu przez pacjenta zaplanowanych terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
dostęp do zabiegów higienizacji i wybielania wykonywanych przez higienistę	☐	☐	☐	☐	☐
kommunikacja pomiędzy członkami zespołu	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Pacjenci najczęściej preferują leczenie wykonywane przez:

- ☐ jednego lekarza
☐ przez wielu specjalistów dobranych do etapu leczenia
☐ jest to dla nich bez znaczenia

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem jest ważne dla pacjentów poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem?

	1	2	3	4	5	
nieistotne	☐	☐	☐	☐	☐	bardzo ważne

Pani/Pana zdaniem, rozmowy z pacjentami o sytuacji zdrowia jamy ustnej oraz planowanym leczeniu powinny się odbywać:

- ☐ gdy pacjent siedzi na fotelu dentystycznym
☐ przy biurku
☐ w rejestracji stomatologicznej
☐ nie ma znaczenia

Czy Pani/Pana zdaniem pacjenci oczekują od lekarza dentysty motywowania ich do leczenia?

- ☐ tak
☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Czy w Pani/Pana ocenie w gabinecie potrzebne jest stanowisko koordynatora/opiekuna, który pomaga pacjentom dotrzymywać zaplanowanych terminów wizyt?

- ☐ tak

- ☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Czym w Pani/Pana ocenie kierują się pacjenci przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

- ☐ rekomendacje i polecenia od znajomych lub rodziny
☐ pozytywne opinie o gabinecie dostępne w internecie
☐ możliwość leczenia przez określonego lekarza
☐ reklamy tradycyjne (banery, ulotki, radio, ogłoszenia w prasie, tv)
☐ reklamy w internecie
☐ dostęp do określonych, specjalistycznych zabiegów medycznych
☐ pierwsze otrzymane wyniki podczas wyszukiwania w internecie
☐ inne:

Jakie są Pani/Pana zdaniem powody rezygnacji pacjentów z leczenia?

- ☐ utrudniony kontakt z rejestracją (nie odbierali, nie oddzwaniiali, nie odpisywali)
☐ jakość obsługi pacjentów przez personel
☐ jakość usług medycznych i wykonywanych zabiegów
☐ zakres świadczonych usług medycznych
☐ problemy w komunikacji z lekarzem
☐ odległe terminy wizyt
☐ ceny zabiegów
☐ inne:

Co Pani/Pana zdaniem skłoniłoby pacjentów do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie?

- ☐ wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej
☐ szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza
☐ nieznane wcześniej argumenty prozdrowotne
☐ wizualizacja możliwych do uzyskania efektów leczenia
☐ zdjęcia z zabiegów u innych pacjentów - przed i po
☐ przedstawienie konsekwencji zaniedbań leczenia
☐ zbudowanie przez lekarza motywacji do kontynuacji leczenia
☐ promocyjne ceny zabiegów
☐ inne:

Jaki jest Pani/Pana zdaniem udział poniższych czynników w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku?

- oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt
konstrukcja systemu wynagrodzeń i premiowania
wybór i wdrożenie nowych osób
szkolenia i rozwój
kompetencje zarządzającego
kultura i atmosfera pracy
zakres dni i godzin pracy
model zarządzania zespołem
procedury wewnętrzne
reklama i działania promocyjne
jakość wykonywanych usług

nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Jaki Pani/Pana zdaniem wpływ na decyzje pacjentów o korzystaniu z usług w gabinecie higienizacji ma rekomendacja udzielona przez lekarza?

nieistotne	1	2	3	4	5	bardzo ważne
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Płeć

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

Wiek

- ☐ do 25 lat
- ☐ od 26 do 60 lat
- ☐ powyżej 60 lat

Załącznik nr 3. Ankieta badawcza do sondażu diagnostycznego – dla higienistów

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem poniższe czynniki wpływają na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego?	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
dni i godziny otwarcia gabinetu	☐	☐	☐	☐	☐
lokalizacja gabinetu – położenie i odległość od miejsca pracy lub domu	☐	☐	☐	☐	☐
wygląd zewnętrzny lokalu i jego oznakowanie (reklama, baner)	☐	☐	☐	☐	☐
jakość i estetyka wyposażenia wnętrza	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność miejsc parkingowych	☐	☐	☐	☐	☐
standaryzowane stroje personelu (czytelne plakietki lub nadruki na odzieży, różne kolory dla personelu medycznego i pozamedycznego)	☐	☐	☐	☐	☐
strona internetowa i aktywność gabinetu w social mediach (facebook, instagram, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ceny zabiegów medycznych	☐	☐	☐	☐	☐
wiele metod płatności (gotówka, karta, blik, przelew, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ułatwienia w dostępie do ratalnego finansowania leczenia	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
jakość obsługi przez rejestrację	☐	☐	☐	☐	☐
jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐
kontakt z asystentką stomatologiczną	☐	☐	☐	☐	☐
możliwość współpracy z koordynatorem/opiekunem pacjenta, w zakresie pomocy w dotrzymaniu przez pacjenta zaplanowanych terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
dostęp do zabiegów higienizacji i wybielania wykonywanych przez higienistę	☐	☐	☐	☐	☐
komunikacja pomiędzy członkami zespołu	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Pacjenci najczęściej preferują leczenie wykonywane przez:

- ☐ jednego lekarza
- ☐ przez wielu specjalistów dobranych do etapu leczenia
- ☐ jest to dla nich bez znaczenia

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem jest ważne dla pacjentów poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem?

	1	2	3	4	5	
nieistotne	☐	☐	☐	☐	☐	bardzo ważne

Pani/Pana zdaniem, rozmowy z pacjentami o sytuacji zdrowia jamy ustnej oraz planowanym leczeniu powinny się odbywać:

- ☐ gdy pacjent siedzi na fotelu dentystycznym
- ☐ przy biurku
- ☐ w rejestracji stomatologicznej
- ☐ nie ma znaczenia

Czy Pani/Pana zdaniem pacjenci oczekują od lekarza dentysty motywowania ich do leczenia?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ trudno powiedzieć

Czy w Pani/Pana ocenie w gabinecie potrzebne jest stanowisko koordynatora/opiekuna, który pomaga pacjentom dotrzymywać zaplanowanych terminów wizyt?

- ☐ tak
☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Czym w Pani/Pana ocenie kierują się pacjenci przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

- ☐ rekomendacje i polecenia od znajomych lub rodziny
☐ pozytywne opinie o gabinecie dostępne w internecie
☐ możliwość leczenia przez określonego lekarza
☐ reklamy tradycyjne (banery, ulotki, radio, ogłoszenia w prasie, tv)
☐ reklamy w internecie
☐ dostęp do określonych, specjalistycznych zabiegów medycznych
☐ pierwsze otrzymane wyniki podczas wyszukiwania w internecie
☐ inne:

Jakie są Pani/Pana zdaniem powody rezygnacji pacjentów z leczenia w poprzednich gabinetach?

- ☐ utrudniony kontakt z rejestracją (nie odbierali, nie oddzwaniiali, nie odpisywali)
☐ jakość obsługi pacjentów przez personel
☐ jakość usług medycznych i wykonywanych zabiegów
☐ zakres świadczonych usług medycznych
☐ problemy w komunikacji z lekarzem
☐ odległe terminy wizyt
☐ ceny zabiegów
☐ inne:

Co Pani/Pana zdaniem skłoniłoby pacjentów do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie?

- ☐ wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej
☐ szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza
☐ nieznane wcześniej argumenty prozdrowotne
☐ wizualizacja możliwych do uzyskania efektów leczenia
☐ zdjęcia z zabiegów u innych pacjentów - przed i po
☐ przedstawienie konsekwencji zaniedbań leczenia
☐ zbudowanie przez lekarza motywacji do kontynuacji leczenia
☐ promocyjne ceny zabiegów
☐ inne:

Jaki jest Pani/Pana zdaniem udział poniższych czynników w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku?

	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
konstrukcja systemu wynagrodzeń i premiowania	☐	☐	☐	☐	☐
wybór i wdrożenie nowych osób	☐	☐	☐	☐	☐
szkolenia i rozwój	☐	☐	☐	☐	☐
kompetencje zarządzającego	☐	☐	☐	☐	☐
kultura i atmosfera pracy	☐	☐	☐	☐	☐
zakres dni i godzin pracy	☐	☐	☐	☐	☐
model zarządzania zespołem	☐	☐	☐	☐	☐
procedury wewnętrzne	☐	☐	☐	☐	☐
reklama i działania promocyjne	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Jaki Pani/Pana zdaniem wpływ na decyzje pacjentów o korzystaniu z usług w gabinecie higienizacji ma rekomendacja udzielona przez lekarza?

nieistotne	1	2	3	4	5	bardzo ważne
☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Płeć

- ☐ kobieta

☐ mężczyzna

Wiek

☐ do 25 lat

☐ od 26 do 60 lat

☐ powyżej 60 lat

Załącznik 4. Ankieta badawcza do sondażu diagnostycznego – dla pracowników

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem poniższe czynniki wpływają na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego?	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
dni i godziny otwarcia gabinetu	☐	☐	☐	☐	☐
lokalizacja gabinetu – położenie i odległość od miejsca pracy lub domu	☐	☐	☐	☐	☐
wygląd zewnętrzny lokalu i jego oznakowanie (reklama, baner)	☐	☐	☐	☐	☐
jakość i estetyka wyposażenia wnętrza	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność miejsc parkingowych	☐	☐	☐	☐	☐
standaryzowane stroje personelu (czytelne plakietki lub nadruki na odzieży, różne kolory dla personelu medycznego i pozamedycznego)	☐	☐	☐	☐	☐
strona internetowa i aktywność gabinetu w social mediach (facebook, instagram, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ceny zabiegów medycznych	☐	☐	☐	☐	☐
wiele metod płatności (gotówka, karta, blik, przelew, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ułatwienia w dostępie do ratalnego finansowania leczenia	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
jakość obsługi przez rejestrację	☐	☐	☐	☐	☐
jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐
kontakt z asystentką stomatologiczną	☐	☐	☐	☐	☐
możliwość współpracy z koordynatorem/opiekunem pacjenta, w zakresie pomocy w dotrzymaniu przez pacjenta zaplanowanych terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
dostęp do zabiegów higienizacji i wybielania wykonywanych przez higienistę	☐	☐	☐	☐	☐
kommunikacja pomiędzy członkami zespołu	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Pacjenci najczęściej preferują leczenie wykonywane przez:

- ☐ jednego lekarza
- ☐ przez wielu specjalistów dobranych do etapu leczenia
- ☐ jest to dla nich bez znaczenia

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem jest ważne dla pacjentów poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem?

	1	2	3	4	5	
nieistotne	☐	☐	☐	☐	☐	bardzo ważne

Pani/Pana zdaniem, rozmowy z pacjentami o sytuacji zdrowia jamy ustnej oraz planowanym leczeniu powinny się odbywać:

- ☐ gdy pacjent siedzi na fotelu dentystycznym
- ☐ przy biurku
- ☐ w rejestracji stomatologicznej
- ☐ nie ma znaczenia

Czy Pani/Pana zdaniem pacjenci oczekują od lekarza dentysty motywowania ich do leczenia?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ trudno powiedzieć

Czy w Pani/Pana ocenie w gabinecie potrzebne jest stanowisko koordynatora/opiekuna, który pomaga pacjentom dotrzymywać zaplanowanych terminów wizyt?

- ☐ tak
☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Czym w Pani/Pana ocenie kierują się pacjenci przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

- ☐ rekomendacje i polecenia od znajomych lub rodziny
☐ pozytywne opinie o gabinecie dostępne w internecie
☐ możliwość leczenia przez określonego lekarza
☐ reklamy tradycyjne (banery, ulotki, radio, ogłoszenia w prasie, tv)
☐ reklamy w internecie
☐ dostęp do określonych, specjalistycznych zabiegów medycznych
☐ pierwsze otrzymane wyniki podczas wyszukiwania w internecie
☐ inne:

Jakie są w Pani/Pana zdaniem powody rezygnacji pacjentów z leczenia w poprzednich gabinetach?

- ☐ utrudniony kontakt z rejestracją (nie odbierali, nie oddzwanieli, nie odpisywali)
☐ jakość obsługi pacjentów przez personel
☐ jakość usług medycznych i wykonywanych zabiegów
☐ zakres świadczonych usług medycznych
☐ problemy w komunikacji z lekarzem
☐ odległe terminy wizyt
☐ ceny zabiegów
☐ inne:

Co w Pani/Pana zdaniem skłoniłoby pacjentów do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie?

- ☐ wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej
☐ szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza
☐ nieznane wcześniej argumenty prozdrowotne
☐ wizualizacja możliwych do uzyskania efektów leczenia
☐ zdjęcia z zabiegów u innych pacjentów - przed i po
☐ przedstawienie konsekwencji zaniedbań leczenia
☐ zbudowanie przez lekarza motywacji do kontynuacji leczenia
☐ promocyjne ceny zabiegów
☐ inne:

Jaki jest w Pani/Pana zdaniem udział poniższych czynników w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku?	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
konstrukcja systemu wynagrodzeń i premiowania	☐	☐	☐	☐	☐
wybór i wdrożenie nowych osób	☐	☐	☐	☐	☐
szkolenia i rozwój	☐	☐	☐	☐	☐
kompetencje zarządzającego	☐	☐	☐	☐	☐
kultura i atmosfera pracy	☐	☐	☐	☐	☐
zakres dni i godzin pracy	☐	☐	☐	☐	☐
model zarządzania zespołem	☐	☐	☐	☐	☐
procedury wewnętrzne	☐	☐	☐	☐	☐
reklama i działania promocyjne	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Płeć

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

Wiek

- ☐ do 25 lat
☐ od 26 do 60 lat
☐ powyżej 60 lat

Załącznik 5. Ankieta badawcza do sondażu diagnostycznego – dla właścicieli i osób zarządzających

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem poniższe czynniki wpływają na ocenę pacjentów gabinetu stomatologicznego?	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
dni i godziny otwarcia gabinetu	☐	☐	☐	☐	☐
lokalizacja gabinetu – położenie i odległość od miejsca pracy lub domu	☐	☐	☐	☐	☐
wygląd zewnętrzny lokalu i jego oznakowanie (reklama, baner)	☐	☐	☐	☐	☐
jakość i estetyka wyposażenia wnętrza	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność miejsc parkingowych	☐	☐	☐	☐	☐
standaryzowane stroje personelu (czytelne plakietki lub nadruki na odzieży, różne kolory dla personelu medycznego i pozamedycznego)	☐	☐	☐	☐	☐
strona internetowa i aktywność gabinetu w social mediach (facebook, instagram, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ceny zabiegów medycznych	☐	☐	☐	☐	☐
wiele metod płatności (gotówka, karta, blik, przelew, inne)	☐	☐	☐	☐	☐
ułatwienia w dostępie do ratalnego finansowania leczenia	☐	☐	☐	☐	☐
dostępność terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
jakość obsługi przez rejestrację	☐	☐	☐	☐	☐
jakość komunikacji z lekarzem podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐
kontakt z asystentką stomatologiczną	☐	☐	☐	☐	☐
możliwość współpracy z koordynatorem/opiekunem pacjenta, w zakresie pomocy w dotrzymaniu przez pacjenta zaplanowanych terminów wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
dostęp do zabiegów higienizacji i wybielania wykonywanych przez higienistę	☐	☐	☐	☐	☐
kommunikacja pomiędzy członkami zespołu	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Pacjenci najczęściej preferują leczenie wykonywane przez:

- ☐ jednego lekarza
- ☐ przez wielu specjalistów dobranych do etapu leczenia
- ☐ jest to dla nich bez znaczenia

W jakim stopniu Pani/Pana zdaniem jest ważne dla pacjentów poznanie ceny zabiegu przed jego rozpoczęciem?

	1	2	3	4	5	
nieistotne	☐	☐	☐	☐	☐	bardzo ważne

Pani/Pana zdaniem, rozmowy z pacjentami o sytuacji zdrowia jamy ustnej oraz planowanym leczeniu powinny się odbywać:

- ☐ gdy pacjent siedzi na fotelu dentystycznym
- ☐ przy biurku
- ☐ w rejestracji stomatologicznej
- ☐ nie ma znaczenia

Czy Pani/Pana zdaniem pacjenci oczekują od lekarza dentysty motywowania ich do leczenia?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ trudno powiedzieć

Czy w Pani/Pana ocenie w gabinecie potrzebne jest stanowisko koordynatora/opiekuna, który pomaga pacjentom dotrzymywać zaplanowanych terminów wizyt?

- ☐ tak
☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Czym w Pani/Pana ocenie kierują się pacjenci przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

- ☐ rekomendacje i polecenia od znajomych lub rodziny
☐ pozytywne opinie o gabinecie dostępne w internecie
☐ możliwość leczenia przez określonego lekarza
☐ reklamy tradycyjne (banery, ulotki, radio, ogłoszenia w prasie, tv)
☐ reklamy w internecie
☐ dostęp do określonych, specjalistycznych zabiegów medycznych
☐ pierwsze otrzymane wyniki podczas wyszukiwania w internecie
☐ inne:

Jakie są w Pani/Pana zdaniem powody rezygnacji pacjentów z leczenia w poprzednich gabinetach?

- ☐ utrudniony kontakt z rejestracją (nie odbierali, nie oddzwaniali, nie odpisywali)
☐ jakość obsługi pacjentów przez personel
☐ jakość usług medycznych i wykonywanych zabiegów
☐ zakres świadczonych usług medycznych
☐ problemy w komunikacji z lekarzem
☐ odległe terminy wizyt
☐ ceny zabiegów
☐ inne:

Co w Pani/Pana zdaniem skłoniłoby pacjentów do podjęcia leczenia w szerszym zakresie niż pierwotny powód wizyty w gabinecie?

- ☐ wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej
☐ szczegółowe omówienie leczenia przez lekarza
☐ nieznane wcześniej argumenty prozdrowotne
☐ wizualizacja możliwych do uzyskania efektów leczenia
☐ zdjęcia z zabiegów u innych pacjentów - przed i po
☐ przedstawienie konsekwencji zaniedbań leczenia
☐ zbudowanie przez lekarza motywacji do kontynuacji leczenia
☐ promocyjne ceny zabiegów
☐ inne:

Jaki jest w Pani/Pana zdaniem udział poniższych czynników w procesie budowania pozycji gabinetu na rynku?	nieistotne	raczej nieistotne	trudno powiedzieć	raczej ważne	bardzo ważne
oprogramowanie do zarządzania kalendarzami wizyt	☐	☐	☐	☐	☐
konstrukcja systemu wynagrodzeń i premiowania	☐	☐	☐	☐	☐
wybór i wdrożenie nowych osób	☐	☐	☐	☐	☐
szkolenia i rozwój	☐	☐	☐	☐	☐
kompetencje zarządzającego	☐	☐	☐	☐	☐
kultura i atmosfera pracy	☐	☐	☐	☐	☐
zakres dni i godzin pracy	☐	☐	☐	☐	☐
model zarządzania zespołem	☐	☐	☐	☐	☐
procedury wewnętrzne	☐	☐	☐	☐	☐
reklama i działania promocyjne	☐	☐	☐	☐	☐
jakość wykonywanych usług	☐	☐	☐	☐	☐

Czy planuje Pan/Pani w najbliższym czasie rozbudowę gabinetu?

- ☐ nie planuję zmian
☐ tak, powiększając aktualny lokal
☐ tak, zamieniając lokal na większy
☐ tak, otwierając kolejny oddział
☐ trudno powiedzieć

Na ilu unitach stomatologicznych wykonywane są zabiegi w zarządzanym przez Panią/Pana gabinecie?

- ☐ 1-2
- ☐ 3-4
- ☐ 5 i więcej

Płeć

- ☐ kobieta
- ☐ mężczyzna

Wiek

- ☐ do 25 lat
- ☐ od 26 do 60 lat
- ☐ powyżej 60 lat

Załącznik 6. Formularz zbierania danych do analizy funkcjonowania gabinetów

Funkcjonowanie gabinetu	badany okres (m-c)	
	liczba unitów stomatologicznych	
	liczba godzin działania gabinetu poniedziałek-piątek	
	liczba godzin działania gabinetu sobota	
	liczba godzin działania gabinetu niedziela	
Zabiegi i wizyty	identyfikator lekarza / higienisty	
	przychód miesięczny	
	liczba godzin zakontraktowanych	
	rzeczywista liczba przepracowanych godzin	
	liczba wizyt wszystkich pacjentów	
	liczba wizyt pacjentów pierwszorazowych	
	liczba wykonanych zabiegów	
	liczba badań (przeглядów) wykonanych u pacjentów pierwszorazowych	
	liczba pacjentów pierwszorazowych, którzy podjęli dalsze leczenie - min. 4 wizyty	
Koszty	liczba higienizacji wykonanych u pacjentów pierwszorazowych	
	opłaty za lokal, czynsz, prąd, ogrzewanie, klimatyzacja, ubezpieczenie lokalu, sprzątanie, ochrona)	
	łączne wynagrodzenia personelu	
	łączne wynagrodzenia lekarzy	
	opłaty za materiały stomatologiczne: płyny, narzędzia, materiały higieniczne, sterylizacja	
	usługi zewnętrzne związane ze stomatologią, laboratorium	
	koszty finansowania zewnętrznego: wysokość raty leasingu /kredytu sprzętu (bez kosztów pojazdów)	
	wydatki na reklamę: prasa, tv, banery oraz internet rozumiane jako płatne akcje adwords, fb, mailing	
	pozostałe: opłaty za parking dla klientów, kurier, hosting strony, oprogramowanie, telefony, internet (bez kosztów pojazdów)	

Załącznik 7. Formularz oceny podczas obserwacji uczestniczącej

zakres	ocena (do wyboru)				
Zainteresowanie rejestratora pacjentem wchodzącym do placówki medycznej	brak	niewystarczające	przeciętne	dobre	profesjonalne
Sposób, w jaki rejestrator przeprowadził pacjenta przez wszelkie formalności (np. potwierdzenie danych personalnych i założenie kartoteki)	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Sposób omówienia przez rejestratora dalszego przebiegu wizyty	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Zainteresowanie i opieka nad pacjentem w trakcie oczekiwania na wizytę	brak	niewystarczające	przeciętne	dobre	profesjonalne
Pacjent został zaproszony do gabinetu zgodnie z umówioną godziną?	TAK	NIE			
Zachowanie asystenta/lekarza podczas zaproszenia do gabinetu	brak	niewystarczające	przeciętne	dobre	profesjonalne
Po wejściu do gabinetu asystent/lekarz wskazał/-a miejsce, które ma zająć pacjent	TAK	NIE			
Zachowanie lekarza w momencie wejścia pacjenta do gabinetu	brak	niewystarczające	przeciętne	dobre	profesjonalne
Sposób przeprowadzenia z pacjentem wstępnej rozmowy przed badaniem	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Sposób, w jaki lekarz podejmuje rozmowę na temat kompleksowego planu leczenia	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Poziom umiejętność lekarza w zakresie pracy z obrazem podczas rozmowy z pacjentem	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Zdolność lekarza dentysty do używania prostego oraz jasnego języka podczas wyjaśniania wątpliwości pacjentowi	brak	niewystarczająca	przeciętna	dobra	profesjonalna
Poziom motywacji pacjenta do podjęcia kompleksowego leczenia po omówieniu przez lekarza stanu zdrowia jamy ustnej	brak	niewystarczający	przeciętny	wysoki	bardzo wysoki
Sposób omówienia przez lekarza planowanego leczenia	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Komfort pacjenta podczas leczenia	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Sposób omówienia przez lekarza przeprowadzonego leczenia	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Sposób poprowadzenia przez lekarza rozmowy z pacjentem na temat konieczności wykonania zabiegu higienizacji	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Sposób, w jaki rejestrator wykonał końcowe formalności i pożegnał pacjenta	brak	niewystarczający	przeciętny	dobry	profesjonalny
Zaproponowanie pacjentowi umówienia terminu kolejnej wizyty	NIE	TAK			
Wygląd zewnętrzny lokalu, oznakowanie placówki ułatwiającego odnalezieniu lokalu oraz estetyka wyposażenia wewnątrz	brak	niewystarczająca	przeciętna	dobra	profesjonalna

zakres	ocena (do wyboru)				
Stan czystości gabinetu	-	niewystarczający	przeciętny	czysty	sterylny
Wrażenie wizualne rejestratora	złe	niewystarczające	przeciętne	dobre	profesjonalne
Wrażenie wizualne asystenta	złe	niewystarczające	przeciętne	dobre	profesjonalne
Wrażenie wizualne lekarza dentysty	złe	niewystarczające	przeciętne	dobre	profesjonalne