

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kornela Cieślik

**Czynniki determinujące satysfakcję pacjenta  
z udzielonych w Wielkopolsce  
świadczeń stomatologicznych**

Klinika Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych

Promotor  
Prof. dr hab. n. med. Anna Surdacka

Poznań 2019

*Serdecznie dziękuję  
prof. dr hab. n. med. Annie Surdackiej  
za wszelką pomoc, wsparcie merytoryczne i życzliwość  
podczas pisania niniejszej rozprawy doktorskiej*

*Serdecznie dziękuję  
moim Kochanym Rodzicom  
za wsparcie, motywację i wyrozumiałość*

# Spis treści

Wykaz skrótów . . . . .	6
1. Wstęp . . . . .	7
2. Przegląd piśmiennictwa . . . . .	9
2.1. Rys historyczny w aspekcie jakości . . . . .	9
2.2. Jakość usług medycznych a satysfakcja pacjenta . . . . .	12
2.3. Zakres usług w stomatologii . . . . .	24
2.4. Podstawy prawne udzielania świadczeń stomatologicznych w Polsce . . . . .	27
2.4.1. Wymogi formalne dla podmiotów leczniczych . . . . .	27
2.4.2. Prawa pacjenta . . . . .	31
2.4.3. Modele i metody oceny jakości i satysfakcji z usług medycznych . . . . .	34
2.4.4. Marketing usług a satysfakcja pacjenta . . . . .	38
3. Cel pracy . . . . .	43
4. Materiał i metody . . . . .	44
4.1. Materiał . . . . .	44
4.1.1. Opis respondentów na podstawie metryczki . . . . .	44
4.2. Metoda . . . . .	48
4.2.1. Ankieta „Badanie Satysfakcji Pacjenta” . . . . .	50
4.3. Analiza statystyczna. . . . .	55
5. Wyniki . . . . .	56
5.1. Rodzaj świadczenia . . . . .	57
5.2. Rodzaj finansowania świadczenia . . . . .	58
5.3. Osoba udzielająca świadczenia . . . . .	59
5.4. Prawa pacjenta . . . . .	62
5.5. Całkowita satysfakcja . . . . .	63
5.5.1. „Najlepiej oceniam...” . . . . .	63
5.5.2. „Najgorzej oceniam...” . . . . .	68

5.3. Wiek ankietowanego . . . . .	74
5.4. Płeć ankietowanego . . . . .	78
5.5. Rodzaj finansowania usług stomatologicznych . . . . .	79
5.6. Podsumowanie wyników w zakresie całkowitej satysfakcji . . . . .	85
6. Omówienie wyników i dyskusja . . . . .	86
7. Wnioski . . . . .	102
8. Streszczenie . . . . .	103
9. Abstract . . . . .	105
10. Piśmiennictwo . . . . .	107
11. Spis rycin . . . . .	115
12. Spis tabel . . . . .	117
13. Aneks . . . . .	120

## Wykaz skrótów

AIDS . . . . .	Acquired Immune Deficiency Syndrome — Zespół nabytego niedoboru odporności
BSI . . . . .	British Standard Institution — Brytyjski Instytut Standardów
CDSS . . . . .	Communication in Dental Setting Scale — skala satysfakcji komunikacji w stomatologii
CIS . . . . .	Customer Satisfaction Index — indeks satysfakcji klientów
CIT . . . . .	Critical Incident Technique — metoda zdarzeń krytycznych
DVSS . . . . .	Dental Visit Satisfaction Scale — skala satysfakcji wizyt stomatologicznych
GUS . . . . .	Główny Urząd Statystyczny
IOWISZ . . . . .	Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
IPA . . . . .	Importance-Performance Analysis — analiza ważnościowo-wydajnościowa
ISO . . . . .	International Organization for Standardization — Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna
NFZ . . . . .	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK . . . . .	Najwyższa Izba Kontroli
SERVPERF . . . . .	Service Performance — wydajność obsługi
SERVQUAL . . . . .	Service Quality — jakość usług
TQM . . . . .	Total Quality Management — całkowite zarządzanie jakością
WHO . . . . .	World Health Organization — Światowa Organizacja Zdrowia
WIL . . . . .	Wielkopolska Izba Lekarska
WOW NFZ . . . . .	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

# 1. Wstęp

Intensywny rozwój branży ochrony zdrowia, w tym świadczeniodawców tego systemu, czyli publicznych i prywatnych podmiotów leczniczych, implikuje konieczność istnienia konkurencji. Wyróżnia się wiele czynników jakościowych, w oparciu o które podmioty konkurują ze sobą, takich jak: kwalifikacje personelu, lokalizacja jednostki, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, stosowanie innowacyjnych metod leczenia, jak również walory estetyczne pomieszczeń, a także poziom obsługi klienta [Doros, 2016]. Od wielu lat obserwuje się wzrost znaczenia jakości we wszystkich sferach życia społecznego, w szczególności w działalności usługowej. Systemy ochrony zdrowia wielu państw obecnie ewoluują od zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa do określenia (w formie aktów normatywnych) i egzekwowania od świadczeniodawców wystandaryzowanych, brzegowych warunków (standardów, wymagań) jakości udzielania świadczeń zdrowotnych.

W przypadku Polski ustawodawca określił standardy jakościowe udzielania świadczeń w poszczególnych aktach prawa powszechnie obowiązującego. Wprowadzono ustawowo instytucję akredytacji podmiotów leczniczych wraz z określeniem standardów akredytacyjnych i uwzględniono posiadanie certyfikatu akredytacyjnego jako jedno z kryteriów branż pod uwagę przez płatnika przy określaniu wysokości przyznanych świadczeniodawcy środków publicznych z tytułu udzielania świadczeń w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy tu jednak zauważyć, że samo ustanowienie standardów jakości, a nawet ich spełnianie przez usługodawców nie przekłada się bezpośrednio na odbiór tej jakości przez usługobiorców, czy też ich satysfakcję. O ile bowiem standardy z założenia mają posiadać charakter obiektywny, jednoznaczny i powszechnie stosowany w identycznej postaci, satysfakcja pacjenta jest zjawiskiem zawsze subiektywnym.

Dowodem powyższego są przedmioty i liczby spraw kierowanych przez pacjentów do sądów powszechnych oraz wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, a także liczba i treść informacji zawartych na forach internetowych służących

do wyrażania opinii o usługach medycznych i podmiotach leczniczych [Bankiewicz-Nakielska i wsp., 2017]. Na podstawie ww. informacji można wysnuć tezę, że Polska osiągnęła już etap, na którym jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych zaczyna mieć dla pacjentów istotne subiektywne znaczenie, które przekłada się z kolei na konkurencyjną pozycję danego świadczeniodawcy. Można bowiem zaobserwować w szczególności, że nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy obiektywnie pojmowaną jakością usług zapewnianych przez świadczeniodawcę a poziomem satysfakcji pacjenta.

Dlatego istnieje ciągła potrzeba analizy i oceny czynników wpływających na zadowolenie pacjenta z jakości udzielanych świadczeń medycznych, by podmioty lecznicze mogły właściwie kształtować kierunki swojego funkcjonowania, aby utrzymać się na rynku i móc się rozwijać. Niewątpliwie znajomość czynników mających wpływ na satysfakcję z udzielanych świadczeń medycznych jest dla jednostek bardzo ważną wskazówką, pozwalającą na ukierunkowanie wszystkich działań zmierzających do poprawy swojej pozycji na konkurencyjnym rynku. Zadowolony pacjent jest podstawą dla zapewnienia mocnej pozycji rynkowej przedsiębiorstwa oraz jego przewagi konkurencyjnej [Szymańska i wsp., 2008]. Konkurencja z kolei jest immanentną cechą gospodarki rynkowej, mechanizmem wymuszającym reorientację istniejących zachowań podmiotów rynkowych w kierunku zarówno większego wykorzystania możliwości zasobów ludzkich, ich wiedzy i stosowanych innowacji, jak i maksymalizacji wartości dla klienta, rozwoju adaptacji i koncentracji na istniejących szansach w otoczeniu [Bukowska-Piestrzyńska, 2013].

W odniesieniu do stomatologii można uznać, że znaczenie jakości usług dla pacjentów jest większe, niż w przypadku innych dziedzin medycyny, przede wszystkim ze względu na fakt, że szeroko pojęty stale rozwijający się rynek usług stomatologicznych [Koczerga, 2008] cechuje się najwyższym udziałem świadczeń komercyjnych w stosunku do świadczeń finansowanych ze środków publicznych [Tomaszewski i wsp., 2018].



## 2. Przegląd piśmiennictwa

### 2.1. Rys historyczny w aspekcie jakości

Geneza pojęcia jakości wywodzi się z czasów starożytności, gdzie przedstawicielami myśli filozoficznej byli Platon i Arystoteles.

Grecki filozof Platon (427–347 p.n.e.) zdefiniował jakość jako pewien stopień doskonałości. Cyceon, jako pierwszy użył łacińskiego słowa *qualitas*, które odnajdujemy w obecnym angielskim *quality*, czyli drodze ku doskonałości [Gudanowska, 2010].

Polskie słowo jakość pochodzi od zaimka jak, jaki i definiowane jest jako właściwość, rodzaj, wartość czy gatunek, a w szerszym ujęciu — zespół cech stanowiących o tym, że dany przedmiot jest konkretnie tym, a nie innym przedmiotem [Hoffmann, 2008]. Uczeń Platona — Arystoteles (384–322 p.n.e.), kontynuował rozważania w zakresie jakości, określając jakość, jako zespół cech odróżniających dany przedmiot od innych przedmiotów tego samego rodzaju [Wolniak i wsp., 2010]. Nowożytni filozofowie Descartes (1569–1650) oraz J. Locke (1632–1704) określili dwie kategorie jakości: pierwotna, związana z ilością — kształt, ruch oraz wtórne określane jako zmysłowe wrażenia jakości pierwotnych — barwa, zapach [Hoffmann, 2008].

Potrzeba doskonalenia jakości była zauważana przez autorytety jakości jakim byli William Edwards Deming, Joseph Moses Juran oraz Philip Bernard Crosby.

W XX wieku amerykański statystyk Deming, jeden z twórców filozofii TQM (Total Quality Management), przedstawił czternaście zasad, w których wskazywał potrzebę doskonalenia procesów oraz wspierania wszelkich działań mających na celu poprawę jakości oraz wzrost produktywności i obniżenie kosztów [<http://www.strefa-iso.pl/pl,art,14-zasad-deminga>, data dostępu 26.02.2019 r.]: Obejmowały one takie działania jak:

- ustalenie celów i dążenie do ich doskonalenia,
- zastosowanie nowej filozofii zarządzania,
- rezygnacja z kontroli, jako sposobu zapewnienia jakości,
- brak sugerowania się wyłącznie ceną, podczas wyboru kontrahentów,

- ciągle doskonalenie procesów,
- wprowadzenie nowoczesnych szkoleń,
- implementacja zarządzania opartego na przywództwie,
- odrzucenie strachu,
- usunięcie barier pomiędzy poszczególnymi działami w organizacji,
- zaprzestanie stosowania haseł i sloganów zachęcających do osiągnięcia wysokiej produktywności,
- eliminacja zarządzania przez cele,
- zlikwidowanie barier ograniczających swobodne, pełne dumy wykonywanie obowiązków służbowych, pracownikom i menedżerom,
- wprowadzenie programu ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i samodoskonalenia kadr,
- zaangażowanie pracowników w realizację wszystkich celów.

Kolejny z autorytetów zarządzania jakością Juran, w swej koncepcji będącej trylogią jakości twierdził, że doskonalenie jakości jest procesem postępującym w każdym cyklu produkcji jest to uporządkowane działanie, na które składa się planowanie, kontrola i ciągle doskonalenie jakości. Juran jest również twórcą dziesięciu kroków do doskonalenia jakości, którą można osiągnąć poprzez:

- uświadomienie własnej potrzeby i szansy na doskonalenie jakości,
- ustalenie celów ciągłego doskonalenia jakości,
- stworzenie takiej organizacji, która pomoże w realizacji przyjętych celów poprzez: powołanie rady do spraw jakości, diagnoza problemów, wybranie odpowiedniego projektu, stworzenie profesjonalnych zespołów i wybór koordynatorów,
- przeszkolenie wszystkich pracowników organizacji,
- przydzielenie zadań problemowych,
- bieżące informowanie o przebiegu prac,
- uznanie dla współpracy grupowej,
- ogłoszenie uzyskanych wyników,
- odnotowywanie sukcesów, poprzez pomiar procesów,
- włączenie usprawnień do stosowanych systemów i procesów organizacji [Gołębiowski, 2008].

Crosby sformułował program zapewnienia jakości, składający się z czternastu kroków [Gołębiowski, 2008]:

- zaangażowanie zarządu w kwestię jakości,

- powołanie zespołów do spraw doskonalenia jakości,
- ustalenie kryteriów jakościowych,
- określenie kosztu jakości,
- zwiększenie świadomości w kwestii jakości i osobistej troski wszystkich pracowników o reputację organizacji firmy,
- podjęcie działań korygujących niedociągnięcia w zakresie świadomości jakości na stanowiskach pracy,
- zaprogramowanie produkcji wolnej od usterek, tzw. „zero defektów”,
- szkolenie kierowników,
- ogłoszenie momentu, od którego będzie obowiązywała zasada „żadnych usterek”,
- określenie celów i zachęcanie pracowników do ich samodoskonalenia,
- zachęcanie pracowników, by informowali kierownictwo o trudnościach, jakie napotykają podczas wykonywania zadań,
- docenianie i nagradzanie pracowników,
- powoływanie rad do spraw jakości, które regularnie monitorują dostarczane informacje,
- powrót do początku aby zaznaczyć, że programy jakościowe nigdy się nie kończą.

Taguchi, japoński inżynier i statystyk, znany jest z wprowadzenia do przemysłu innego podejścia, znajdującego w kolejnych latach zastosowanie w wielu dziedzinach. Jego metoda pozwoliła zaprojektować krok po kroku taki wyrób, który zaspokajałby potrzeby klienta i minimalizował koszty firmy i nie wymagała dużej znajomości statystyki czy statystycznej kontroli jakości [[https://www.governica.com/Metody\\_Taguchi](https://www.governica.com/Metody_Taguchi), data dostępu 26.02.2019 r.]:

- funkcji strat jakości — metody polegającej na dopasowaniu procesów produkcyjnych i produktów do tzw. krzywych jakości, tak by minimalizować;
- sterowania jakością off-line — zaprojektowanie i przygotowanie systemu produkcyjnego, zapewniającego niezawodność procesów;
- projektowania eksperymentów.

Z kolei japońska filozofia ciągłego doskonalenia (*kai* — zmiana; *zen* — dobry), zawiera się w 10 zasadach Kaizen [Mroczko 2012].

- Problemy stwarzają możliwości.
- Pytaj pięć razy „Dlaczego?”.
- Czerp pomysły od wszystkich.
- Myśl nad rozwiązaniami możliwymi do wprowadzenia.

- Odrzucaj ustalony stan rzeczy.
- Zbędne są wymówki, że czegoś się nie da zrobić.
- Wybieraj proste rozwiązania, nie czekając na te idealne.
- Użyj sprytu zamiast pieniędzy.
- Koryguj na bieżąco pomyłki.
- Ulepszanie nie ma końca.

Filozofią metody „kaizen” jest wskazanie pracownikom ścieżki, tak aby dalej sami mogli zgłaszać i wdrażać własne pomysły. Zatem oni będą źródłem innowacji, dzięki którym zmniejszy się nakład pracy, czas przejścia wyrobu przez proces, niezbędną powierzchnię oraz — co bardzo ważne — koszty [Mroczek, 2012].

W latach siedemdziesiątych XX wieku pojawiła się kwalitologia, czyli nauka zajmująca się wszelkimi zagadnieniami dotyczącymi jakości, nazwa jej pochodzi słów *qualitas* (jakość) oraz *logos* (nauka). Do historii jakości wpisali się również polscy badacze, których zainteresowania koncentrowały się wokół jakości usług medycznych. Przykładem jest Petrycy, który tłumaczył dzieła Arystotelesa wskazując na czynniki ekonomiczne, społeczne i kulturowe jako elementy istotne w kształtowaniu profilaktyki i terapii. W XX wieku zaś Znaniecki sformułował pojęcia jakości zdrowia i jakości życia [Hoffmann, 2008].

## 2.2. Jakość usług medycznych a satysfakcja pacjenta

W obszarze jakości usług medycznych pojęcie satysfakcja nabiera coraz większego znaczenia i stanowi element, który kształtuje rynek usług medycznych [Plentara i wsp., 2015].

Termin „satysfakcja” pochodzi od łacińskiego słowa *satisfactio*, które tłumaczy zaspokojenie, zadowolenie wywołane z realizacji czegoś w pełni [Kaczmarczyk-Kuruc, 2017]. Według Kotlera jest to stan odczuwalny przez jednostkę i związany z porównaniem postrzeganych wyjątkowo cech produktu oraz oczekiwań jednostki wobec tych cech [Bukowska-Piastrzyńska, 2013]. Według Hill i Aleksander uznali, że poziom satysfakcji klienta jest odzwierciedleniem tego, w jakim stopniu produkt całkowity oferowany przez daną organizację, zaspakaja zbiór jego wymagań [Gołąb-Andrzejak i wsp., 2015]. Definicję satysfakcji będącej wynikiem jakości przedstawia Sztucki określając ją jako subiektywne odczucie zadowolenia z odniesionych korzyści i spełnionych oczekiwań z nabycia konsumpcji i użytkowania produktu bądź usługi, które wynikają z zaspoko-

jenia potrzeby lub rozwiązania problemu [Bukowska-Piastrzyńska, 2013a]. Rozważania nad pierwszeństwem występowania pojęć „jakości” i „satisfakcji” w usłudze zdrowotnej podejmowała Bukowska-Piastrzyńska [2013a]. Autorka przedstawia dwa odmienne stanowiska badaczy w relacjach jakości i satisfakcji. Bukowska-Piastrzyńska odnosi się do spostrzeżeń Bitnera i Hubberta, którzy twierdzą, że jakość poprzedza satisfakcję. Bitner i Huber wskazują na istnienie satisfakcji wynikającej z pojedynczego świadczenia oraz całkowitą satisfakcję, jako sumę wszystkich satisfakcji. Natomiast odmienny pogląd prezentują Bolton i Drew, wskazując, że satisfakcja poprzedza jakość.

Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość opieki zdrowotnej jako stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia własnych oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą [Bembnowska i wsp., 2015].

Jakość w usługach zdrowotnych odnosi się zarówno do procesu wykonania usługi zgodnie ze standardami, jak również do elementów istotnych dla pacjenta. Jest postrzegana w ujęciu technicznym (wyposażenie placówki, sprzęt, procedury, instrukcje standardy), jak również funkcjonalnym, czyli jak jest oceniana przez pacjenta [Czerw, 2012]. Rysiak i wsp. [2014] wymienia że w usługach medycznych jakość odnosi się do obszarów: opieki medycznej, informacyjnej, technicznej, ekonomiczno-administracyjnej oraz marketingu. Bukowska-Piastrzyńska [2013a] wskazuje trzy wymiary jakości: techniczny, interpersonalny, organizacyjny. W odniesieniu do usługi, satisfakcja jest postrzegana, jako zależność pomiędzy subiektywną oceną klienta a jego oczekiwaniami i powstaje ona w sytuacji, gdy ta ocena jest co najmniej równa oczekiwaniom [Bukowska-Piastrzyńska, 2013]. Satisfakcja, jako odczucie, powstaje w wyniku spełnienia oczekiwań klienta, przejawiające się w jego zadowoleniu [Plentara i wsp., 2015].

W literaturze przedmiotu można spotkać się z różnymi modelami satisfakcji. Model oczekiwanej niezgodności według którego klient dokonuje oceny poziomu swojej satisfakcji w oparciu o doświadczenia związane z produktem oraz jego oczekiwań. Odnosi się do sytuacji, w której jeśli produkt nie spełnia oczekiwań, klient jest niezadowolony, natomiast jeśli spełnia oczekiwania to klient jest usatisfakcjonowany, a gdy produkt przekracza jego oczekiwania to jest on zachwycony. Kolejny to model oparty na teorii sprawiedliwości wymiany, w którym satisfakcja pojawia się, gdy koszty i zyski klienta nie różnią się z kosztami i zyskami przedsiębiorstwa. Model emocjonalny występuje gdy satisfakcja i stan pozytywnych emocji związanych z oceną produktu jest zbieżny. W ujęciu marketingu relacji, satisfakcję należy rozróżnić, jako zadowolenie relacji w ujęciu całościowym

oraz w odniesieniu do transakcji i relacji jakie zachodzą między partnerami [Gołąb-Andrzejak i wsp., 2015]. Balon i wsp. [2010] wymieniają model Kano i PROSAT. Wprowadzony przez japońskiego profesora model Kano oparty jest na trzech rodzajach satysfakcji: satysfakcji koniecznej (realizacja podstawowych potrzeb, satysfakcja jednowymiarowa), zaspokojenia potrzeb, które można negocjować i satysfakcji oczekiwanej, dotyczącej potrzeb dodatkowych. Natomiast model PROSAT odnosi się do pięciu wymiarów: jakości technicznej, jakości opinii, spojrzenia na cenę, jakości osobistej relacji, jakość serwisu. Według polskiej normy ISO 9000:2015 przyjęto że zadowolenie klienta to percepcja dotycząca stopnia, w jakim jego indywidualne oczekiwania zostały spełnione [Kaczmarczyk-Kuruc, 2017]. Pojęcie „jakość” z uwagi na swój wielowymiarowy i interdyscyplinarny charakter jest pojęciem trudnym do jednoznacznego zdefiniowania i stanowi przedmiot zainteresowania wielu badaczy [Pawka i wsp., 2004, Wroński, 2011, Kawiak-Zioło i wsp., 2012, Bukowska-Piestrzyńska, 2013, Ungureanu i wsp., 2015, Rocha i wsp., 2017].

W początkowym okresie skupienie twórców systemu jakości dotyczyło przemysłu, w dalszym etapie objęło również usługi medyczne, stąd korzenie pojęciowe są związane z procesami produkcyjnymi. Pojęcie jakości ulegało więc ciągłym zmianom i dopiero w późniejszym okresie koncentrowało się na kliencie i jego wymaganiach.

Dokonano podziału definicji jakości na poszczególne kategorie: ogólne, związane z produkcją, produktem, użytkownikiem, tworzeniem wartości, wielowymiarowe i strategiczne (**Tabela 1**).

Z uwagi na różnorodność istnienia wielu definicji, zdaniem Dziadkowiec [2017], zasadnym jest posługiwanie się definicjami przyjętymi przez międzynarodowe organizacje. Prekursorem światowej normalizacji w zakresie jakości należy przyjąć Departament Stanów Zjednoczonych, który w 1959 roku przyjął normę MIL-Q-9858 dotyczącą przemysłu zbrojeniowego. Po raz pierwszy w Europie Brytyjski Instytut Normalizacyjny BSI (British Standard Institution) opublikował normę BS 4891: Kompendium w dziedzinie zapewnienia jakości. Wydawanie kolejnych definicji przez organizacje normalizacyjne, utrudniło współpracę międzynarodową, dlatego też koniecznym stało się opracowanie ujednoliconego narzędzia do oceny jakości. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna wydała pierwszą normę ISO 8402:1986 w Polsce, jako PN-EN ISO 28402:1993. W tej normie bardzo widoczne jest ukierunkowanie na potrzeby klienta. Wymagania kolejnych norm ISO koncentrują się głównie na kliencie. Zmieniające się mikro i makro-otoczenie w 2015 roku wpłynęło na uzupełnienie zapisów normy z 2008 roku [Dobska i wsp., 2016].

**Tabela 1.** Podział definicji według kategorii

Kategoria	Charakterystyka	Przykład definicji
Ogólne	Przybliżają problem jakości w ujęciu ogólnym, nie przekładają się na konkretne działania. Ich zastosowanie możliwe jest dopiero po opracowaniu kolejnej definicji	Shewhart — dobroć produktu, przy czym dobroć ta może być zastosowana do wszystkich rodzajów produktów i usług
Związane z produkcją	Związane z procesem technicznym, przeważnie dedykowane wydziałom produkcyjnym	zgodność z wymaganiami wewnętrznymi i zewnętrznymi — Crosby
Związane z produktem	Przede wszystkim związane są z takimi cechami produktu jak wytrzymałość i trwałość, pomijając kwestię kosztów. Produkt powinien być wykorzystywany przez określony czas, po czy powinien on być zastąpiony przez nowy. Zgodnie z tymi definicjami jakość na bardzo dużym poziomie mogłaby przyczynić się do straty przedsiębiorstwa	zdolność do wykonywania zadań, działania, przydatność — Feigenbaum jakość wiąże się z właściwym projektowaniem — Taguchi
Związane z użytkownikiem	Wskazują na spełnienie wymagań, potrzeb oraz oczekiwań. Przymuszają wytwórców do zwrócenia uwagi na oczekiwania klientów. Z uwagi na ich ogólny charakter, definicje te wymagają uszczegółowienia o dane techniczne	przydatność użytkowa — Juran kompozycja charakterystyk, marketingu, produkcji, projektowania produktu lub usługi, która w użytkowaniu zaspokoi potrzeby i oczekiwania klienta — Feigenbaum
Związane z tworzeniem wartości	Zastosowanie tych definicji odnosi się głównie do określenia jakości projektowania wyrobów i stanowią one zespolenie pomiędzy użytkownikiem, produkcją i produktem	doskonałość lub przydatność do użytku po akceptowalnej cenie — Ishikawa
Wielowymiarowe	Niedoskonałością tych definicji jest jednowymiarowe postrzeganie jakości, Wynika to przede wszystkim z nacisku, jaki kładzie się na poszczególne wymiary	jakość w odniesieniu do usług — wykonanie części materialnej, niezawodność, reakcja na problemy, kompetencje pracowników, empatia — Parasurman
Strategiczne	Związane są z rynkiem oraz postrzeganiem organizacji	jedna z dróg do odróżnienia produktu od konkurencji — konieczna w obszarach istotnych dla klienta — Porter produkt wyższej jakości może poprawić postrzeganie firmy przez klientów — Deming

Źródło: Przegląd definicji, Wawak S., Trąbka G. [<https://mfiles.pl/pl/index.php/Jako%C5%9B%C4%87>, data dostępu 25.02.2019 r.].

Najbardziej aktualną jest wydanie normy ISO 9001:2015 (PN-EN ISO 9001:2015), której założeniem jest koncentracja na kliencie, jako kluczowego elementu procesów zarządzania jakością [Szkiel, 2016] (**Tabela 2**).

**Tabela 2.** Ewolucja definicji jakości ISO od 8402 do 9000

Norma międzynarodowa	Polska Norma	Definicja jakości
ISO 8402:1986 Quality. Vocabulary	PN-EN ISO 28402:1993 Jakość. Terminologia	Zespół właściwości i charakterystyk liczbowych wyrobów, które wpływają na ich zdolności do zaspokajania potrzeb
ISO 8402:1994 Quality management and assurances. Vocabulary	PN-EN ISO 8402:1996 Zarządzanie jakością i zapewnienie jakości — terminologia	Ogół cech i właściwości obiektu decydujących o ich zdolności do zaspokajania stwierdzonych i przewidywanych potrzeb
ISO 9000:2000 Quality management systems. Fundamentals and Vocabulary	PN-EN ISO 9000:2001 Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia	Stopień, w jakim zbiór inherentnych właściwości spełnia wymagania
ISO 9000:2005 Quality management systems. Fundamentals and Vocabulary	PN-EN ISO 9000:2006 Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia	
ISO 9000:2015 Quality management systems. Fundamentals and Vocabulary	PN-EN ISO 9000:2015-10 Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia	Stopień, w jakim zbiór inherentnych właściwości obiektu spełnia wymagania

Źródło: Dziadkowiec J.: Ewolucja definiowania jakości w normach ISO serii 9000 w: Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej, pod red. Sikory, Kraków 2017, s. 28.

Normy ISO pozostają bardzo rozpowszechnionym w środowisku medycznym oraz rozpoznawalnym przez pacjentów narzędziem do oceny jakości usług. [Kautsch i wsp., 2009] W branży medycznej mają duże znaczenie ze względu na możliwość ubiegania się przez placówki medyczne o dodatkowe środki z NFZ i innych źródeł budżetowych. Wdrożenie systemu zarządzania jakością opartego o ISO dotyczy potwierdzenia zdolności świadczenia usług na oczekiwanym przez pacjenta poziomie, budowanie szans na zwiększenie jego zadowolenia, ocenę ryzyka i minimalizowanie występowania zdarzeń niepożądanych — Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.].

W obszarze usług zdrowotnych do najbardziej istotnych metod dotyczących trwałego zapewnienia jakości świadczeń medycznych należy akredytacja (łac. *credo* — wierzę)



[Rysiak i wsp., 2014] wprowadzona na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia [t. j. Dz.U. z 2016 r., poz. 2135], a jej narzędzie oceny stanowią opracowane standardy. Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie wskazuje na czynniki: relacje interpersonalne, warunki i procedury — z przyjęciem i wypisem, które mają istotny wpływ w ocenie jakości przez pacjentów [Hoffmann, 2008]. Certyfikat potwierdzający akredytację w placówce medycznej, stanowi świadectwo wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Dodatkową korzyścią akredytacji są także środki finansowe z NFZ gwarantowane dla jednostek znajdujących się w wykazie certyfikowanych podmiotów leczniczych na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.].

Znaczącą rolę w utrzymaniu wysokiej jakości usług odgrywają również konsultanci krajowi i wojewódzcy z poszczególnych dziedzin medycyny, pełniący rolę opiniodawczą, doradczą i kontrolną. Merytorycznie nadzorują oni również doskonalenie zawodowe i szkolenie kadr medycznych: lekarzy, pielęgniarek, położnych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów oraz pozostałych osób wykonujących zawody medyczne. Uczestniczą w opracowaniu rozwiązań systemowych niezbędnych do realizacji polityki zdrowotnej w oparciu o ustawę z 6 listopada 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia [t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 890 ze zm.].

System informacji w ochronie zdrowia obejmuje różnorodne bazy danych prowadzone przez upoważnione jednostki tj.: świadczeniodawców, organy rządowe — minister zdrowia, wojewodowie, NFZ, organy samorządowe zawodów medycznych, jednostki kształcące kadry medyczne. Zakres przetwarzanych informacji dotyczy zrealizowanych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej, danych o usługodawcach, pracownikach medycznych, pacjentach oraz usługobiorcach. Bezpieczeństwo i funkcjonalność systemów informatycznych przekłada się na jakość usług (np. e-skierowanie, e-recepta, e-zwolnienie). System monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej pozwala pacjentowi odnaleźć informacje o miejscu, rodzaju udzielanych świadczeń, nazwie podmiotu, średnim czasie oczekiwania na wybrane świadczenie z możliwością generowania raportów i analiz dotyczących wyników wyszukiwania, zgodnie z ustawą z 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia [t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1845 ze zm.].

Nad wdrażaniem oraz oceną skutków oddziaływania regulacji prawnych oraz skutecznością funkcjonowania organów państwowych pieczę sprawuje Najwyższa Izba

Kontroli. Realizując zadania kontrolne NIK badała między innymi zapewnienie uprawnionym równego dostępu do świadczeń stomatologicznych, których szczegóły oraz wnioski przedstawiła 2 lipca 2013 roku w informacji o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych” KZD-4101-04/2012 Nr ewid. 131/2013/P/12/124/KZD [<https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/12/124/>, data dostępu 31.01.2019 r.].

W raporcie NIK wskazano, iż:

- Koszty leczenia stomatologicznego, sfinansowane ze środków publicznych, wyniosły w 2010 roku –1689259 tys. zł, (były o 8,66% niższe niż w 2009 roku), w 2011 roku — 1710333 tys. zł (tj. niższe o 7,52% niż w 2009 r.), a w 2012 r. — 1771376 tys. zł.
- Zbyt niska populacja dzieci i młodzieży, bo tylko 2,96% osób skorzystało ze świadczeń profilaktycznych w ramach świadczeń gwarantowanych w 2011 roku.
- Oceny dostępności świadczeń stomatologicznych Minister Zdrowia nie dokonywał w konsultacji z samorządami wojewódzkimi.
- Zaniedbania ze strony Ministra Zdrowia dotyczyły również braku ustalenia optymalnych wskaźników zatrudnienia lekarzy dentystów i personelu pomocniczego dla przedziałów populacji. Określenie mierników pozwoliłoby na podjęcie działań dla zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Przyjęcia osób na studia o kierunku lekarsko-dentystycznym dokonywano bez uprzedniego określenia zapotrzebowania na absolwentów tego kierunku.

Zalecono pokontrolnie:

- Przeznaczyć więcej środków finansowych na realizację zadań związanych z zapewnieniem leczenia i profilaktyki, w ramach świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.
- Zapewnić prawidłową współpracę pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ a jednostkami samorządu terytorialnego w gminach na rzecz równego dostępu osób do świadczeń ogólnostomatologicznych.
- Zintensyfikować działania po stronie Ministra Zdrowia w zakresie lepszego wykorzystania propozycji zawartych w Narodowym Programie Zdrowia, a w szczególności rozwiązań na rzecz poprawy opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży.
- Podjąć działania zwiększające świadomość rodziców na temat negatywnych skutków zaniedbania profilaktyki oraz leczenia w obrębie jamy ustnej.

- Przedstawić optymalne wskaźniki, dotyczące liczby czynnych zawodowo lekarzy dentystów w odniesieniu dla określonych populacji mieszkańców, na rzecz poprawy dostępności do świadczeń stomatologicznych.

W Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia z 2018 roku [[https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_2018\\_5c3deab703e35.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5c3deab703e35.pdf), data dostępu 26.02.2019 r.] opracowanym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, przedstawiono informację dotyczącą liczby lekarzy dentystów w Wielkopolsce na koniec 2017 roku, która wynosiła 2941 (w tym 2148 kobiet oraz 793 mężczyzn), gdzie w poszczególnych kategoriach wiekowych odnotowano:

- w wieku do 35 lat 616 dentystów,
- w wieku od 35 do 44 lat 673 dentystów,
- w wieku od 45 do 54 lat 633 dentystów,
- w wieku od 55 do 64 lat 569 dentystów,
- w wieku powyżej 65 lat 450 dentystów,
- staż odbywały 132 osoby.

W skali całego kraju na koniec 2017 roku liczba lekarzy wyniosła 41281, (z czego 31637 stanowiły kobiety, 9644 mężczyźni) w odniesieniu do poniższych kategorii wiekowych sytuacja przedstawiała się, jak poniżej:

- w wieku do 35 lat 8965 dentystów,
- w wieku od 35 do 44 lat 7806 dentystów,
- w wieku od 45 do 54 lat 9363 dentystów,
- w wieku od 55 do 64 lat 6501 dentystów,
- w wieku powyżej 65 lat 8646 dentystów,
- staż odbywały 1124 osoby.

W grupie higienistek stomatologicznych pracujących w placówkach medycznych, według podstawowego miejsca zatrudnienia na koniec 2017 roku liczba ta wynosiła 3092 osób, co stanowi niewielki wzrost w stosunku do lat wcześniejszych. Natomiast w grupie techników dentystycznych, przypisanych do podstawowego miejsca zatrudnienia zaobserwowano niewielki spadek na koniec 2017 roku — 471 osób.

Z informacji uzyskanych z WIL (pismo z 28.01.2019 r., L.dz. WIL/Sk.-0711-15/876/2019/1020) liczba zarejestrowanych lekarzy specjalistów stomatologii zachowawczej z endodoncją (nowy tryb) — czynnie wykonujących zawód wynosi 43 osoby, natomiast specjalistów z zakresu stomatologii zachowawczej II stopnia (stary tryb) 62 osoby czynnie wykonują zawód.

W Polsce ulegający ciągłym zmianom sektor usług medycznych, spowodował, że podmioty lecznicze muszą konkurować o pacjentów podobnie, jak inne jednostki działające na rynku. Na przestrzeni ostatnich lat dokonały się istotne zmiany związane z postrzeganiem jakości. Punktem wyjścia do usprawniania wszelkiego rodzaju działań zmierzających do poprawy jakości powinna być diagnoza stanu wyjściowego, a więc zorientowanie się co do oczekiwań pacjenta w zakresie aspektów jakości udzielania świadczeń stomatologicznych. W II połowie XX wieku wprowadzono technikę zarządzania przez jakość TQM (Total Quality Management), polegającą na wyprodukowaniu lepszych jakościowo produktów, celem skutecznego konkurowania na rynku [Wroński i wsp., 2009]. W XX wieku zmieniło się podejście do jakości z nastawienia wyłącznie na zysk firmy na rzecz zwiększenia satysfakcji nabywców, w związku z ich subiektywną oceną produktu. Jednak pojęcie jakości usług nie powinno być utożsamiane z satysfakcją nabywcy z uwagi na jej emocjonalny wymiar [Dąbrowski, 2014]. W podejściu jakościowym poziom satysfakcji jest czynnikiem zmiennym. Dlatego ważnym jest stałe monitorowanie poziomu satysfakcji i wczesne reagowanie na wszelkiego rodzaju niezadowolenie pacjenta.

W piśmiennictwie stomatologicznym pojawiło się wiele doniesień dotyczących problemu jakości usług. Autorzy wskazują na ciągłą potrzebę monitorowania czynników mających wpływ na satysfakcję z udzielanych świadczeń [Bukowska-Piastrzyńska, 2006, Koczerga, 2008, Wroński, 2009, Kasperski i wsp., 2011, Klepacz-Szewczyk i wsp., 2011, Bahadori, 2015, Obrycka i wsp., 2017]. Badania w zakresie satysfakcji i jakości prowadzone są w jednostkach o zróżnicowanym profilu medycznej działalności usługowej. Dotyczą one zarówno jednostek lecznictwa otwartego jak i zamkniętego. Prowadzone badania w placówce Podstawowej Opieki Zdrowotnej dotyczyły m.in. czasu oczekiwania na wizytę — 79% ankietowanych uznała, że jest on zbyt długi, postawy lekarza wobec pacjentów, czy przestrzegania ich prawa do intymności — ponad 80% uznało, że jest ono przestrzegane. Informację o jednostce chorobowej otrzymało 86 osób, a wyjaśnienia co do sposobu leczenia otrzymało 70% ankietowanych [Plentara i wsp., 2015]. Badania na oddziałach chirurgicznych [Szpringer i wsp., 2015] czy takich, jak choroby wewnętrzne, neurologia, kardiologia i pulmonologia [Kos i wsp., 2016] dotyczyły podobnych obszarów jak opieka lekarska, czy pielęgniarska.

W dotychczasowych opracowaniach naukowych analizie poddawano jakość usług medycznych z punktu widzenia świadczeniobiorcy rzadziej świadczeniodawcy.

Oboda [2010] wskazuje na cztery rodzaje postaw, jakie przyjmuje lekarz dentysta w relacji z pacjentem. Autor ten wskazuje na lekarza w roli Wykonawcy, Prezentera,

Kapitana i Doradcy, który zdaniem autora najlepiej postrzegany jest przez pacjentów, dzięki takim cechom, jak: chociażby umiejętność zrozumiałej dla pacjenta komunikacji czy podejścia do procesu leczenia. Kasperski i wsp. [2011] wskazują na właściwe podejście lekarzy do pacjentów w różnym przedziale wiekowym: dzieci czy osoby starsze. O sukcesie leczenia decydują zarówno umiejętności medyczne lekarza jak i zadowolenie pacjenta. Czynniki mające wpływ na wybór lekarza badano również wśród pacjentów zgłaszających się do Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Spośród 113 osób, 46% kontaktuje się z lekarzem w sytuacji bólu zęba, 46% regularnie korzysta z wizyt (co 3 do 9 miesięcy), natomiast 8% nie poddaje się leczeniu. Głównymi powodami dla których respondowani dokonywali zmiany lekarza była jego niedostępność w gabinecie — tak uważało 42% osób oraz z powodu niezadowolenia z jakości oferowanych usług. Dla 88% ankietowanych najważniejszym czynnikiem mającym wpływ na wybór gabinetu stanowił profesjonalizm lekarza [Klepacz-Szewczyk i wsp., 2011]. Jak wskazuje Szumska [2010] ocenie pacjentów poddawane są również asystentki i higienistki. Przeprowadzone w 2010 roku badania na grupie 107 osób wykazały, że ponad 36% badanych zwróciło uwagę na niewłaściwe podejście personelu pomocniczego do pacjenta, wskazując na nieuprzejmość, niezyczliwość, brak szacunku, brak komunikacji, czy brak zainteresowania problemem.

Kolejnym aspektem podejmowanych badań była kwestia oceny satysfakcji z usług stomatologicznych osób niepełnosprawnych, a tym samym poznanie opinii osób niepełnosprawnych oraz ich opiekunów [Myśliwiec i wsp., 2011]. Badaniu poddano grupę 108 rodziców dzieci z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej z 2 Województw (71 osób z województwa śląskiego i 37 osób z województwa małopolskiego). Ocenie rodziców poddano między innymi podejście lekarzy różnych specjalności do osób niepełnosprawnych, jak również dostępność do usług w poszczególnych zakresach, jak np. podejście lekarza okulisty i dostępność do usług okulistycznych. Spośród różnych specjalności medycyny najgorzej oceniono dostępność do usług stomatologicznych (53 osoby), a także nieodpowiednie podejście lekarzy stomatologów do osób niepełnosprawnych (41 osób). Jak wskazują autorzy, osoby udzielające świadczeń pomimo wiedzy medycznej, posiadają niewystarczające doświadczenie z osobami niepełnosprawnymi.

Badania dotyczące poziomu dostosowania gabinetów do wymogów architektonicznych, jak również poznanie nastawienia personelu podczas udzielania świadczeń przeprowadzono na grupie 102 respondentów, w której przeważały osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy kul. Z badanej grupy 75% stanowiły osoby nie-

pełnosprawne, a 35% ich opiekunowie. Największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 20–40 lat. Wyniki wykazały, że spośród barier architektonicznych pacjenci najczęściej wymienili brak dostosowania wejść do gabinetów (brak podjazdów, wind, platform), a następnie wymieniali brak dostosowania pomieszczeń gabinetu do osób niepełnosprawnych. Ankietowani pozytywnie ocenili zarówno nastawienie lekarzy (82 osoby), jak również personelu asystującego (79 osób). Gabinet chętnie odwiedzało 52%, niechętnie 38% respondentów, natomiast 10% nie odwiedzało w ogóle stomatologa [Drobiszewicz i wsp., 2016].

Na konieczność przeprowadzania badań z zakresu oceny satysfakcji z usług stomatologicznych wskazują również pacjenci. Badanie wśród pacjentów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi przeprowadzono w grupie 100 osób (pacjentów oddziału i poradni), w tym 64% stanowiły kobiety i 36% mężczyźni. Warunkiem udziału w badaniu był fakt, iż pacjent leczył się w gabinecie w ciągu ostatnich pięciu lat. Z badań wynikało, że 62 osoby — 62% ankietowanych bez względu na płeć korzystało rzadziej ze świadczeń niż raz w roku. Ponadto 80 osób nie brało do czasu tego badania, udziału w ocenie satysfakcji z usług stomatologicznych. Aż 93 osoby wskazały na konieczność przeprowadzania takich badań przez gabinety stomatologiczne, znikomy odsetek — 2% nie miało zdania w tym temacie. Przeprowadzone badania wskazują, iż 80% ankietowanych osób w ostatnich 5 latach nie brało udziału w badaniu satysfakcji z usług stomatologicznych, co wskazuje iż gabinety nie prowadzą takich badań. Poddani badaniom pacjenci w większości lepiej oceniali gabinety, niż te, które nie dokonywały takich ocen. W ocenie pacjentów, takie gabinety wykazują większą troskę o pacjentów [Wroński i wsp., 2010]. Jak zalecają ci autorzy stałe monitorowanie satysfakcji pacjentów wzmacnia pozycję gabinetu na konkurencyjnym rynku usług stomatologicznych.

Kolejne badanie w zakresie znajomości przez pacjentów przestrzegania prawnych aspektów jakości udzielania świadczeń stomatologicznych zostało przeprowadzone w tej samej jednostce na 120 pacjentach w czterech kategoriach wiekowych, w tym 65% stanowiły kobiety, 35% mężczyźni. Spośród ankietowanych 35% stanowiły osoby z wyższym wykształceniem. Większość — 80% ankietowanych odwiedziła gabinet stomatologiczny rzadziej niż raz w roku. Wyniki przeprowadzonej ankiety wskazały, że ponad 72% badanych nie posiadało wiedzy dotyczącej konieczności udzielania przez lekarza świadczeń w oparciu o aktualną wiedzę medyczną [Wroński, 2011a]. Zbadania przestrzegania przez personel jednego z praw pacjenta, jakim jest prawo do informacji, podjął się zespół z Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, przeprowadzając badania wśród

pacjentów poradni stomatologicznej [Obrycka i wsp., 2017]. Łącznie zbadali 100 osób, z czego kobiety stanowiły 78%. W badaniu wykorzystano ankietę zawierającą 26 pytań związanych z prawami pacjenta, jakością usług i ich satysfakcją. Prawie 50% ankietowanych (49 osób) raz na pół roku odwiedziła poradnię stomatologiczną. Ponad połowa ankietowanych (55 osób) potwierdziła, że otrzymała od lekarza wyczerpujące informacje wyjaśniające przyczynę dolegliwości z jaką się zgłosili, takiej informacji nie otrzymało 27 osób. Prawie połowa ankietowanych nie została poinformowana o możliwości skorzystania z konsultacji u innego specjalisty. Autorzy cytowanej pracy zwracają uwagę, że ankietowani są zdania, iż powinni zostać poinformowani o swoich prawach, gdyż bardzo dobrze ocenili poziom znajomości praw pacjenta, co potwierdza, że znaczna większość, bo aż 77% orientuje się w kwestii dotyczącej zgłoszenia w przypadku naruszenia swoich praw, jako pacjenta. Wśród Praw pacjenta, najczęściej łamanym było prawo do świadczeń zdrowotnych. Ponadto przeprowadzone przez nich badanie wskazuje, że lekarze nie informują pacjentów o przysługujących im prawach i wskazują na konieczność edukacji w obszarach niezbędnych do zapewnienia prawidłowej komunikacji, zarówno dla ważności przekazywanych informacji, jak również dla budowania prawidłowych relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem. Edukacja dotyczy zarówno pacjenta jak i całego personelu medycznego.

Niewątpliwie ważnym elementem jest stałe monitorowanie, wszystkich czynników ryzyka, które mogą przyczynić się do braku respektowania praw pacjenta. Badania w zakresie czynników wpływających na komunikację w relacjach pacjent-lekarz zostały przeprowadzone na grupie 100 pacjentów Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w 2010 roku. 93% respondentów wskazało, że lekarz poświęca im wystarczająco dużo uwagi. Ponad 80% badanych wskazało, że lekarz w sposób zrozumiały przedstawił plan leczenia [Frank i wsp., 2013].

Motyka [2013] podkreśla, że określenie „komunikacja terapeutyczna” nabiera coraz większego znaczenia, jako działanie wspierające procesy terapeutyczne a nie, jako samo w sobie będące wyodrębnioną metodą terapii. Ważnym elementem na który zwracają uwagę Bankiewicz-Nakielska i wsp. [2017] jest zmiana nastawienia osób wykonujących zawody medyczne do pogłębiania wiedzy o umiejętnościach psychologicznych, niezbędnych przy wykonywaniu swojej pracy. Autorzy wskazują na nieustanny rozwój biurokracji oraz czynności, których wykonanie staje się niezbędne podczas udzielania świadczenia, co w ostateczności niekorzystnie wpływa na relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem, powodując różnego rodzaju napięte sytuacje. Posiadanie przez lekarza kompetencji psy-

chologicznych ma przede wszystkim na celu pomóc zbudować prawidłowe relacje na płaszczyźnie lekarz-pacjent, jak również stanowić pomoc dla lekarza w sytuacji, gdy ma do czynienia z trudnymi sytuacjami w relacji z pacjentem.

### 2.3. Zakres usług w stomatologii

Prezes NFZ, każdego roku, w porozumieniu z ministrami poszczególnych departamentów finansów i zdrowia oraz z dyrektorami wojewódzkich oddziałów NFZ przygotowuje projekt planu finansowego na rok następny, uwzględniający przychody i koszty NFZ (Tabela 3).

**Tabela 3.** Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, w tym leczenie stomatologiczne w latach 2017–2019

Wyszczególnienie	2019 rok* w tys. zł	2018 rok w tys. zł	2017 rok w tys. zł
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu — łącznie	82 479 604	81 120 647	72 622 577
w tym leczenie stomatologiczne	1 847 184	1 838 693	1 794 605
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia — łącznie	7 420 529	7 274 965	6 512 922
w tym leczenie stomatologiczne	145 521	153 815	144 853

\* Plan finansowy NFZ na rok 2019 zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 12 września 2018 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie planów finansowych NFZ na lata 2017, 2018, 2019 [<https://www.gov.pl/web/zdrowie/plany-finansowe-nfz>, data dostępu 26.02.2019 r.].

Środki finansowe, mające pokryć koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób ubezpieczonych są podzielone pomiędzy wojewódzkie oddziały z uwzględnieniem: liczby ubezpieczonych w danym oddziale wojewódzkim, podziału na poszczególne grupy, według wieku i płci, kategorie świadczeń w tym wysokospecjalistyczne liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim NFZ oraz ze względu na ryzyko zdrowotne.

Na podstawie rejestru zawartych przez WOW NFZ umów na świadczenie usług stomatologicznych można ustalić dynamikę zmian w kontraktowaniu świadczeń dla osób ubezpieczonych przy uwzględnieniu kryterium liczby zawartych umów/świadczeniodawców. Utrzymuje się tendencja spadkowa w zakresie liczby zawartych umów z NFZ, jak również liczby świadczeniodawców świadczących usługi na rzecz osób ubezpieczonych (Tabela 4).

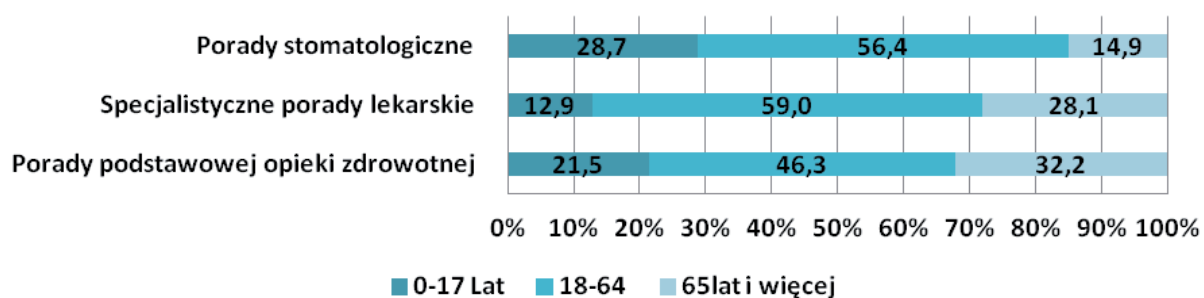


**Tabela 4.** Liczba podmiotów i umów w rodzaju leczenie stomatologiczne w latach 2017–2019 w Wielkopolsce

Wyszczególnienie	2019 rok	2018 rok	2017 rok
Liczba zawartych umów	745	756	1549
Liczba świadczeniodawców	727	740	825

Źródło: Opracowanie własne na podstawie list świadczeniodawców za lata 2017, 2018, 2019 [<https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Provider/Index?ROK=2019&OW=15&ServiceType=07&Code=&Name=&City=&Regon=&Product=&OrthopedicSupply=false>, data dostępu 26.02.2019 r.].

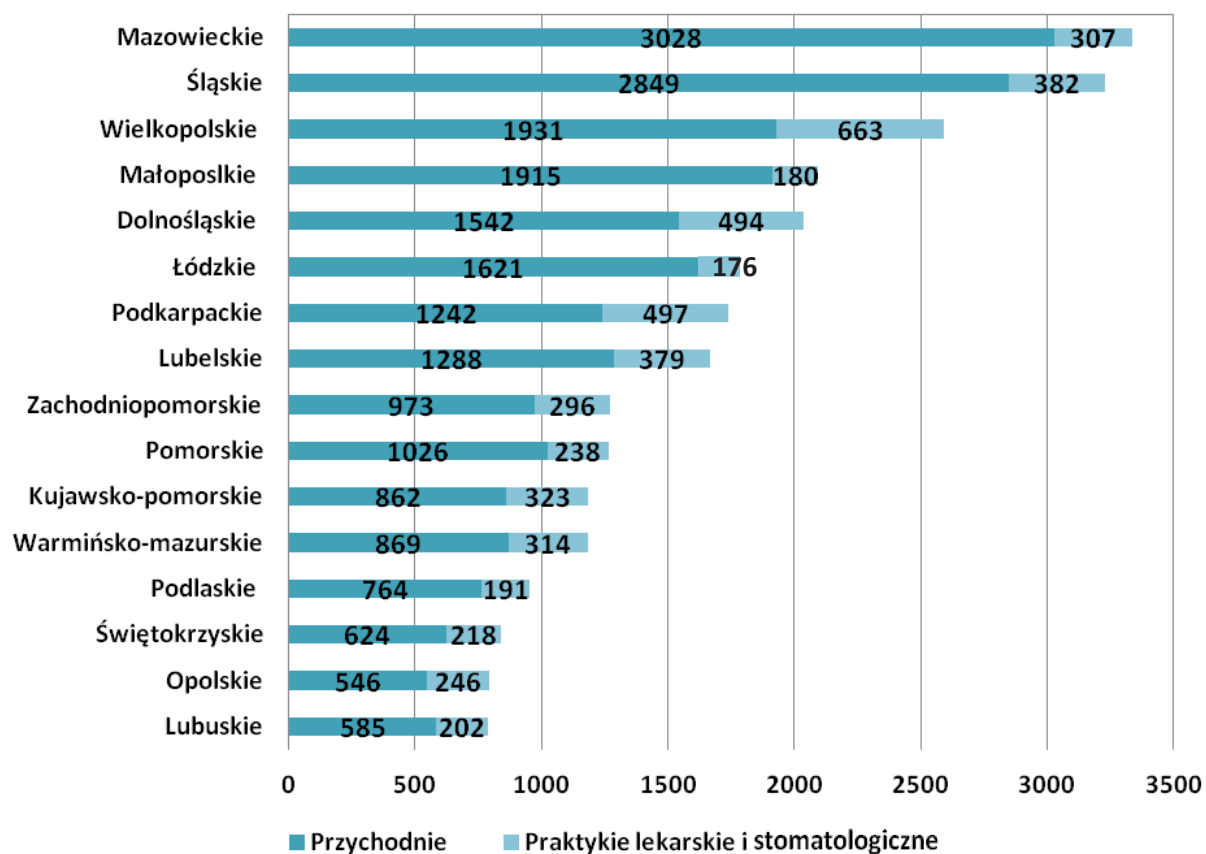
Według GUS w 2017 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono 320,2 mln porad — 285,7 mln lekarskich i 34,5 mln stomatologicznych. W opiece stomatologicznej odsetek porad udzielonych w grupie osób od 0–17 wyniósł 28,7%, w grupie od 18 do 64 lat — 56,4%, natomiast powyżej 65 lat i więcej — 14,9% (**Rycina 1**).



**Rycina 1.** Porady ambulatoryjne (według wieku i rodzaju) udzielone w 2017 roku. Źródło: GUS Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 roku [<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html>, data dostępu 26.02.2019 r.]

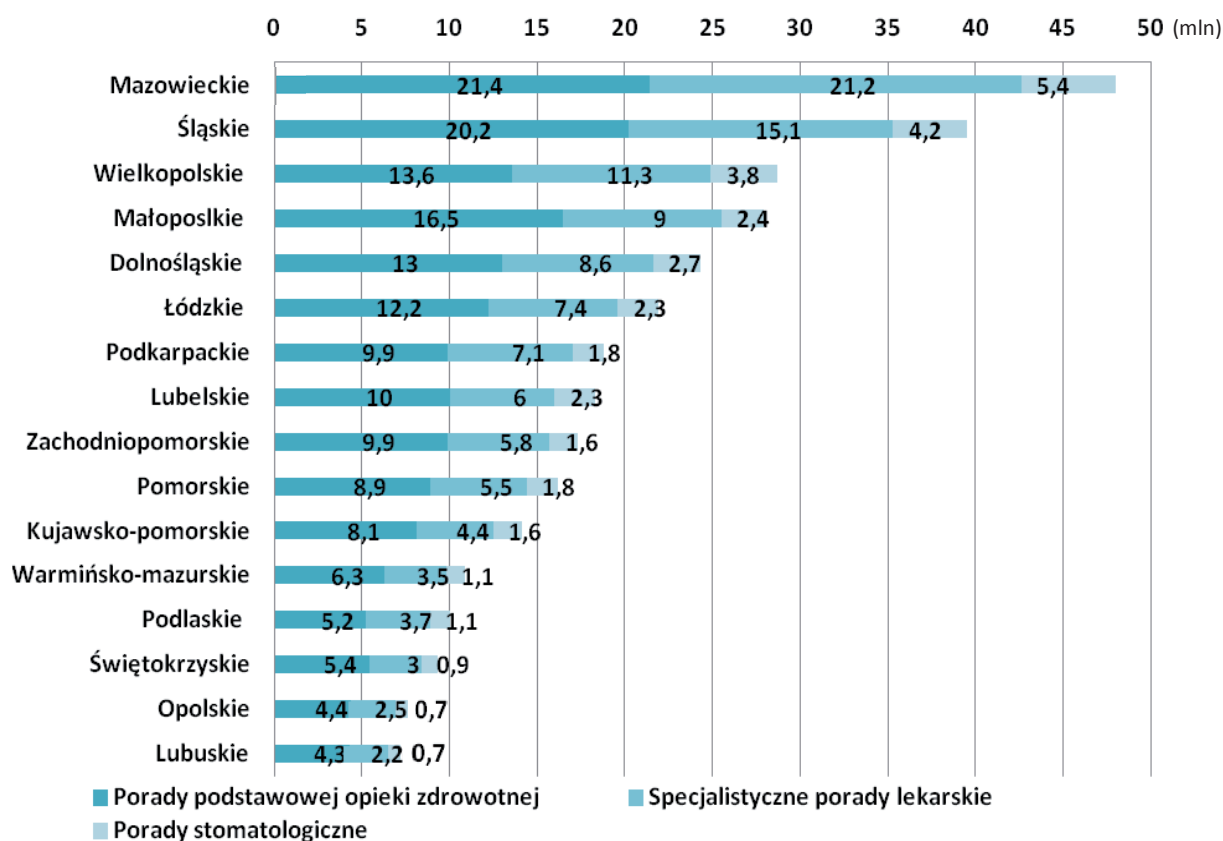
GUS podał, że w 2017 roku działało 26,8 tys. jednostek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z czego 21,7 tys. przychodni oraz 1,0 tys. praktyk lekarskich i 4,1 tys. praktyk stomatologicznych, wykonujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. W odniesieniu do roku 2016 liczba praktyk stomatologicznych zmniejszyła się o 200 podmiotów — w 2016 roku stanowiły one 4,3 tys. Szczegółowy wykaz podmiotów w poszczególnych województwach przedstawiono na **rycynie 2**.

W 2017 r. w przychodniach i praktykach udzielono 285,7 mln porad lekarskich i 34,5 mln porad stomatologicznych (podobnie jak w roku poprzednim) w tym 3,8 mln w Wielkopolsce. Spośród porad lekarskich 169,4 mln stanowiły porady udzielone w podstawowej opiece zdrowotnej, a 116,3 mln — stanowiły porady w opiece specjalistycznej (**Rycina 3**).



**Rycina 2.** Praktyki lekarskie i stomatologiczne świadczące usługi z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według województw w 2017 roku. Źródło: GUS Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 roku [https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html, data dostępu 26.02.2019 r.]

Minister Zdrowia w drodze Rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [Dz.U. z 2017 r., poz. 193 ze zm.] określił warunki, materiały oraz rodzaje świadczeń stomatologicznych finansowanych przez NFZ, przysługujące osobom w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Wykazy te obejmują świadczenia: ogólnostomatologiczne, ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie, ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym, stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, ortodoncji dla dzieci i młodzieży, protetyki stomatologicznej, protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki, stomatologicznej pomocy doraźnej, profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia. Szczegółowy wykaz świadczeń zawierają tabele w pracy doktorskiej umieszczone są w części Aneks — **tabele 39–48**.



**Rycina 3.** Porady stomatologiczne w odniesieniu do pozostałych porad ambulatoryjnych według województw w 2017 roku. Źródło: GUS Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 roku [<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html>, data dostępu 26.02.2019 r.]

## 2.4. Podstawy prawne udzielania świadczeń stomatologicznych w Polsce

### 2.4.1. Wymogi formalne dla podmiotów leczniczych

Za akt prawny o charakterze ustrojowym dla sektora ochrony zdrowia należy uznać ustawę z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.]. Już na początku ustawy w art. 1 został wskazany jej normatywny zakres, który sprowadza się do określenia zasad wykonywania działalności leczniczej przez podmioty lecznicze, rodzajów podmiotów leczniczych i ich funkcjonowania, sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej, a także określenia norm czasu pracy pracowników medycznych. Najważniejszym przesłaniem tego aktu prawnego jest określenie wprost, że działalność lecznicza to działalność regulowana w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej, co oznacza, że działal-

ność lecznicza pod groźbą sankcji karnej może być podejmowana dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Prowadzenie rejestru powierzono organom władzy administracyjnej — wojewodom, a uzyskanie wpisu obwarowano między innymi obowiązkiem spełnienia wymagań technicznych, sanitarnych. Ponadto, w ustawie dokonano rozróżnienia rodzajów działalności leczniczej na: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne tj.: szpitalne, świadczenia inne niż szpitalne (np. świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, usprawniające, opieka psychologiczna) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Akty wykonawcze wydane na podstawie delegacji ustawowych zawartych w ustawie z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej mają charakter norm ogólnych, stąd znajdują zastosowanie do wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wśród najważniejszych warto wymienić:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą [Dz.U. z 2012 r., poz.739 ze zm.].

- Rozporządzenie Ministra Finansów 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą [Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz.1729 ze zm.].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru [t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 325 ze zm.].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych [t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1331].

Z kolei dla świadczeniobiorców (pacjentów) jak i świadczeniodawców podstawowym aktem prawnym pozostaje ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.], określająca zasady funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego ze wskazaniem roli Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnika świadczeń oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ustawa reguluje przede wszystkim zasady podlegania obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniom zdrowotnym, składki zdrowotnej — wysokości i podstawy wymiaru, a także kwestie dotyczące warunków i zakresu udzielanych świadczeń finansowanych ze środków publicznych; kwalifikowania do udzielania

świadczeń; zadań władz publicznych. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne zapewnia osobom ubezpieczonym korzystanie z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

Realizacja świadczeń stomatologicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (bezpłatnie) przebiega na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 193 ze zm.] oraz Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, które określa szczegółowe warunki umowy oraz przedmiot postępowania obejmujący usługi stomatologiczne, ortodontyczne, usługi chirurgii ortodontycznej, programy profilaktyczne [Zarządzenie Nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne] Narodowy Fundusz Zdrowia wyłania w drodze postępowania konkursowego świadczeniodawców zapewniających opiekę uprawnionym świadczeniobiorcom z terenu województwa, powiatu lub kilku powiatów, gminy lub kilku gmin, dzielnicy lub kilku dzielnic. Wycena świadczeń stomatologicznych obejmuje cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej — punkt, ryczałt w pomocy doraźnej — dyżur 12 godzinny, ryczałt miesięczny w przypadku programu zdrowotnego — kwota przeznaczona dla jednego świadczeniobiorcy. W przypadku dzieci i kobiet w ciąży rozliczenie przebiega wg współczynnika korygującego wycenę punktową świadczenia. Świadczenia gwarantowane w całości są finansowane w ramach umowy z NFZ, świadczenia inne niż gwarantowane mogą być współfinansowane lub w pełni finansowane przez pacjenta.

Ważnym aktem wykonawczym wydanym na podstawie ww. ustawy jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej [Dz.U. z 2005 r., Nr 200, poz. 1661]. Rozporządzenie określa zasady wpisywania pacjentów na listę oczekujących na udzielanie świadczenia w sytuacji, gdy nie może ono zostać zrealizowane w dniu zgłoszenia się pacjenta.

Wymogi związane z zasadami i warunkami wykonywania zawodu lekarza dentystry zawarte zostały w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 617 ze zm.]. W ustawie wskazano, iż wykonywanie zawodu lekarza dentystry polega na badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobiega-

niu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Unormowano warunki uzyskiwania prawa wykonywania dwóch zawodów: lekarza i lekarza dentystry oraz uzyskiwania tytułu specjalisty. Nadto, materiały tej ustawy objęto kwestię zgody pacjenta na udzielanie świadczeń medycznych, tajemnicę lekarską i warunki wykonywania eksperymentów medycznych.

Wymogi dotyczące ochrony danych osobowych nakładają obowiązek — również na podmioty lecznicze wdrożenia polityki ochrony danych określającej cel i zakres przetwarzanych danych oraz stosowane środki zapobiegające utracie lub nieuprawnionemu dostępowi do przetwarzanych danych.

Minister Zdrowia zobowiązał pracodawców do udokumentowania prowadzenia oceny ryzyka zawodowego stwarzanego np. przez czynniki chemiczne jak również występowanie szkodliwych dla zdrowia czynników biologicznych w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki.

Minister Gospodarki uregulował kwestie środków ochrony indywidualnej, wskazując wymagania (powinny zapewniać ochronę przed występującymi zagrożeniami, być odpowiednio zaprojektowane oraz wykonane z wymaganiami ergonomii — łatwe w obsłudze, wytrzymałe, skuteczne) oraz procedury oceny zgodności oraz sposób oznakowania środków ochrony indywidualnej (środki o prostej konstrukcji — chronią np. przed powierzchniowymi działaniami mechanicznymi, słabymi środkami czyszczącymi, czynnikami atmosferycznymi, słońcem; środki o złożonej konstrukcji — służą do ochrony przed zagrożeniem życia lub zagrożeniami skutkującymi poważnym uszczerbkiem na zdrowiu).

Z dniem 1 stycznia 1985 roku zaczęły obowiązywać przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1984 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w poradniach i pracowniach stomatologicznych. [Dz.U. z 1984 r., Nr 37, poz. 197], zawierające wytyczne co do ogrzewania i oświetlenia, wentylacji, organizacji pracy w gabinecie lekarza dentystry i osoby asystującej, jak również wyposażenie oraz obowiązek stosowania instrukcji stanowiskowych. Dokumentem dla zdrowia populacji województwa jest Mapa Potrzeb Zdrowotnych [Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa wielkopolskiego [http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/mapa\\_potrzeb\\_zdrowotnych\\_stomatologia\\_wielkopolskie.pdf](http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/mapa_potrzeb_zdrowotnych_stomatologia_wielkopolskie.pdf), data dostępu 26.02.2019], która uwzględnia specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych (art. 95a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) zwana „Mapą Regionalną”. Przygotowywana

wraz z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, przez wojewodę w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. potrzeb zdrowotnych — na okresy 5 lat. Prowadzenie inwestycji polegającej na rozbudowie podmiotu leczniczego lub inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej wymaga zgody wojewody lub ministra zdrowia (art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Wnioski dotyczące inwestycji należy składać poprzez system teleinformatyczny IOWISZ (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia). Uzyskanie zgody na prowadzenie inwestycji oraz jej dofinansowanie możliwe jest wyłącznie przy uwzględnieniu kierunków rozwoju określonych w powyższych dokumentach regionalnym. Formalne kwestie dotyczące zasad świadczenia usług stomatologicznych bazują na regulacjach obejmujących funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce do których należą ustawy, rozporządzenia, zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz mapy potrzeb zdrowotnych zatwierdzone przez Ministra Zdrowia.

Z punktu widzenia pacjenta istotnym elementem pozostaje możliwość korzystania ze świadczeń stomatologicznych, która uzależniona jest między innymi od źródła finansowania (tj.: bezpłatnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego lub ze środków własnych — wg cenników komercyjnych).

#### **2.4.2. Prawa pacjenta**

Obserwując aktualny rozwój rynku usług medycznych, należy stwierdzić, że podmioty lecznicze coraz częściej postrzegają pacjentów, jako klientów — odbiorców swoich usług. W odniesieniu do polskiego prawodawstwa, zarówno pacjenci korzystający ze świadczeń medycznych finansowanych w ramach Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1510, ze zm.], jak również osoby korzystające z pełnopłatnych świadczeń medycznych w jednostkach publicznych lub niepublicznych mają prawo do korzystania ze swoich praw, jako pacjenci w takim samym wymiarze [Obrycka i wsp., 2017].

W ustawodawstwie polskim istnieje szereg aktów do których odnoszą się prawa pacjenta [Maciąg i wsp., 2006] podstawowym aktem prawnym dedykowanym pacjentom jest ustawa z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.], która obejmuje zagadnienia dotyczące praw pacjenta, udostępniania dokumentacji medycznej, obowiązków podmiotów leczniczych wobec pacjenta, zasad funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta, postępowania w kwestii do-

tyczącej naruszenia praw pacjenta, zasady uzyskiwania zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne. Władze publiczne odpowiedzialne za ochronę zdrowia, NFZ, podmioty lecznicze oraz świadczeniodawcy, a w tym również osoby wykonujące zawód medyczny oraz uczestniczące w udzielaniu świadczeń są zobowiązani do jej stosowania.

Katalog praw pacjenta wymienionych w ustawie ma charakter otwarty. Wśród najważniejszych w ustawie wskazano: prawo do ochrony zdrowia, prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, prawo do informacji o stanie zdrowia, prawo do tajemnicy informacji uzyskanych przy udzielaniu świadczeń, prawo do wyrażenia świadomej zgody, prawo do dokumentacji medycznej, a także prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta. Ustawa reguluje też prawo pacjenta do wniesienia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, prawo do opieki duszpasterskiej i prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej udzielanych z należytą starannością w warunkach spełniających określone w przepisach szczególnych wymogi. W zakresie świadczeń planowych prawo pacjenta obejmuje zapewnienie przejrzystej procedury określającej kolejność usług. Natomiast w stanie zagrożenia życia pacjent ma prawo do uzyskania natychmiastowej pomocy.

W dalszej części ustawa wskazuje na prawo pacjenta do informacji, w tym o swoim stanie zdrowia. Ustawa reguluje również kwestie dotyczące rodzaju i zakresu uzyskiwanych świadczeń, w tym także profilaktycznych programów zdrowotnych, które są finansowane ze środków publicznych. Przywilej ustawowy daje też możliwość zgłoszenia pacjentowi wszelkiego rodzaju działań niepożądanych w odniesieniu do produktów leczniczych zarówno osobom wykonującym zawód medyczny, jak również podmiotowi odpowiedzialnemu za jego wprowadzenie do obrotu. Za najbardziej chronione uznaje się prawo pacjenta do zachowania tajemnicy z nim związanych. Wyjątek stanowią sytuacje, w których brak informacji o pacjencie może stanowić zagrożenie dla jego zdrowia lub życia, a także sytuacje, gdy pacjent/przedstawiciel ustawowy wyrażają zgodę na ujawnienie informacji; gdy informacje te są niezbędne innym osobom wykonującym zawód medyczny, odpowiedzialnym za udzielanie świadczeń. Kolejne artykuły ustawodawca poświęcił prawu do wyrażenia zgody lub odmowy takiej zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych. Należy pamiętać, że kwestie dotyczące zgody pacjenta zostały również uregulowane w art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym świadczenie medyczne, z zastrzeżeniem wyjątków przewi-



dzianych w ustawie, może być udzielone po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Również w art. 15 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej [Obwieszczenie Nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej] wskazuje na konieczność wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w sytuacji przeprowadzenia postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego w sytuacji gdy pacjent nie jest w stanie świadomie wyrazić swojej zgody. W sytuacji możliwości przeprowadzenia u pacjenta zabiegu kilkoma metodami, powinien on zostać poinformowany o wszystkich metodach, jak również konsekwencjach zastosowania każdej z nich, biorąc pod uwagę możliwości ryzyka powikłań, tak aby w pełni mógł on dokonać wyboru najlepszej dla siebie z metod [Pytlarz, 2017]. Brak wskazania przez lekarza powyższych informacji narusza zapisy art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 617 ze zm.], a co z tym się wiąże nie pozwala pacjentowi na dokonanie możliwości wyboru i współdecydowania o leczeniu, co w konsekwencji powoduje iż zgoda nie została wyrażona świadomie. W czasie udzielania świadczeń pacjentowi przysługuje prawo do poszanowania intymności i godności. Na problem związany z brakiem przestrzegania prawa do intymności w gabinetach stomatologicznych zwrócił uwagę Wroński i wsp. [2011 a]. Prowadzone badania w tym zakresie wykazały, że na 265 badanych, 238 osób wskazało na przestrzeganie prawa do intymności przez lekarzy dentystry. Negatywnej odpowiedzi udzieliło 27 osób. W jednostkach uniwersyteckich, dopuszczalny jest udział studentów i osób realizujących kształcenie podyplomowe podczas udzielanego świadczenia. Autorzy podkreślają, że jest to możliwe, po uprzednio wyrażonej zgodzie pacjenta. Kolejnymi jest prawo do leczenia bólu, pomiaru jego stopnia natężenia oraz monitorowania skuteczności leczenia oraz do umierania w spokoju. Podczas udzielania świadczenia pacjentowi może towarzyszyć osoba bliska, co szczególnie odnosi się do wszelkiego rodzaju świadczeń udzielanych dzieciom, jednak należy wskazać, że zarówno podmiot leczniczy, jak również osoba udzielająca świadczeń, mając na uwadze względy epidemiologiczne i bezpieczeństwo pacjenta, może odmówić obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczenia.

Szczególnej ochronie podlegają dane pacjenta zawarte w jego dokumentacji medycznej. Podmiot udzielający świadczeń medycznych zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej. W odniesieniu do każdego pacjenta prowadzi dokumentację indywidualną, natomiast w przypadku grup pacjentów dokumentację zbiorczą. Zgodnie z tymi przepisami udostępnienie dokumentacji może nastąpić na wniosek pacjenta jemu przed-

stawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej. Ustawa określa również inne okoliczności udostępniania dokumentacji medycznej, chociażby na potrzeby kontroli NFZ, organom władzy publicznej, jak np. Rzecznikowi Praw Pacjenta; sądom, lekarzom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, a także szkole wyższej w celach naukowych (bez ujawnienia nazwiska i innych danych pozwalających na identyfikację pacjenta). W zależności od rodzaju i kategorii wiekowej obowiązuje różny okres jej przechowywania.

Ostatnie rozdziały poświęcone są regulacjom dotyczącym ochrony praw pacjentów i postępowaniu w razie naruszenia zbiorowych praw pacjenta. Szereg kompetencji w sprawach dotyczących praw pacjenta należą do Rzecznika Praw Pacjenta, który współpracuje z Rzecznikiem Praw Dziecka oraz Rzecznikiem Praw Obywatelskich. Przed brakiem respektowania praw pacjenta przez lekarzy i konsekwencjach prawnych z tym związanych, przestrzega coraz więcej autorów [Wroński i wsp., 2011 a, Serwach, 2013].

### **2.4.3. Modele i metody oceny jakości i satysfakcji z usług medycznych**

Jak już wcześniej wspomniano z uwagi na wielowymiarowe postrzeganie pojęcia jakości powstało szereg modeli i metod pomiaru jakości usług.

Jednym z nich jest model wprowadzony w 1985 roku przez Parasuramana, Zeithaml i Berry'ego zwany modelem „pięciu luk”. W tym modelu dokonywana przez klienta ocena jakości usług wynika z rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami a spostrzeżeniami. Powstałe luki pomiędzy poszczególnymi etapami procesu świadczenia usług mogą spowodować rozbieżności pomiędzy usługodawcą i usługobiorcą. Do powstania luk może dochodzić w sytuacji wystąpienia:

- Różnicy pomiędzy oczekiwaniami konsumentów a postrzeganiem tych oczekiwań przez kierownictwo — luka powstaje w trakcie ustalania przez kierownictwo wymagań stawianych wobec usługi przez jej odbiorców, czyli konsumentów. Powodem tego może być niepełna wiedza kierownictwa na temat oczekiwań klientów, lub niewłaściwe zinterpretowanie wyników dla poznania potrzeb klientów.
- Rozbieżności pomiędzy percepcją kierownictwa w zakresie oczekiwań klientów, co do jakości usługi, a przyjętymi przez przedsiębiorstwo normami jakości tych usług. Najczęściej do powstania luki dochodzi podczas opracowywania przez kierownictwo standardów w oparciu o wymagania klientów.
- Różnicy pomiędzy projektem usługi (techniczne normy jakościowe) a jej dostarczeniem (usługa wykonana), a więc czy usługa została wykonana zgodnie z wyspecyfikowanymi wymaganiami.

- Różnicy pomiędzy poziomem wykonania usługi a formami zewnętrznej komunikacji z klientem. Wiąże się to z nieuzasadnionym zawyżaniem obietnic co do oczekiwań na temat jakości produktu oferowanego przez usługodawcę.
- Różnicy pomiędzy tymi oczekiwaniami klientów, a tym co otrzymują [Stoma, 2012]. Na użyteczność tego modelu do badania jakości w usługach stomatologicznych wskazują w swoich badaniach Bahadori i wsp. [2015] oraz Rocha i wsp. [2017].

Inny jest model opracowany przez Grönroosa składający się z dwóch aspektów: jakości technicznej i funkcjonalnej. W tym modelu jakość usługi tworzą zarówno jakość techniczna jak i funkcjonalna. Inaczej model ten jest zwany modelem jakości oczekiwanej i zrealizowanej. Na kwestie techniczne będą się składać nie tylko zasoby materialne do wykonania usługi ale umiejętności i kwalifikacje personelu. Jakość funkcjonalną będzie stanowić sposób świadczenia — usługi, a więc istotne są czas oczekiwania na usługę, jak również podejście personelu [Bielawa, 2011].

Aspekt techniczny jakości stanowi wszystko to, co oferuje usługodawca, natomiast funkcjonalny stanowi w jaki sposób klient jest obsługiwany.

Na model jakości prezentowany przez Gummessona [Stoma, 2012] zwany modelem jakości cząstkowych (4Q) składają się poniższe elementy:

- Jakość projektu — podejście jakościowe w zaprojektowaniu usługi gwarantuje jej wykonanie za pierwszym razem z uwzględnieniem oczekiwań klientów.
- Jakość wykonania — usługa powinna być wykonana w oparciu o wcześniej przygotowane wytyczne zgodnie z przyjętym projektem. Usługa powinna być wykonana z należytą starannością i dokładnością.
- Jakość dostaw — odnosi się przede wszystkim do terminowego wykonania usługi, jej realizacji w oparciu o przyjęte etapy.
- Jakość relacji — kreowanie przez firmę wizerunku zarówno zewnętrznych relacji z klientem, jak również wewnętrznych z współpracownikami. Największą rolę odgrywają ich zdolności interpersonalne, kompetencje i wiedza.

W literaturze przedmiotu możemy spotkać jeszcze inne modele jakościowe, które są jednak mniej popularne. Należy do nich między innymi model U. Lethinena i J.R. Lethinena wyodrębniający jakość fizyczną (materialne warunki) organizacyjną (profil firmy) oraz interakcyjną (relacje pomiędzy personelem a klientami, jak również pomiędzy usługobiorcami).

Innym jest model określany jako „mapa jakości”, model poprawy jakości Moore’a, składający się z 6 kroków: pozyskania zaangażowania kierownictwa; zidentyfikowania

potrzeb i oczekiwań klientów, określenia sposobów i możliwości zaspokojenia oczekiwań klientów; opracowania strategii jakości; wdrożenia strategii oraz monitorowania procesu realizacji zadań. Model ten jednak zakłada mniejszą orientację na klienta, a większą uwagę skupia na procesie technicznym wytworzenia usługi, jak również w modelu brak możliwości ustalenia przyczyn niskiej jakości i obszarów mogących wpłynąć na jej obniżenie [Stoma, 2012].

Z uwagi na specyfikę usług medycznych charakteryzującą się takimi cechami, jak niematerialność, nietrwałość, heterogeniczność, nierozłączność, indywidualność brak jest jednorodnych metod oceny jakości [Chraćhol i wsp., 2015], dlatego, jak już wcześniej podkreślano, w procesie doskonalenia i oceny jakości wykorzystywane są metody sprawdzone w przemyśle [Stoma, 2012]. Na przydatność ankiet (anonimowa, elektroniczna), wywiadów (telefoniczne, kwestionariuszowe), obserwacji, czy procedur umożliwiających składanie skarg w procesie badania poziomu satysfakcji wskazali Wroński i wsp. [2009], Łukomska i wsp. [2011], Rzychoń [2012].

Metoda SERVQUAL (Service Quality) opracowana przez Parasuramana, Zeithaml i Berry'ego [Stoma, 2012]. Oparta jest na modelu „pięciu luk”, a w szczególności na ostatniej luce wskazując na możliwość dokonania pomiaru jakości czyli różnicy pomiędzy tym czego klient się spodziewa, a tym co otrzymuje. Przy zastosowaniu specjalnie do tego przygotowanego kwestionariusza dokonuje się oceny (wg 7-stopniowej skali Likerta) oczekiwań klientów oraz badania przez nich odbiory jakości usług, z których każdy zawiera 22 pytania dotyczące 5 kryteriów, które porównuje się i ocenia. Należą do nich:

- materialność usług — infrastruktura zewnętrzna i wewnętrzna firmy, wyposażenie materiały, zachowanie i prezencja personelu;
- rzetelność — takie cechy, jak niezawodność, sumienność;
- empatia — spersonalizowane podejście do klienta, zrozumienie jego potrzeb i oczekiwań;
- pewność — odpowiednie podejście do klienta, właściwe zachowanie — uprzejmość, wiarygodność, zaufanie, fachowość;
- zdolność reagowania — pojmowana jako szybkie działanie, spełnianie oczekiwań klienta w przypadku ich niezadowolenia, szybkie reagowanie w sytuacji niezadowolenia klienta i eliminowanie nieprawidłowości.

Metoda ta jest bardzo powszechna z uwagi na możliwość poznania oczekiwań klienta oraz poziomu rozbieżności pomiędzy jego oczekiwaniami a otrzymaną usługą. Im większa jest różnica między oczekiwaniami a rzeczywistym odbiorem, tym większe jest

niezadowolenie pacjenta. Metoda ta spotkała się również z krytyką w obszarze jej zastosowania z uwagi na możliwość dokonania pomiarów wyłącznie usług. Zastrzeżenia co do tej metody zdaniem Stomy [2012] dotyczą również braku dostrzegania przez autorów różnicy pomiędzy satysfakcją wynikającą z dobrze wykonanej usługi a samą jakością. Zdaniem Bielawy i wsp. [2009], pomimo krytyki modelu przez wielu autorów, nadal pozostaje on praktycznym. O pozytywnej wartości tej metody wskazywała już piętnaście lat temu Bukowska-Piastryńska [2003] pisząc, iż metoda ta pozwala na wskazanie obszarów, które wymagają szczególnej uwagi z punktu oceny jakości.

Koncepcją dla metody SERVQUAL (Service Quality) stała się SERVPERF (Service Performance) opracowana przez Cronina i Taylora. Różnica polega na pominięciu w badaniu oczekiwań pacjenta i skupia się jedynie na procesie wykonania usługi [Stoma, 2012].

Opracowana przez Flanagan metodą CIT (Critical Incident Technique) polega na analizie opisów interakcji pomiędzy np. pracownikiem a pacjentem. Zaistniałe zdarzenie musi spełniać następujące kryteria: zachodzi interakcja pomiędzy pacjentem a pracownikiem, a zdarzeniu muszą towarzyszyć silne skrajne emocje — zadowolenia lub rozczarowania. Zdarzenie ma charakter epizodu i jest na tyle szczegółowe, że można je sobie wyobrazić [Krok, 2011]. Metoda ta dostarcza dokładnych interpretacji i ocen zdarzeń, bez ryzyka ich zniekształcenia oraz pozwala na odpowiednie przeszkolenie personelu i wdrożenie działań kontrolnych [Chmielewski, 2008, Stoma, 2012].

Analiza skali ważności realizacji IPA (Importance-Performance Analysis) — koncentruje się na diagnozowaniu mocnych i słabych stron usługi oraz wskazaniu obszarów wymagających natychmiastowej poprawy, co pozwala na ukierunkowanie działań zmierzających do poprawy jakości [Krok, 2011].

Wskaźnik zadowolenia klienta CIS (Customer Satisfaction Index) ocenie podlega poziom zadowolenia pacjentów w odniesieniu do wybranych, istotnych dla nich cech usługi medycznej. Metoda ta pozwala na ocenę własnych usług oraz konkurencji. Obejmuje ona poszczególne etapy:

- określenie kryteriów i ustalenie kryteriów decydujących o zadowoleniu lub niezadowoleniu pacjenta,
- przygotowanie ankiety i badanie,
- omówienie wyników oraz wskazanie sfer wymagających wprowadzenie zmian [Krok, 2011].

Analiza Pareto-Lorenza, zwana też diagramem [Nowicki, 2015], może służyć do identyfikowania i nadawania wagi czynnikom powodującym określony problem. Przebieg obejmuje następujące etapy:

- rozpoznanie problemu, który poddany zostanie analizie,
- określenie przyczyn (na podstawie badania kwestionariuszowego),
- uporządkowanie przyczyn w oparciu o częstotliwość ich występowania,
- obliczenie skumulowanego procentowego udziału przyczyn,
- przedstawienie danych w ujęciu graficznym — wykres,
- przeprowadzenie analizy,
- sformułowanie wniosków i proponowanych działań usprawniających [Krok, 2011].

Na potrzeby badań satysfakcji w usługach stomatologicznych dostosowywano istniejące narzędzia służące do pomiaru satysfakcji [Makacewicz i wsp., 2006]. Jedną z metod jest skala CDSS (Communication in Dental Setting Scale) przy pomocy której można zbadać relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem w procesie komunikacji, oparta na obserwacji komunikacji między pacjentem a dentystą.

Kolejną jest DVSS (Dental Visit Satisfaction Scale), zawierająca 10 pytań dotyczących ujętych dotyczących obszarów — komunikacja, informacja, zrozumienie, akceptacja i kompetencje.

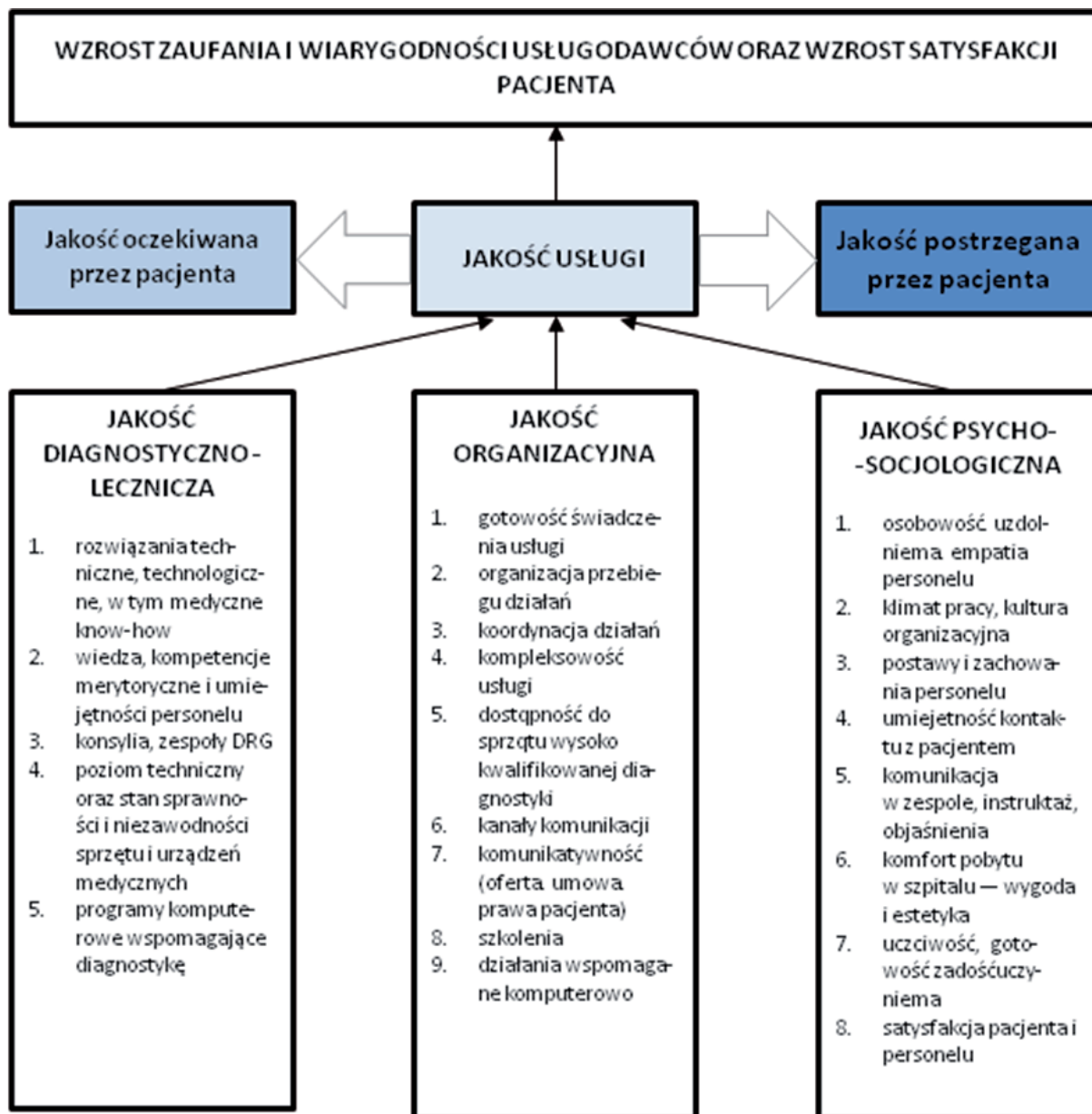
Wybór dostępnych metod oceny jakości zależy od uwarunkowań organizacyjnych, finansowych oraz zarządczych podmiotu leczniczego [Chmielewski, 2008, Stoma, 2012].

#### **2.4.4. Marketing usług a satysfakcja pacjenta**

Marketing w usługach medycznych pojawił się w latach 90. XX wieku, jest to sposób działania i zarządzania w firmie zorientowany na rynek i klienta. Marketing to wszelkie czynności wspierające sprzedaż wyrobów i usług, wykonywane różnymi metodami, technikami oddziaływania na nabywcę. Termin „marketing” pojawił się po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych [[https://mfiles.pl/pl/index.php/Philip\\_Kotler](https://mfiles.pl/pl/index.php/Philip_Kotler), data dostępu 26.02.2019 r.]. Według definicji Amerykańskiego Stowarzyszenia Marketingu, marketing określany jest jako proces planowania i realizacji pomysłów urzeczywistniania koncepcji, ustalania cen, promocji, dystrybucji idei towarów i usług do kreowania wymiany, która realizuje cele jednostki i przedsiębiorstw. Kotler, zdefiniował pojęcie marketingu jako naukę i sztukę badania, tworzenia i oferowania z zyskiem produktów posiadających wartość dla klienta w celu zaspokojenia potrzeb rynku docelowego [[https://mfiles.pl/pl/index.php/Philip\\_Kotler](https://mfiles.pl/pl/index.php/Philip_Kotler), data dostępu 26.02.2019 r.].

Przedsiębiorstwa, aby zwiększyć swoje szanse na sukces starają się jak najwcześniej rozpoznać potrzeby klientów aby móc je później zaspokoić [Kiełtyka, 2014].

W realizacji oczekiwań pacjentów z pomocą przychodzi szereg działań marketingowych. Przydatne są również działania oparte o sprawdzone metody zarządzania przez jakość (**Rycina 4**).

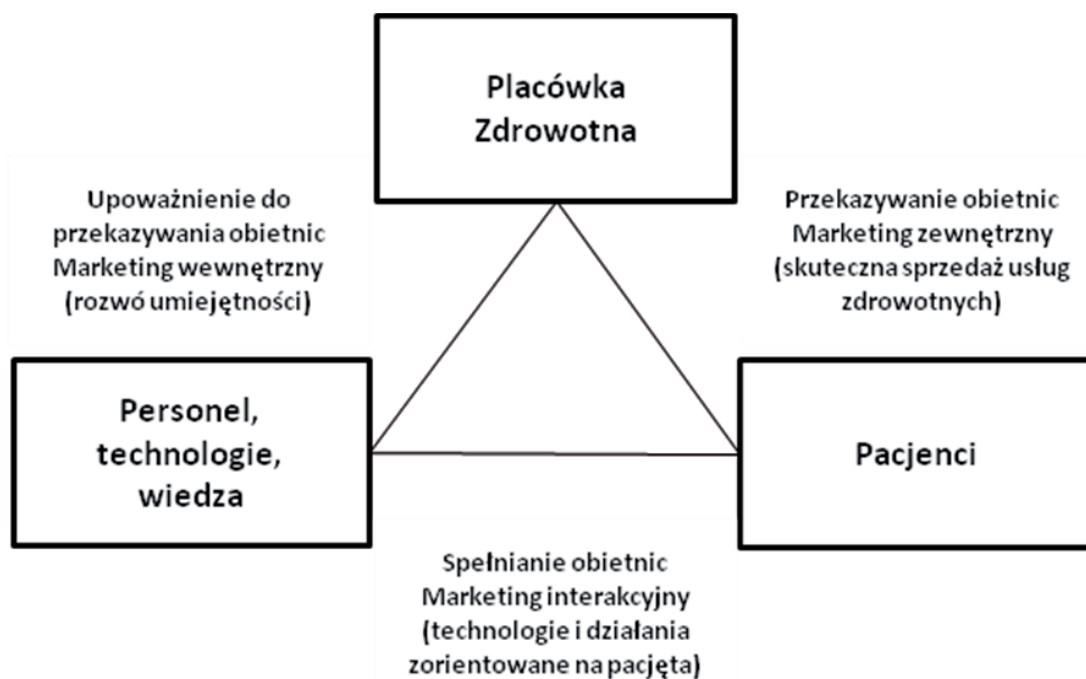


**Rycina 4.** Działania marketingowe poprawiające jakość. Źródło: Lisiecka K.: Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych. (w:) Lisiecka K. (red.): Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, IPiS, Warszawa 2003, 25 (14)

Na wzrost zaufania i wiarygodności oraz wzrost satysfakcji pacjenta ma wpływ:

- jakość diagnostyczno-lecznicza oparta o rozwiązania techniczne, technologiczne, wiedzę i kompetencje personelu, poziom niezawodności sprzętu i urządzeń medycznych oraz systemy komputerowe wspomagające diagnostykę,
- jakość organizacyjna — wiąże się z przygotowaniem jednostki do świadczenia usług, organizacją przebiegu i koordynowaniem wszelkich działań, kompleksowości usługi, komunikacji, szkoleń,
- jakość psycho-socjologiczna uzależniona od cech osobowości, uzdolnień i empatii personelu, atmosfery w pracy, kultury organizacyjnej jednostki, a także zachowań i umiejętności interpersonalnych w relacjach z pacjentem.

Zastawienie obszarów które należy koordynować w zakresie działań marketingowych wykazano na **rycynie 5**.



**Rycina 5.** Obszary działań marketingu. Źródło: Reputacja w funkcjonowaniu gabinetu stomatologicznego A. Bukowska, Mag. Stomatol. 2011: 21 (7/8) s. 118

O skuteczności działań marketingowych w gabinetach stomatologicznych, już wiele lat temu, mówiono w aspekcie działania w trzech obszarach marketingowych, gdy są one prowadzone kompleksowo. Będzie to marketing zewnętrzny — czyli działalność przedsiębiorstwa związana z wyprodukowaniem usługi, zgodnej z oczekiwaniami klienta, marketing wewnętrzny — skupiający się działaniach związanych ze przygotowaniem



personelu do świadczenia usługi, marketing interakcyjny — czyli relacje interpersonalne zachodzące pomiędzy pacjentem a lekarzem. Ponadto orientacja marketingowa w gabinetach stomatologicznych skupia się na działaniach związanych z badaniem rynku, przygotowaniem usługi adekwatnej do potrzeb, oraz działania promocyjne na rynku usług medycznych [Bukowska-Piastrzyńska, 2004].

Znajomość hierarchii czynników decydujących o wyborze gabinetu przez pacjenta (i w konsekwencji pozostanie w gronie jego klientów) jest ważne z perspektywy lekarza dentysty lub menedżera danego podmiotu. Pozwala to na przygotowanie adekwatnych warunków do świadczenia usług o określonym, pożądanym poziomie jakości i bez ponoszenia zbędnych nakładów na nieistotne z punktu widzenia pacjenta elementy funkcjonowania gabinetu [Bukowska-Piastrzyńska, 2017].

Rynek usług zdrowotnych określa zestaw cech charakterystycznych dla usługi medycznej, które stanowią o jej odmienności w stosunku do innego produktu niemedycegnego, są nimi: niematerialność, jednorodność, nierozdzielność, nietrwałość [[https://www.researchgate.net/publication/295667557\\_Specyfika\\_ryнку\\_usług\\_zdrowotnych](https://www.researchgate.net/publication/295667557_Specyfika_ryнку_usług_zdrowotnych), data dostępu 26.02.2019 r.]

W usługach stomatologicznych wyróżnia się cechy charakterystyczne dla usług medycznych, jak: niematerialność, nietrwałość, nierozzerwalność procesu wytwarzania i konsumpcji, bezpośredni związek usługodawcy z usługobiorcą, niejednorodność, niemożność nabycia usługi na własność. Według Mruka z uwagi na niematerialność usługi ważnym elementem jest przygotowanie jej otoczenia na które składają się np. warunki lokalowe gabinetu, wyposażenie w sprzęt specjalistyczny. Z kolei nietrwałość usługi wymusza jej realizację w chwili wystąpienia zapotrzebowania (pacjenci oczekują pomocy natychmiast). Z uwagi na nierozzerwalność procesu wytwarzania i usług stomatologicznych powinno dążyć się do zdobycia zaufania pacjentów (ważnym elementem jest postawa lekarza, pomocy dentystycznej, rejestratorki). Niejednorodność usług sprawia, że mimo zachowania obowiązujących standardów świadczone usługi różnią się i nie ma możliwości ich porównywania. Cechy usług oddziałują na sposób ich oceny. Zdaniem autora ocena usług stomatologicznych przez pacjentów obejmuje: materialność (otoczenie bliższe i dalsze, wyposażenie gabinetu) niezawodność (dokładność, solidność szybkość wykonanej usługi), zdolność do reagowania (szybkie rozpoznawanie potrzeb), kompetencje usługodawców (umiejętności, certyfikaty), empatię personelu (rozpoznawanie potrzeb pacjentów, zapobieganie sytuacjom konfliktowym, prawidłowa/czytelna dla pacjenta komunikacja).

Jak zauważa autor XXI wiek charakteryzuje się coraz większym znaczeniem doradzania pacjentowi, przekazywaniu mu informacji, rozwiązywania jego problemów, komunikowania się z nim, dostosowywania do jego poziomu [<http://stomatologianews.pl/marketing-gabinetow-stomatologicznych>, data dostępu 18.03.2019 rok].

Zdaniem Mruka istotnym przy ustalaniu pozycji podmiotu stomatologicznego na rynku usług medycznych konieczne jest rozważenie wdrożenia Marketingu mix, obejmującego:

- produkt (product), tj.: rodzaj i zakres oferowanych usług stomatologicznych,
- lokalizacja/miejsce (place), tj.: wzmacnianie lokalizacji w tym wirtualna, odpowiednia do oczekiwań pacjentów,
- cena/marża (price), tj.: negocjowanie cen z dostawcami, ustalenie cen usług i komunikowanie ich pacjentom,
- promocja (promotion), tj.: reklama, promocja osobista, promocja sprzedaży, public relations (w tym budowanie relacji z mediami, zarządzanie sytuacjami kryzysowymi, lobbying, tworzenie relacji z personelem-marketing wewnętrzny, sponsoring), promocja bezpośrednia,
- pracownicy (people),
- proces (process) — świadectwo materialne — z uwagi na niematerialność usługi ważną rolę odgrywa tworzenie przekonania u pacjentów, że trafili do właściwego gabinetu — rola pierwszego wrażenia.

Mruk podkreśla, że zachowania ludzi w głównej mierze emocjonalne przemawiają za znaczącą rolą marketingu w odczuwaniu satysfakcji pacjenta.

### 3. Cel pracy

Obserwując rynek usług medycznych należy zwrócić uwagę, że stał się on rynkiem bardzo konkurencyjnym szczególnie w branży usług stomatologicznych, który kształtuje silna pozycja pacjenta, jako świadomego odbiorcę usług. Odnosząc się do poruszanych w piśmiennictwie aspektów w obszarze satysfakcji pacjenta oraz determinant kształtujących jego zadowolenie z usług wydaje się, że podjęte badania mogą poszerzyć wiedzę w tym temacie.

Celem pracy jest:

1. Poznanie opinii pacjentów, w zakresie satysfakcji z usług stomatologicznych w Wielkopolsce.
2. Wskazanie czynników mających największy wpływ na zadowolenie pacjentów z usługi, jak również czynników obniżających satysfakcję z udzielonego świadczenia.
3. Analiza i ocena dostępności oraz jakości wykonywanych usług stomatologicznych w Wielkopolsce pod kątem satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, a także usług odpłatnych jak również realizowanych w ramach zajęć dydaktycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczenia.
4. Diagnoza funkcjonowania opieki stomatologicznej w Wielkopolsce.

Tezy:

1. Poziom satysfakcji pacjentów z udzielonych świadczeń stomatologicznych może różnić się w trzech analizowanych obszarach satysfakcji (autorska ankieta) w zależności od wieku i płci.
2. Pacjenci — nabywcy usług stomatologicznych w Wielkopolsce — oceniając satysfakcję z udzielonych świadczeń stomatologicznych, zwrócą szczególną uwagę na dostępność i jakość wykonanej usługi.

## 4. Materiał i metody

### 4.1. Materiał

Ankiety były kierowane do osób w różnym wieku, do podmiotów medycznych i niemedycznych: podmioty lecznicze (publiczne i niepubliczne), stacje sanitarno-epidemiologiczne, licea ogólnokształcące, szkoły ponadpodstawowe, uczelnie wyższe, zakłady pracy, przychodnie, przedszkola oraz przypadkowe osoby prywatne.

Ankieta wraz z kopertą zwrotną została wysłana pocztą lub rozdana wraz z pismem przewodnim wskazującym na dobrowolność wzięcia udziału w badaniu oraz kopertą zwrotną. Łącznie rozdysponowano 1800 ankiet, zwrotnie otrzymano 1263 ankiety w tym 226 od osób które wypełniły metryczkę i zaznaczyły, że nie korzystały ze świadczeń stomatologicznych w 2017 roku.

#### 4.1.1. Opis respondentów na podstawie metryczki

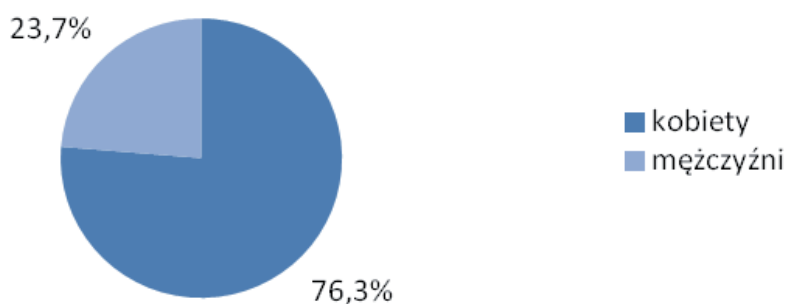
W pierwszej kolejności analizy statystycznej, scharakteryzowano badaną populację za pomocą wybranych zmiennych socjodemograficznych: płeć, miejsce zamieszkania, wiek, sytuacja materialna osoby ankietowanej, wykształcenie.

##### Płeć ankietowanych

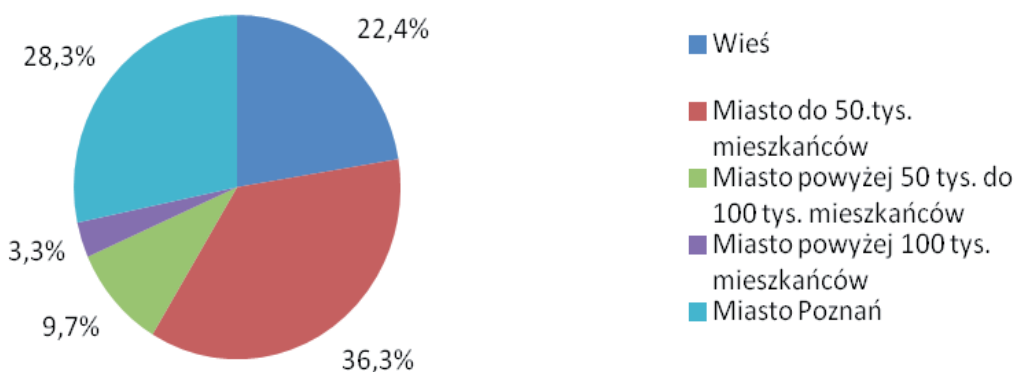
W badaniu wzięło łącznie udział 1263 respondentów, z czego kobiety stanowiły 76,3% ( $n = 964$  osoby), natomiast mężczyźni to pozostałe 23,7% ankietowanych ( $n = 299$  osób) (**Rycina 6**).

##### Miejsce zamieszkania ankietowanych

W odniesieniu do miejsca zamieszkania, większość ankietowanych, bo aż 981 osób (77,6%) pochodziła z miast, z czego z miasta Poznania 357 osób (28,3%), natomiast ze wsi 282 osoby, co stanowiło 22,4% (**Rycina 7 i Tabela 5**).



**Rycina 6.** Płeć osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne



**Rycina 7.** Miejsce zamieszkania osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 5.** Struktura ankietowanych pod względem miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	<i>n</i>	%
Wieś	282	22,4
Miasto do 50.tys. mieszkańców	459	36,3
Miasto powyżej 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	123	9,7
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	42	3,3
Miasto Poznań	357	28,3

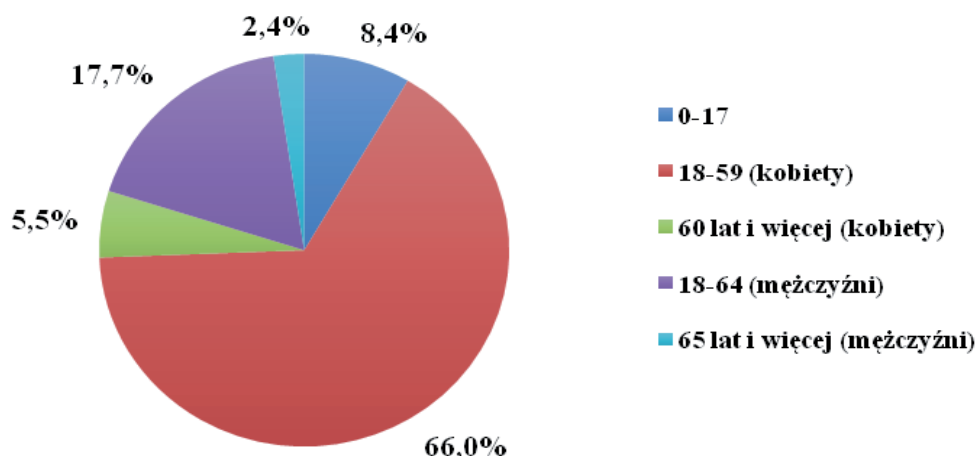
Źródło: opracowanie własne

### Struktura wieku ankietowanych

Strukturę wiekową ankietowanych opisano za pomocą 5 przedziałów wiekowych:

- wiek przedprodukcyjny — 0–17 lat,
- kobiety w wieku produkcyjnym — 18–59 lat,
- kobiety w wieku poprodukcyjnym 60 lat i więcej,
- mężczyźni w wieku produkcyjnym — 18–64 lat,
- mężczyźni w wieku poprodukcyjnym 65 lat i więcej.

Zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 18–59 lat — 833 osoby (66,0%), natomiast najmniejszą grupę 31 osób — mężczyźni w wieku 65 lat i więcej (2,4%). Ankiety osób w wieku 0–17 lat stanowiły 8,4% ( $n = 106$ ) (**Rycina 8 i Tabela 6**).



**Rycina 8.** Wiek osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne

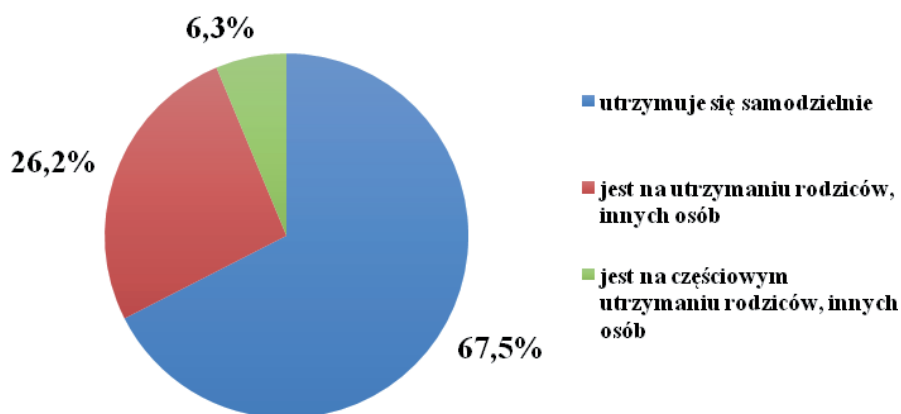
**Tabela 6.** Struktura wieku ankietowanych

Przedział wiekowy	<i>n</i>	%
0-17	106	8,4
18-59 (kobiety)	833	66,0
60 lat i więcej (kobiety)	70	5,5
18-64 (mężczyźni)	223	17,7
65 lat i więcej (mężczyźni)	31	2,4

Źródło: opracowanie własne

### Sytuacja materialna ankietowanych

W odniesieniu do określenia swojej sytuacji materialnej, większość osób ankietowanych bo aż 67,5% ( $n = 852$  osoby) utrzymywała się samodzielnie, 331 osób (26,2%) było na utrzymaniu rodziców, innych osób, natomiast pozostałe 6,3% ( $n = 80$  osób) pozostawało na częściowym utrzymaniu rodziców, innych osób (Rycina 9 i Tabela 7).



**Rycina 9.** Sytuacja materialna osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne

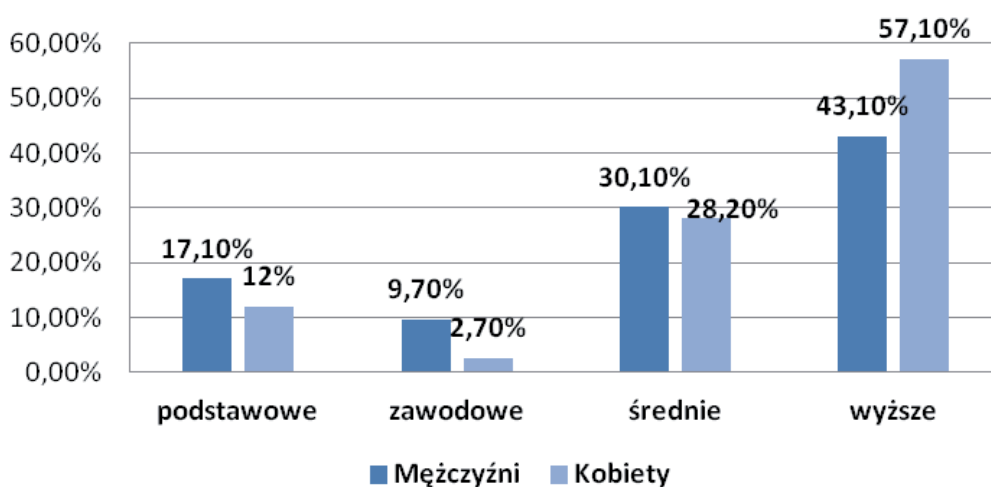
**Tabela 7.** Sytuacja materialna osoby ankietowanej

Kategoria	<i>n</i>	%
Utrzymuje się samodzielnie	852	67,5
Jest na utrzymaniu rodziców, innych osób	331	26,2
Częściowo jest na utrzymaniu rodziców, innych osób	80	6,3

Źródło: opracowanie własne

### Wykształcenie ankietowanych

Kolejną zmienną socjodemograficzną poddaną analizie było wykształcenie. Większość ankietowanych posiadała wyższe wykształcenie — 679 osób (53,8%), druga co do liczności grupa to osoby o wykształceniu średnim (28,7%,  $n = 362$ ), natomiast najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (4,3%,  $n = 55$  osób). Patrząc na strukturę wykształcenia kobiet i mężczyzn wyglądała ona analogicznie do całej grupy badawczej, dla obu płci najliczniejszą grupą były osoby o wykształceniu wyższym, zaś najmniejszą grupą były osoby o wykształceniu zawodowym (**Rycina 10 i Tabela 8**).

**Rycina 10.** Wykształcenie ankietowanych**Tabela 8.** Wykształcenie ankietowanych

Wykształcenie	Cała grupa		Mężczyźni		Kobiety	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Podstawowe	167	13,2	51	17,1	116	12,0
Zawodowe	55	4,3	29	9,7	26	2,7
Średnie	362	28,7	90	30,1	272	28,2
Wyższe	679	53,8	129	43,1	550	57,1

Źródło: opracowanie własne

## 4.2. Metoda

Badaniu poddano satysfakcję z usług stomatologicznych udzielonych w 2017 roku. W 2017 roku 1037 osób korzystało ze świadczeń stomatologicznych, natomiast 226 osób nie korzystało z usług stomatologa, zatem w dalszych analizach statystycznych uwzględniono 1037 ankiet. W pracy wykorzystano autorską ankietę „Badanie Satysfakcji Pacjenta” (zwaną dalej: SERVDENT) posługując się narzędziem — kwestionariuszem ankiety.

Ankieta składa się z metryczki i 28 pytań, uwzględniając 8 pytań wprowadzających przed obszarami dotyczącymi satysfakcji, trzy obszary wpływające na satysfakcję z udzielanych świadczeń dentystycznych nazwanych skrótem myślowym: rejestracja pacjenta — 5 pytań, warunki lokalowe — 4 pytania, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego — 8 pytań oraz 2 pytań dotyczących analizy zbiorczej, najlepiej i najgorzej ocenianych elementów wpływających na satysfakcję z udzielonej usługi stomatologicznej a także 1 pytania otwartego, w którym ankietowany mógł wpisać swoje spostrzeżenia, których doznał podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym i z którymi chciałby się podzielić.

Metryczka obejmowała informacje o ankietowanym, jak płeć, miejsca zamieszkania, wielkości miasta, wiek osoby ankietowanej, informację na temat sytuacji finansowej, wykształcenia. Przedziały wiekowe przyjęto w oparciu o wskazówki GUS (0–14 lat — wiek przedprodukcyjny, kobiety w wieku przedprodukcyjnym 18–59 lat, kobiety w wieku produkcyjnym 60 lat i więcej oraz mężczyźni w wieku produkcyjnym 18–64 lat, mężczyźni w wieku poprodukcyjnym 65 lat i więcej). Ankietowani odnosili się do usług jakie zostały u nich wykonane w 2017 roku w przypadku, gdy dotyczyły one dzieci, konieczne było podanie tej informacji.

Autorska ankieta została skierowana do oceny Komisji Bioetycznej. Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w dniu 12.06.2018 roku wydała poświadczenie, że badanie nie nosi cech eksperymentu medycznego.

W ankiecie SERVDENT trzy podstawowe obszary satysfakcji, były poprzedzone ogólnymi pytaniami, co do zakresu udzielanych świadczeń, sposobu finansowania — usługa wykonana w ramach zajęć dydaktycznych, w ramach NFZ usługa pełnopłatna, osób udzielających świadczeń — przy udziale studenta, przez lekarza stażystę, przez lekarza dentystę w trakcie specjalizacji, czy przez lekarza dentystę specjalistę z odpowiedniej dziedziny medycyny. Kolejne pytania dotyczyły znajomości praw pacjenta oraz to czy były one przestrzegane podczas udzielania świadczenia zdrowotnego.



Obszar pytań dotyczący rejestracji pacjentów łącznie zawiera pięć pytań (ocenianych w skali 0–10) odnoszących się do czasu oczekiwania na rejestrację, uprzejmości rejestratorów, przydatność otrzymanych od rejestratorów informacji, dostępności do rejestracji telefonicznej, jak również dogodności terminów wizyt.

Na grupę pytań obejmujących obszar dotyczący warunków lokalowych, składały się łącznie cztery pytania (oceniane w skali 0–10) z zakresu: oceny topografii pomieszczenia (układ pomieszczeń, gabinetów, oznakowanie), czystości pomieszczeń niemedyceńskich (np. poczekalnie, ciągi komunikacyjne, korytarze, hole, toalety), czystości gabinetów medycznych, wyposażenia gabinetów w sprzęt medyczny.

Kolejna grupa pytań dotyczyła obszaru satysfakcji ze świadczenia stomatologicznego na którą łącznie składało się 8 pytań (ocenianych w skali 0–10) i dotyczyły one oceny — dostępności do świadczeń stomatologicznych, czasu oczekiwania na wykonanie świadczenia zdrowotnego, zainteresowanie problemem ankietowanego ze strony personelu pomocniczego (pielęgniarki, asystentki, higienistki), uprzejmości i kultury osobistej personelu pomocniczego (pielęgniarki, asystentki, higienistki), zainteresowania pacjentem, uprzejmości i kultury osobistej ze strony lekarzy, informowania wyjaśniającego plan leczenia i procedury lecznicze, fachowości udzielania świadczenia oraz całościowej wykonania usługi stomatologicznej.

W kolejnych dwóch pytaniach o charakterze pytań półotwartych, które zawierały gotowe odpowiedzi (jak pytanie zamknięte) oraz dały możliwość swobodnej wypowiedzi (jak w pytaniu otwartym) respondent miał możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi, spośród wymienionych, jak również mógł wymienić te, które jego zdaniem w świadczeniu usługi stomatologicznej ocenił najlepiej. Analogicznym było pytanie dotyczące oceny parametrów elementów oraz tych, które ocenił najgorzej. Ankietowany miał również możliwość wskazania przez siebie problemów/sytuacji pozytywnych oraz negatywnych nieujętych w ankiecie, a które jego zdaniem, były istotne i z którymi się zetknął podczas wizyty.

Ostatnim było pytanie otwarte, gdzie ankietowany mógł podzielić się ze swoimi spostrzeżeniami, których doznał podczas wizyty u lekarza stomatologa.

## 4.2.1. Ankieta „Badanie Satysfakcji Pacjenta”

### ANKIETA BADANIE SATYSFAKЦИИ PACJENTA

#### SZANOWNI PAŃSTWO

W związku z prowadzonymi badaniami na potrzeby rozprawy doktorskiej pt. „Czynniki determinujące satysfakcję pacjenta z udzielonych w Wielkopolsce świadczeń stomatologicznych” realizowanej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na zawarte w Ankiecie pytania.

Celem badania jest uzyskanie informacji, co do czynników mających wpływ na satysfakcję ze świadczonych dla Państwa usług stomatologicznych. Wyniki ankiety posłużą określeniu, które z wymienionych czynników mają największy wpływ w zależności od płci, kategorii wiekowej, wykształcenia, statusu finansowego. Ankieta ma charakter anonimowy i zostanie przeprowadzona na obszarze Województwa Wielkopolskiego.

#### **METRYCZKA:**

**pole wybranej odpowiedzi proszę zaznaczyć - X**

**KOBIETA -**

**MĘŻCZYZNA -**

<b>Miejsce zamieszkania:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• miasto Poznań <input type="checkbox"/></li></ul> <b>Inne miasto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• miasto do 50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/></li><li>• miasto powyżej 50 tys. do 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/></li><li>• miasto powyżej 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/></li><li>• wieś <input type="checkbox"/></li></ul>	<b>Wiek osoby ankietyowanej</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0-17 lat <input type="checkbox"/></li><li>• Kobieta 18-59 lat <input type="checkbox"/></li><li>• Kobieta 60 lat i więcej <input type="checkbox"/></li><li>• Mężczyzna 18-64 lat <input type="checkbox"/></li><li>• Mężczyzna 65 lat i więcej <input type="checkbox"/></li></ul>
<b>Sytuacja osoby ankietyowanej</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• utrzymuje się samodzielnie <input type="checkbox"/></li><li>• jest na utrzymaniu rodziców, innych osób <input type="checkbox"/></li><li>• częściowo jest na utrzymaniu rodziców, innych osób <input type="checkbox"/></li></ul>	<b>Wykształcenie osoby ankietyowanej</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• podstawowe <input type="checkbox"/></li><li>• zawodowe <input type="checkbox"/></li><li>• średnie <input type="checkbox"/></li><li>• wyższe <input type="checkbox"/></li></ul>

**Jeżeli wypełniacie Państwo Ankieta, a świadczenie było wykonane u Państwa dziecka proszę o zaznaczenie X -**

#### **1. Proszę o podanie rodzaju świadczeń z których korzystali Państwo w 2017 roku w zakresie:**

- ogólnostomatologicznym
- stomatologii dla dzieci i młodzieży
- programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki
- periodontologii
- stomatologii zachowawczej
- endodoncji
- chirurgii stomatologicznej
- protetyki stomatologicznej
- ortodoncji
- chirurgii szczękowo-twarzowej
- nie korzystałam/łem

#### **2. Czy udzielone Państwu świadczenie zostało wykonane:**

- w ramach zajęć dydaktycznych
- w ramach NFZ
- usługa pełnopłatna

**3. Czy świadczenie było realizowane przy udziale studenta ?**

- tak
- nie
- nie wiem

**4. Czy świadczenie było realizowane przez lekarza dentystę stażystę ?**

- tak
- nie
- nie wiem

**5. Czy świadczenie było realizowane przez lekarza dentystę w trakcie specjalizacji z zakresu (proszę zaznaczyć dziedzinę):**

- periodontologii
- stomatologii zachowawczej z endodoncją
- chirurgii stomatologicznej
- protetyki stomatologicznej
- ortodoncji
- stomatologii dziecięcej
- chirurgii szczękowo-twarzowej
- nie wiem

**6. Czy świadczenie było realizowane przez lekarza specjalistę z zakresu (proszę zaznaczyć dziedzinę):**

- stomatologii ogólnej
- stomatologii zachowawczej z endodoncją
- periodontologii
- stomatologii zachowawczej
- chirurgii stomatologicznej
- protetyki stomatologicznej
- ortodoncji
- stomatologii dziecięcej
- chirurgii szczękowo-twarzowej
- nie wiem

**7. Czy znacie Państwo swoje prawa, jako Pacjent?**

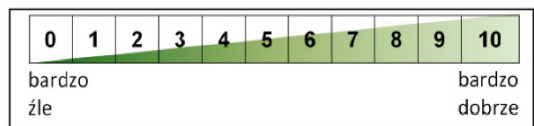
- tak
- nie
- nie wiem

**8. Czy Państwa prawa, jako Pacjenta były przestrzegane podczas udzielania świadczenia medycznego?**

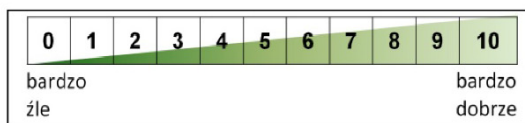
- tak
- nie
- nie wiem

**R E J E S T R A C J A P A C J E N T A**

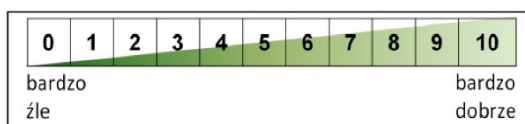
**9. Jak oceniacie Państwo czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia wszelkich formalności podczas rejestracji?**



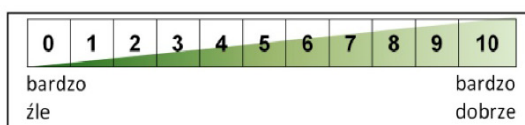
**10. Jak oceniacie Państwo uprzejmość rejestratorek?**



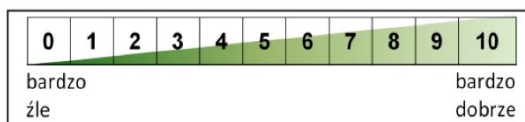
**11. Jak oceniacie Państwo przydatność otrzymanych informacji od rejestratorek?**



**12. Jak oceniacie Państwo dostępność do rejestracji telefonicznej?**

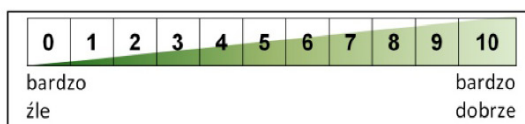


**13. Jak oceniacie Państwo dogodność terminów wizyt?**

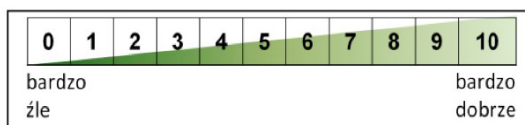


**W A R U N K I   L O K A L O W E**

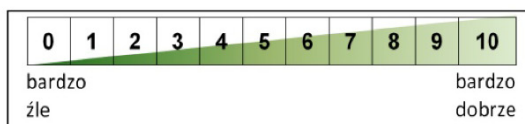
**14. Jak oceniacie Państwo topografię pomieszczenia (układ pomieszczeń, gabinetów, oznakowanie)?**



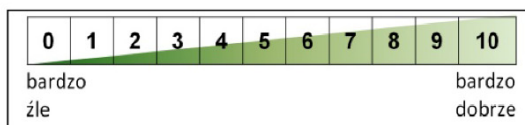
**15. Jak oceniacie Państwo czystość pomieszczeń niemedywnych (np. poczekalnie, ciągi komunikacyjne, korytarze, hole, toalety)?**



**16. Jak oceniacie Państwo czystość gabinetów medycznych?**

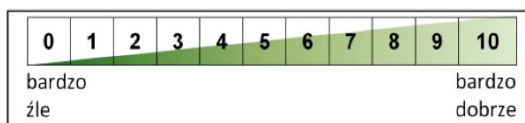


**17. Jak oceniacie Państwo wyposażenie gabinetów w sprzęt medyczny?**

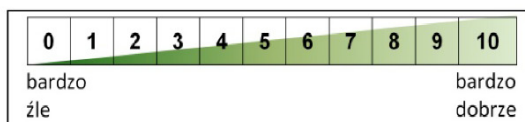


**SATYSFAKCJA ZE ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNEGO**

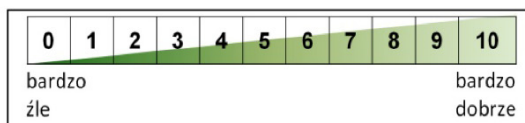
**18. Jak oceniacie Państwo dostępność do świadczeń stomatologicznych?**



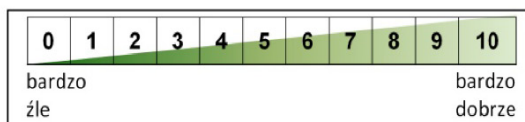
**19. Jak oceniacie Państwo czas oczekiwania na wykonanie świadczenia medycznego?**



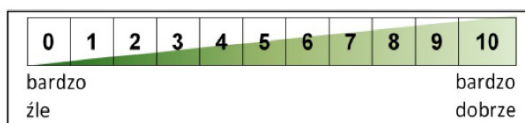
**20. Jak oceniacie Państwo zainteresowanie Państwa problemem przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)?**



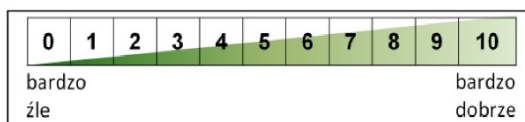
**21. Jak oceniacie Państwo uprzejmość i kulturę osobistą personelu pomocniczego (pielęgniarek, asystentek, higienistek)?**



**22. Jak oceniacie Państwo zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kulturę osobistą lekarzy?**



**23. Jak oceniacie Państwo informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze?**



**24. Jak oceniacie Państwo fachowość udzielania świadczeń?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
bardzo źle											bardzo dobrze

**25. Jak całościowo oceniacie Państwo sposób wykonania usługi stomatologicznej?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
bardzo źle											bardzo dobrze

**26. W świadczeniu usług najlepiej oceniam (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):**

- kompetencje personelu
- uprzejmość personelu
- sprzęt, aparatura medyczna
- możliwość wykonania wszystkich niezbędnych badań na miejscu
- godziny przyjęć
- inne:

.....  
(proszę wymienić)

**27. W świadczeniu usług najgorzej oceniam (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):**

- kompetencje personelu
- uprzejmość personelu
- sprzęt, aparatura medyczna
- możliwość wykonania wszystkich niezbędnych badań na miejscu
- godziny przyjęć
- inne:

.....  
(proszę wymienić)

**28. Jeżeli w trakcie wizyty zetknęliście się Państwo z problemami, sytuacjami (pozytywnymi, negatywnymi), których pytania nie ujęto w ankiecie, proszę o ich pisemne opisanie:**

.....  
(proszę wymienić)

---

Dziękuję Państwu

za poświęcony czas na wypełnienie Ankiety

*Kornela Cieślik*

---

### 4.3. Analiza statystyczna

Analiza statystyczna zebranych danych została wykonana za pomocą programu Statistica 12 firmy StatSoft w Katedrze i Zakładzie Informatyki i Statystyk UMP w Poznaniu.

Zebrane dane miały charakter porządkowy (satysfakcja z poszczególnych obszarów oceniana na skali 1–10) lub nominalny w pozostałych przypadkach (płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania i inne). Zmienne o charakterze nominalnym zostały opisane jako  $n$  oraz % całości, zaś zmienne porządkowe za pomocą następujących statystyk opisowych:  $n$ , mediana, minimum, maksimum, kwartył pierwszy, kwartył trzeci. Z uwagi na porządkową skalę pomiaru satysfakcji, porównanie satysfakcji względem poszczególnych zmiennych nominalnych przeprowadzono za pomocą nieparametrycznych testów statystycznych. Zastosowano test U Manna-Whitneya (przy porównaniach pomiędzy 2 grup np. kobietami i mężczyznami) lub test Kruskala-Wallisa (dla porównań pomiędzy 3 lub więcej grupami np. osobami o wykształceniu podstawowym, zawodowym, średnim oraz wyższym). W przypadku stwierdzenia istotnych statystycznie różnic dla porównań 3 i więcej grup, przeprowadzono test post-hoc Dunna dla porównań wielokrotnych, aby ustalić, pomiędzy którymi grupami te różnice występują.

Jako poziom istotności wykonanych testów przyjęto  $\alpha = 0,05$ , uznając wynik testu za istotny statystycznie, gdy otrzymano w teście  $p < 0,05$ .

## 5. Wyniki

Wyniki statystyki opisowej (**Tabela 9**) z przeprowadzonych badań przedstawiono w odniesieniu do trzech obszarów uwzględniających elementy wpływające na satysfakcję: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego,

**Tabela 9.** Statystyki opisowe dla poszczególnych zmiennych składowych satysfakcji pacjentów

Zmienna/obszar	N	Me- diana	Mini- mum	Maksi- mum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Rejestracja pacjenta:	1037	41,0	1,0	50,0	33,0	47,0
czas oczekiwania na rejestrację	1035	8,0	0,0	10,0	6,0	10,0
uprzejmość rejestratorek	1019	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
przydatność informacji z rejestracji	1015	9,0	0,0	10,0	7,0	10,0
dostępność do rejestracji telefonicznej	1023	8,0	0,0	10,0	6,0	10,0
dogodność terminów wizyt	1034	8,0	0,0	10,0	5,0	9,0
Warunki lokalowe:	1037	37,0	5,0	40,0	32,0	40,0
topografia pomieszczenia (układ pomieszczeń, gabinetów, oznakowanie)	1037	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
czystość pomieszczeń niemedycejskich (np. poczekalnia ciągi komunikacyjne, korytarze, hole, toalety)	1037	9,0	1,0	10,0	8,0	10,0
czystość gabinetów medycznych	1037	10,0	1,0	10,0	8,0	10,0
wyposażenie w sprzęt medyczny	1037	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
Satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego:	1036	67,0	2,0	80,0	56,0	76,0
dostępność do świadczeń	1037	8,0	0,0	10,0	6,0	10,0
czas oczekiwania na wykonanie świadczenia	1036	8,0	0,0	10,0	5,0	9,0
zainteresowanie problemem przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	1010	8,0	0,0	10,0	6,0	10,0
uprzejmość i kultura osobista personelu pomocniczego (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	1011	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy	1037	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
informowanie o planie leczenia i procedurach	1037	9,0	0,0	10,0	7,0	10,0
fachowość udzielania świadczenia	1036	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
całościowa ocena sposobu wykonania usługi	1036	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
Całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	1037	143,0	9,0	170,0	122,0	160,0

Źródło: opracowanie własne



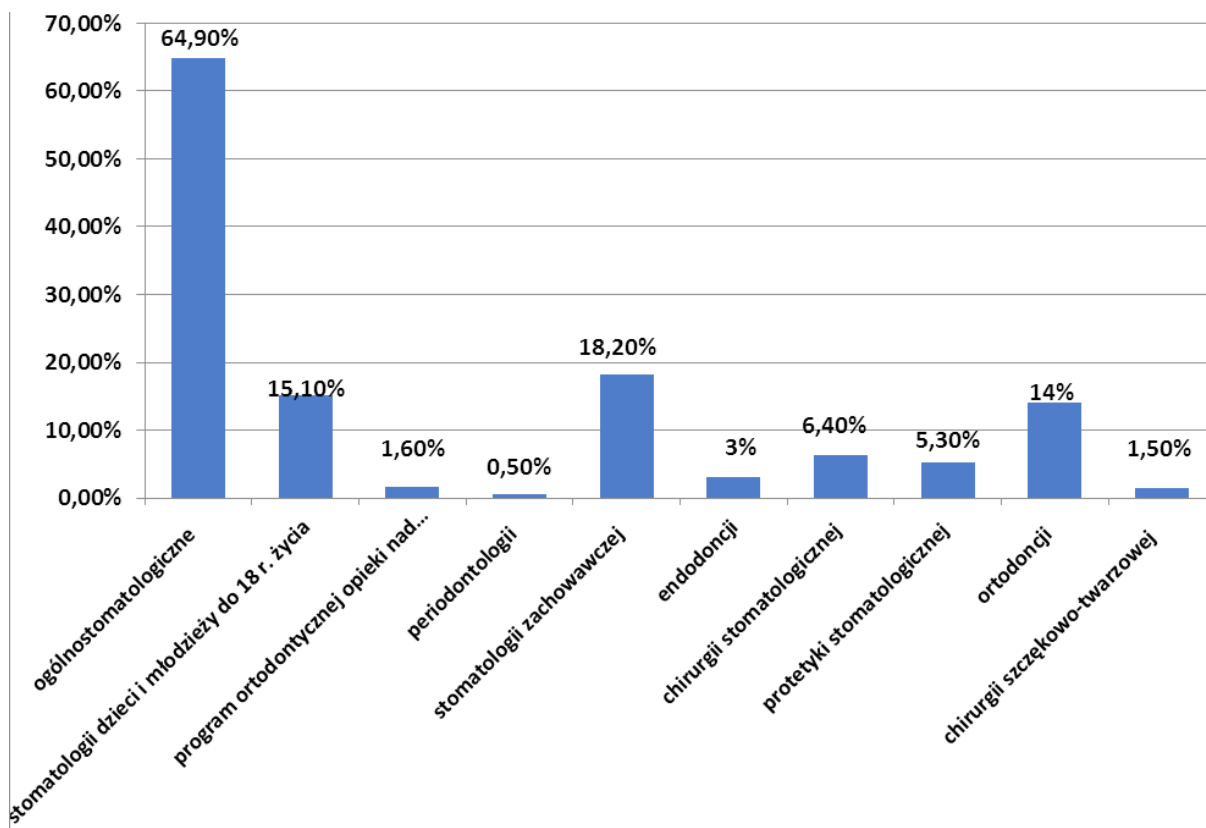
a także, co pacjenci najlepiej ocenili w świadczeniu oraz wskazujące na elementy najgorzej ocenione w świadczeniu stomatologicznym.

Analiza statystyczna uwzględniła także szereg nominalnych zmiennych związanych ze świadczeniami stomatologicznymi — pytań wprowadzających do trzech obszarów satysfakcji czyli: rodzaj otrzymanego świadczenia, sposób finansowania świadczenia stomatologicznego, współdziałanie studenta podczas udzielania świadczenia, udzielenie świadczenia przez lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza specjalistę z poszczególnych dziedzin, świadomość praw pacjenta oraz ich przestrzeganie.

Statystyki opisowe uwzględniły elementy dotyczące rodzaju świadczenia, sposobu finansowania świadczenia, osoby wykonującej świadczenie i znajomości oraz przestrzegania praw pacjenta (**Ryciny 11–16** oraz **Tabele 10–15**).

### 5.1. Rodzaj świadczenia

Zdecydowanie największy odsetek osób korzystających ze świadczeń dotyczył świadczeń ogólnostomatologicznych (64,9%,  $n = 673$ ). Drugim co do częstości korzystania świadczeniem była stomatologia zachowawcza, z której skorzystało już tylko 18,2% ankietowanych.



**Rycina 11.** Odsetek osób korzystających z poszczególnych świadczeń stomatologicznych. Źródło: opracowanie własne

wanych ( $n = 189$ ). Ankietowani najrzadziej korzystali ze świadczeń z zakresu: periodontologii (0,5%), programu rozszczepowego (1,6%) oraz chirurgii szczękowo-twarzowej (1,5%) (**Rycina 11 i Tabela 10**).

**Tabela 10.** Rodzaje udzielonych świadczeń stomatologicznych

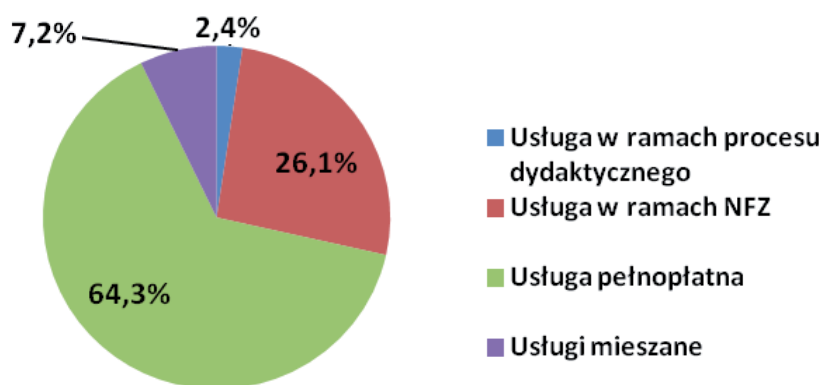
Rodzaj świadczenia	Osoby, które skorzystały ze świadczenia		Osoby, które nie skorzystały ze świadczenia	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ogólnostomatologiczne	673	64,9	362	34,9
Stomatologii dzieci i młodzieży do 18 roku życia	157	15,1	878	84,7
Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	17	1,6	1018	98,2
Periodontologii	5	0,5	1030	99,3
Stomatologii zachowawczej	189	18,2	846	81,6
Endodoncji	31	3,0	1004	96,8
Chirurgii stomatologicznej	87	6,4	948	91,4
Protetyki stomatologicznej	55	5,3	980	94,5
Ortodoncji	145	14,0	890	85,8
Chirurgii szczękowo-twarzowej	16	1,5	1019	98,3

Źródło: opracowanie własne

Ankietowani korzystali również z więcej niż jednego świadczenia. Tylko jedno świadczenie stomatologiczne dotyczyło zdecydowanej większości ankietowanych (75%,  $n = 775$ ). Z dwóch świadczeń skorzystało 17% badanych ( $n = 179$ ), trzy świadczenia dotyczyły już tylko 5% ankietowanych ( $n = 53$ ), zaś więcej niż 3 świadczenia objęły tylko 2% badanych ( $n = 20$ ).

## 5.2. Rodzaj finansowania świadczenia

Świadczenia zostały udzielone ponad połowie pacjentów odpłatnie (64,3%,  $n = 665$ ), zaś w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ już znacznie mniejszej części (26,1%,  $n = 270$ ). Znikomy odsetek stanowiły osoby otrzymujące świadczenie w ramach procesu dydaktycznego w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (2,4%,  $n = 25$ ). Grupa 75 osób (7,2%) korzystała z więcej niż jednego rodzaju świadczenia: odpłatnego, NFZ bądź dydaktyki (**Rycina 12 i Tabela 11**).



**Rycina 12.** Rodzaj finansowania usługi. Źródło: opracowanie własne

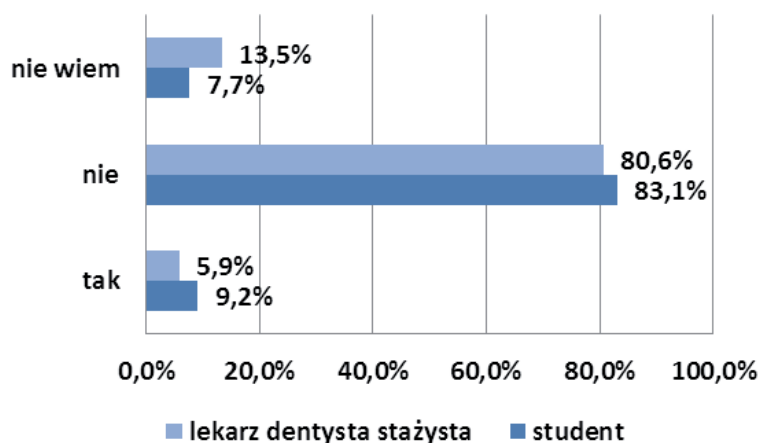
**Tabela 11.** Rodzaj finansowania świadczenia stomatologicznego

Rodzaj finansowania usługi	<i>n</i>	%
Usługa w ramach procesu dydaktycznego	25	2,4
Usługa w ramach NFZ	270	26,1
Usługa pełnopłatna	665	64,3
Usługi mieszane	75	7,2

Źródło: opracowanie własne

### 5.3. Osoba udzielająca świadczenia

Spośród 1037 osób, 95 (9,2%) odpowiedziało, że świadczenie było udzielane przez studenta, 860 osób (83,1%) odpowiedziało, że świadczenie nie było udzielane przez studenta, natomiast 80 osób przyznało, że nie posiadało wiedzy w tym zakresie (7,7%). Na pytanie z zakresu czy świadczenie było udzielano przez lekarza stażystę, 61 osób (5,9%) odpowiedziało, że tak, 833 osób (80,6%) udzieliło odpowiedzi „Nie”, natomiast pozostałe 140 osób (13,5%) nie posiadało wiedzy w tym zakresie (**Rycina 13** i **Tabela 12**).



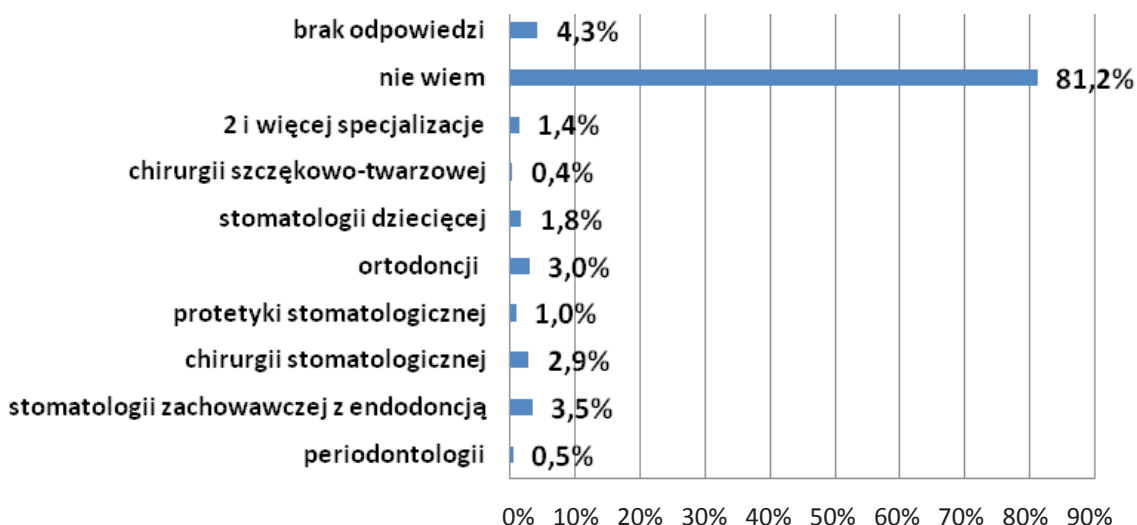
**Rycina 13.** Osoba udzielająca świadczenia. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 12.** Osoba udzielająca świadczenia stomatologicznego

Osoba udzielająca świadczenia	Odpowiedź ankietowanego: „tak”		Odpowiedź ankietowanego: „nie”		Odpowiedź ankietowanego: „nie wiem”	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Student	95	9,20	860	83,10	80	7,70
Lekarz dentysta stażysta	61	5,90	833	80,60	140	13,50

Źródło: opracowanie własne

Przeważająca większość ankietowanych nie miała wiedzy na temat specjalizacji lekarza (81,2%,  $n = 842$ ). Badani, którzy znali dziedzinę specjalizacji realizowaną przez lekarza będącego w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, najczęściej wskazywali na stomatologię zachowawczą z endodoncją (3,5%,  $n = 36$ ), ortodoncję (3,0%,  $n = 31$ ) oraz chirurgię stomatologiczną (2,9%,  $n = 30$ ). Inne dziedziny miały mniej niż 2% wskazań każda. Ostatnim pytaniem dotyczącym lekarza wykonującego świadczenie było pytanie o to, czy świadczenie było udzielane przez specjalistę z wybranych dziedzin. W tym przypadku odsetek odpowiedzi „nie wiem” wynosił już tylko 38,5% ( $n = 399$ ). Najczęściej wskazywaną specjalizacją była stomatologia ogólna (31,8%,  $n = 330$ ). Inne specjalizacje miały nie więcej niż 10% wskazań każda, z ortodoncją będącą najczęstszą w tej grupie (6,4%,  $n = 66$ ). Co ciekawe, aż 9,1% ankietowanych wskazało na więcej niż 2 specjalizacje lekarza specjalisty realizującego świadczenie ( $n = 94$ ) (Ryciny 14 i 15, Tabela 13 i 14).

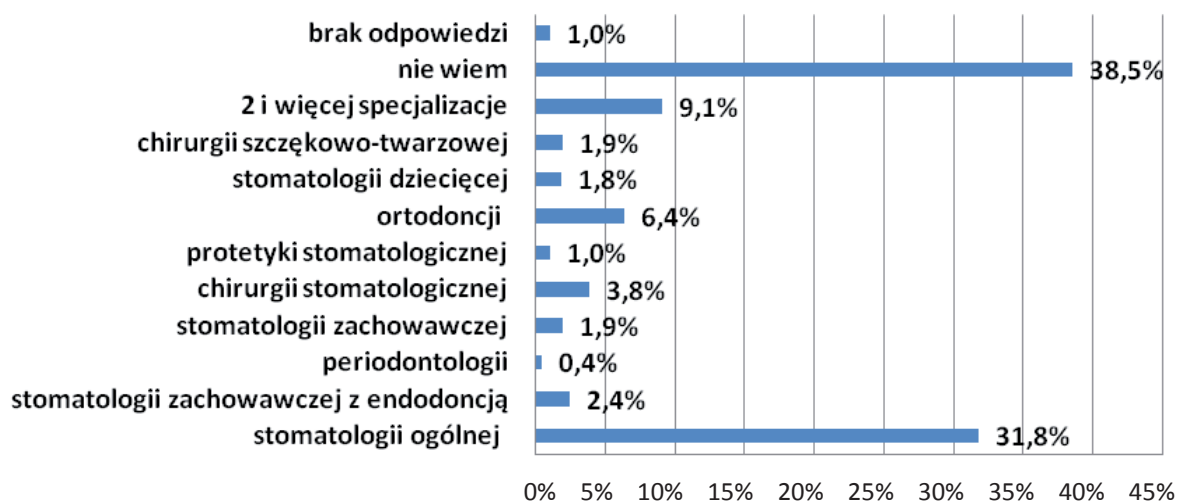


**Rycina 14.** Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę w trakcie specjalizacji.  
Źródło: opracowanie własne

**Tabela 13.** Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę w trakcie specjalizacji

Lekarz dentysta w trakcie specjalizacji:	n	%
periodontologii	5	0,5
stomatologii zachowawczej z endodoncją	36	3,5
chirurgii stomatologicznej	30	2,9
protetyki stomatologicznej	10	1,0
ortodoncji	31	3,0
stomatologii dziecięcej	19	1,8
chirurgii szczękowo-twarzowej	4	0,4
2 i więcej specjalizacje	15	1,4
nie wiem	842	81,2
brak odpowiedzi	45	4,3

Źródło: opracowanie własne



**Rycina 15.** Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę–specjalistę. Źródło: opracowanie własne

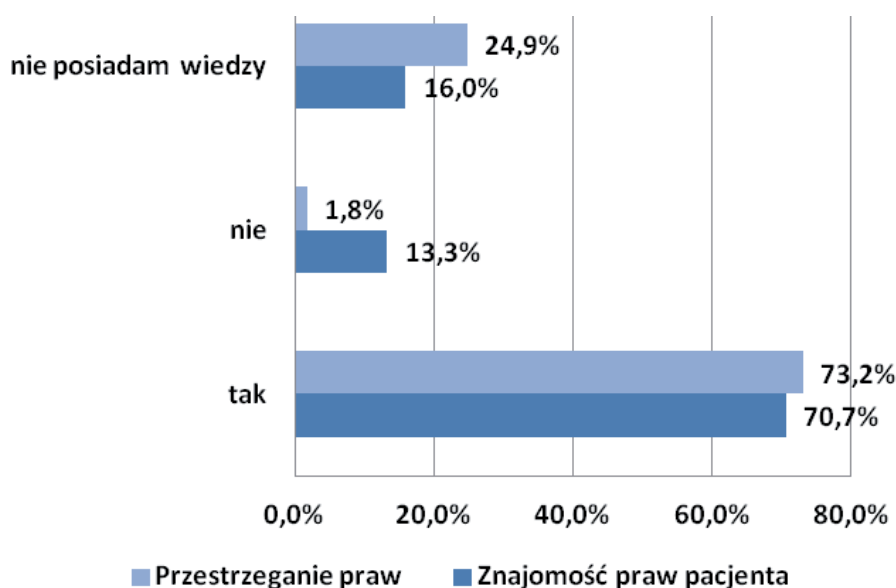
**Tabela 14.** Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę–specjalistę

Lekarz dentysta specjalista z dziedziny	n	%
stomatologii ogólnej	330	31,8
stomatologii zachowawczej z endodoncją	26	2,4
periodontologii	4	0,4
stomatologii zachowawczej	20	1,9
chirurgii stomatologicznej	39	3,8
protetyki stomatologicznej	10	1,0
ortodoncji	66	6,4
stomatologii dziecięcej	19	1,8
chirurgii szczękowo-twarzowej	20	1,9
2 i więcej specjalizacje	94	9,1
nie wiem	399	38,5
brak odpowiedzi	10	1,0

Źródło: opracowanie własne

#### 5.4. Prawa pacjenta

Większość badanych (70,7%,  $n = 732$ ) w zakresie znajomości praw pacjenta oraz ich przestrzegania podczas udzielania świadczenia zdrowotnego, udzieliło odpowiedzi, że znają swoje prawa jako pacjent, 138 osób (13,3%) nie znało swoich praw, natomiast pozostałe 165 osób (16,0%) nie posiadało wiedzy w tym zakresie. 19 osób (1,8%) stwierdziło, że ich prawa jako pacjenta nie są przestrzegane, natomiast 258 osób (24,9%) nie wiedziało, czy ich prawa jako pacjent są przestrzegane. Pozostałe 758 osób (73,2%) odpowiedziało, że ich prawa pacjenta były przestrzegane (**Rycina 16 i Tabela 15**).



**Rycina 16.** Znajomość i przestrzeganie praw pacjenta. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 15.** Znajomość i przestrzeganie praw pacjenta przez ankietowanych

Znajomość Praw pacjenta	$n$	%
tak	732	70,7
nie	138	13,3
nie wiem	165	16,0
Przestrzeganie Praw pacjenta		
tak	758	73,2
nie	19	1,8
nie wiem	258	24,9

Źródło: opracowanie własne

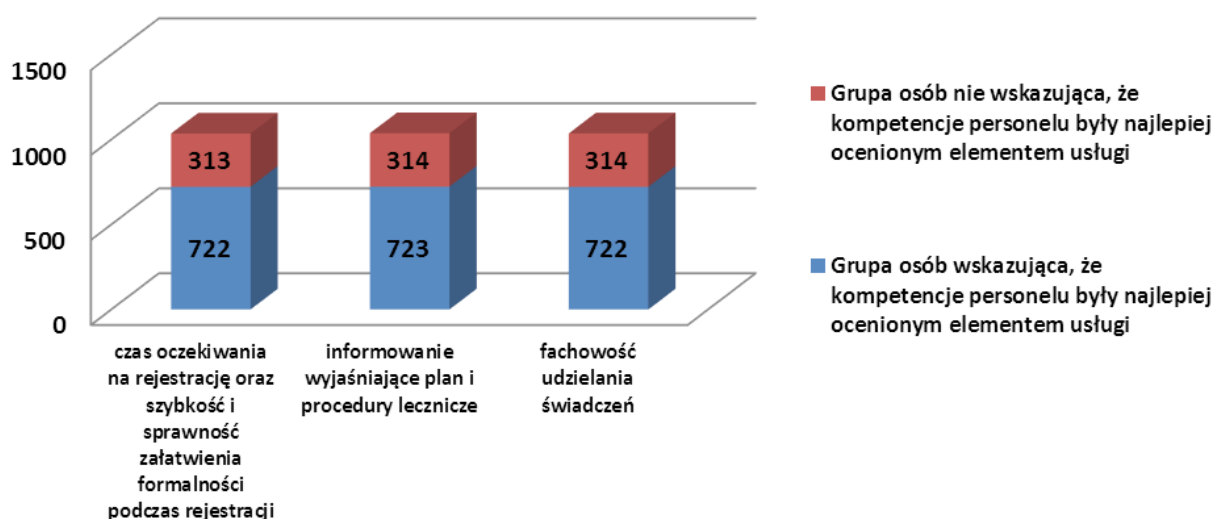
## 5.5. Całkowita satysfakcja

Z analizy statystycznej dotyczącej całkowitej satysfakcji, czyli najlepszej i najgorszej oceny poszczególnych komponentów w odniesieniu do trzech obszarów satysfakcji, ustalono, że każdy z nich wpływa znacząco na satysfakcję. Szczegółowe wyniki dotyczące analizy satysfakcji przedstawiono graficznie na **rycinach 17–24** a także zestawiono w **tabelach 16–31**.

### 5.5.1. „Najlepiej oceniam...”

W analizie obszaru świadczenia usług stomatologicznych, które zostały ocenione najlepiej przez ankietowanych w elementach: kompetencje personelu, uprzejmość personelu, sprzęt i aparatura medyczna oraz godziny przyjęć, dla każdego z wymienionych elementów przeprowadzono porównanie grupy wskazującej na dany element, pod względem wybranych składowych satysfakcji z usług, które bezpośrednio go dotyczyły (**Rycina 17** i **Tabela 16**).

W analizie kompetencje personelu, gdzie porównanie dotyczyło 3 składowych satysfakcji: czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia formalności podczas rejestracji; informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze; fachowość udzielania świadczeń, stwierdzono istotnie wyższy poziom ocen dla każdej z wymienionych składowych w grupie osób, które wskazały na kompetencje personelu jako najlepiej ocenianą składową świadczenia usług w stosunku do osób, które w składowych na kompetencje personelu nie wskazały ( $p < 0,001$  dla każdej ze składowych) (**Tabela 17**).



**Rycina 17.** Kompetencje personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji.  
Źródło: opracowanie własne

**Tabela 16.** Statystyki opisowe dla poszczególnych składowych kompetencji personelu

Zmienna	<i>n</i>	Me- diana	Mini- mum	Maksi- mum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że kompetencje personelu były najlepiej ocenionym elementem usługi						
czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia formalności podczas rejestracji	722	9,0	0,0	10,0	7,0	10,0
informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze	723	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
fachowość udzielania świadczeń	722	10,0	2,0	10,0	9,0	10,0
Grupa osób nie wskazująca, że kompetencje personelu były najlepiej ocenionym elementem usługi						
czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia formalności podczas rejestracji	313	7,0	0,0	10,0	5,0	9,0
informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze	314	7,0	0,0	10,0	5,0	9,0
fachowość udzielania świadczeń	314	8,0	0,0	10,0	6,0	9,0

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 17.** Istotność statystyczna w zakresie kompetencji personelu, jako najlepiej oceniany element składowy w odniesieniu do obszarów satysfakcji

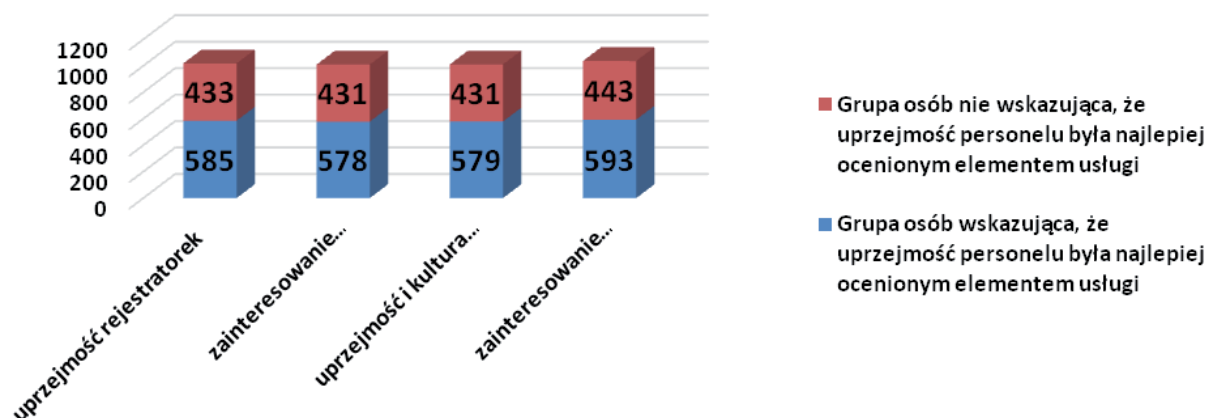
Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: kompetencje personelu Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang TAK	Sum. rang NIE	Z popraw.	<i>p</i>	<i>n</i> ważn. TAK	<i>n</i> ważn. NIE
Czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia formalności podczas rejestracji	412379,0	123751,0	8,89409	0,000000	722	313
Informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze	425599,5	112603,5	11,72343	0,000000	723	314
Fachowość udzielania świadczeń	433025,0	104141,0	13,90897	0,000000	722	314

Źródło: opracowanie własne

Następnie analizie statystycznej poddano uprzejmość personelu, na którą składały się: uprzejmość rejestratorek; zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki); uprzejmość i kultura osobista personelu pomocniczego (pielęgniarek, asystentek, higienistek); zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy (**Tabela 18**). Stwierdzono istotnie wyższy poziom ( $p < 0,001$ ) dla każdej z wymienionych składowych u osób, które wskazały uprzejmość



personelu jako najlepiej oceniony element świadczenia usług w stosunku do osób, które uprzejmości personelu nie ocenili najwyżej (**Rycina 18** i **Tabele 18** i **19**).



**Rycina 18.** Uprzejmość personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji.  
Źródło: opracowanie własne

**Tabela 18.** Statystyki opisowe dla składowych uprzejmość personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	<i>n</i>	Me- diana	Minimum	Maksi- mum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że uprzejmość personelu była najlepiej ocenionym elementem usługi						
uprzejmość rejestratorów	585	585	10,00000	2,000000	10,00000	8,000000
zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	585	578	9,00000	0,000000	10,00000	7,000000
uprzejmość i kultura osobista personelu pomocniczego (pielęgniarek, asystentek, higienistek)	578	579	9,00000	0,000000	10,00000	8,000000
zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy	579	593	10,00000	0,000000	10,00000	9,000000
Grupa osób nie wskazująca, że uprzejmość personelu była najlepiej ocenionym elementem usługi						
uprzejmość rejestratorów	433	433	9,000000	0,00	10,00000	7,000000
zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	431	431	7,000000	0,00	10,00000	5,000000
uprzejmość i kultura osobista personelu pomocniczego (pielęgniarek, asystentek, higienistek)	431	431	8,000000	0,00	10,00000	6,000000
zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy	443	443	9,000000	0,00	10,00000	7,000000

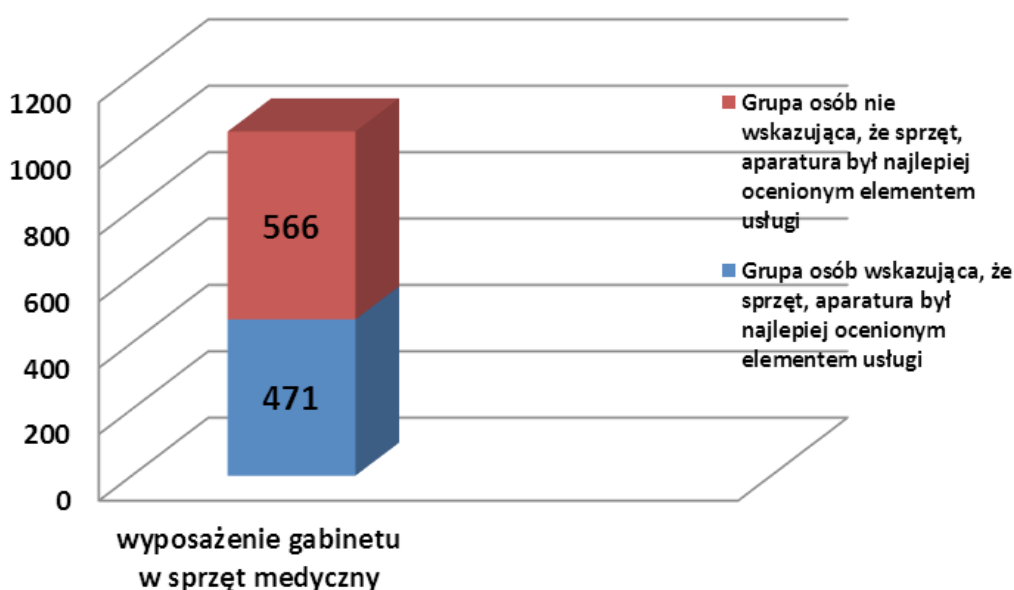
Źródło: opracowanie własne

**Tabela 19.** Istotność statystyczna w zakresie uprzejmości personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: uprzejmość personelu Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang TAK	Sum. rang NIE	Z popraw.	$p$	$n$ ważn. TAK	$n$ ważn. NIE
Uprzejmość rejestratorek	333130,5	185540,5	7,962573	0,000000	585	433
Zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	325506,5	184038,5	7,479911	0,000000	585	431
Uprzejmość i kultura osobista personelu pomocniczego (pielęgniarek, asystentek, higienistek)	332781,0	177774,0	9,088232	0,000000	578	431
Zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy	350013,0	187153,0	9,450746	0,000000	579	443

Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do sprzętu, aparatury medycznej analizowano element satysfakcji w obszarze: ocena wyposażenia gabinetów w sprzęt medyczny, stwierdzono istotnie statystycznie wyższy poziom ocen ( $p < 0,001$ ) w grupie osób wskazujących na sprzęt, aparaturę medyczną jako najlepiej oceniany element świadczonej usługi w porównaniu do osób, które nie oceniły sprzętu medycznego najwyżej (**Rycina 19, Tabele 20 i 21**).



**Rycina 19.** Sprzęt i aparatura medyczna, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 20.** Statystyki opisowe dla oceny wyposażenia gabinetu w sprzęt medyczny względem wskazania sprzętu, aparatury medycznej jako najlepiej ocenionego elementu usługi

Zmienna	<i>n</i>	Mediana	Mini- mum	Maksi- mum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że sprzęt, aparatura był najlepiej ocenionym elementem usługi						
wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny	471	10,0	2,0	10,0	9,0	10,0
Grupa osób nie wskazująca, że sprzęt, aparatura był najlepiej ocenionym elementem usługi						
wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny	566	9,0	0,0	10,0	7,0	10,0

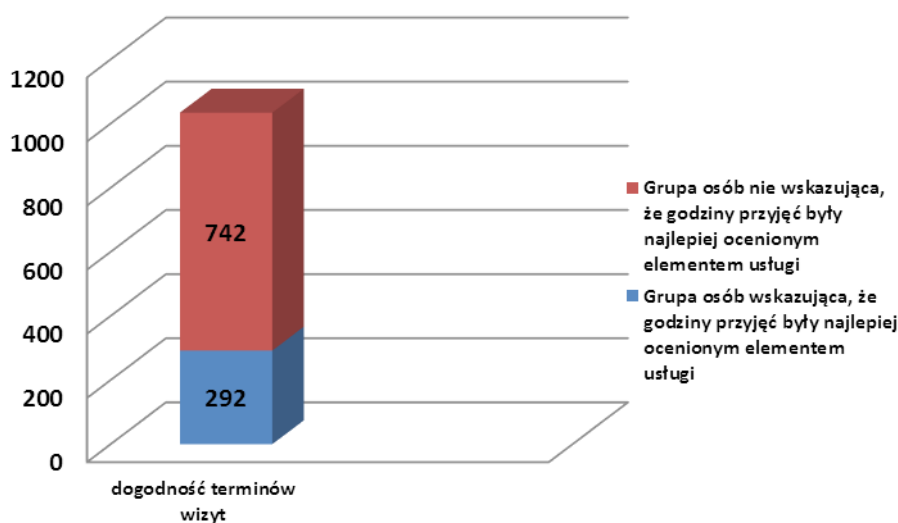
Źródło: opracowanie własne

**Tabela 21.** Istotność statystyczna w zakresie wyposażenia gabinetu w sprzęt medyczny, jako najlepiej ocenionego elementu usługi

Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: 26. Sprzęt medyczny Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang TAK	Sum. rang NIE	Z popraw.	<i>p</i>	<i>n</i> ważn. TAK	<i>n</i> ważn. NIE
Sprzęt medyczny	286641,5	251561,5	9,196559	0,000000	471	566

Źródło: opracowanie własne

W części analizy najlepiej ocenianych elementów, porównano zmienną: godziny przyjęć, na którą składała się satysfakcja tylko w jednym obszarze: dogodność terminów wizyt. Wykazano, że ocena dogodności terminów wizyt jest istotnie statystycznie wyższa ( $p < 0,001$ ) wśród pacjentów wskazujących na godziny przyjęć jako najlepszy element świadczenia usług w porównaniu do pozostałych osób) (Rycina 20, Tabele 22 i 23).



**Rycina 20.** Dogodność terminów wizyt, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 22.** Statystyki opisowe dla oceny dogodność terminów wizyt względem wskazania godzin przyjęć, jako najlepiej ocenionego elementu usługi

Zmienna	<i>n</i>	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że godziny przyjęć były najlepiej ocenionym elementem usługi						
dogodność terminów wizyt	292	9,0	0,0	10,0	7,0	10,0
Grupa osób nie wskazująca, że godziny przyjęć były najlepiej ocenionym elementem usługi						
dogodność terminów wizyt	742	7,0	0,0	10,0	5,0	9,0

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 23.** Istotność statystyczna w zakresie godzin przyjęć, jako najlepiej ocenionego elementu usługi

Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: godziny przyjęć Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang TAK	Sum. rang NIE	Z popraw.	<i>p</i>	<i>n</i> ważn. TAK	<i>n</i> ważn. NIE
Dogodność terminów wizyt	184675,0	350420,0	7,857812	0,000000	292	742

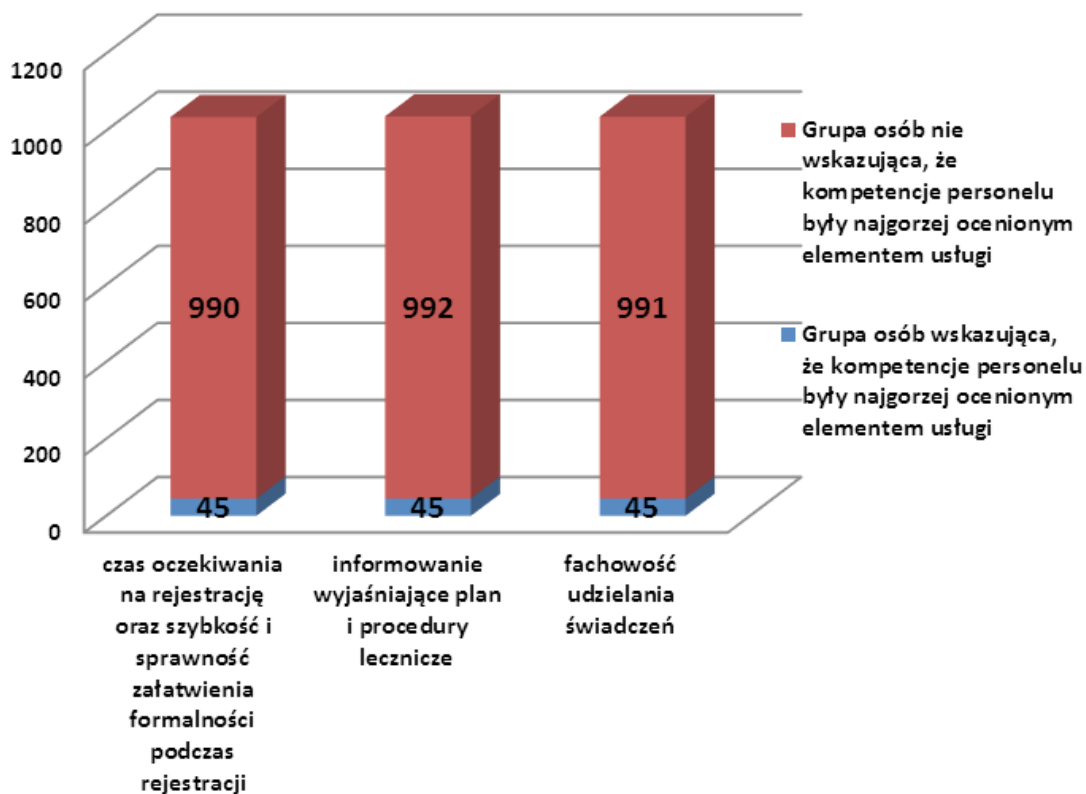
Źródło: opracowanie własne

### 5.5.2. „Najgorzej oceniam...”

Analizę statystyczną przeprowadzono dla elementów ocenionych najgorzej przez ankietowanych, w świadczeniu usługi stomatologicznej. Porównane zostały kompetencje personelu, uprzejmość personelu, sprzęt i aparatura medyczna oraz godziny przyjęć, dla każdego z wymienionych elementów przeprowadzono porównanie grupy wskazującej na dany element, pod względem wybranych składowych satysfakcji z usług, które bezpośrednio go dotyczyły (**Rycina 21** i **Tabela 24**).

Dla kompetencji personelu, stwierdzono istotnie statystycznie niższy poziom ocen dla każdej ze składowych w grupie pacjentów, którzy wskazali na kompetencje personelu jako najgorzej oceniany element świadczenia usług w stosunku do pozostałych pacjentów ( $p < 0,001$  dla każdej ze składowych) (**Tabela 25**).

W analizie dotyczącej uprzejmości personelu stwierdzono istotnie niższy poziom ( $p < 0,001$ ) dla każdej ze składowych tego elementu u osób, które wskazały uprzejmość personelu jako najgorzej oceniony aspekt świadczenia usług w stosunku do osób, które uprzejmości personelu nie ocenili najgorzej (**Rycina 22** i **Tabela 26** i **27**).



**Rycina 21.** Kompetencje personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 24.** Statystyki opisowe dla składowych kompetencji personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

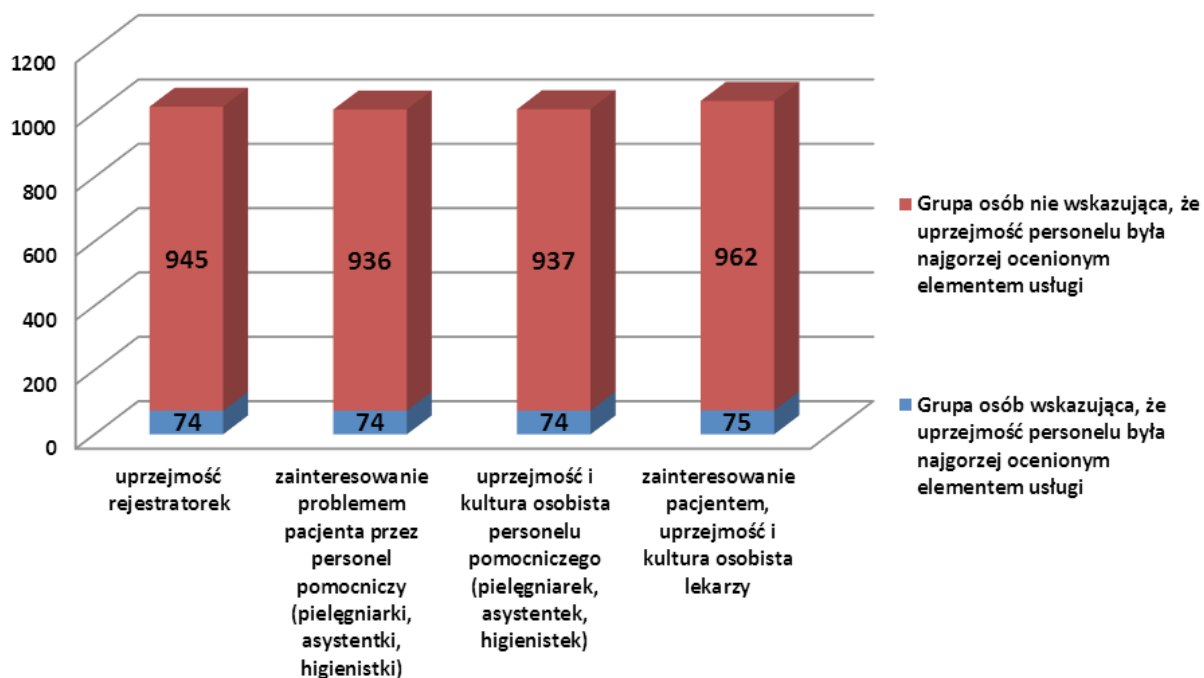
Zmienna	<i>n</i>	Media-na	Mini-mum	Maksi-mum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że kompetencje personelu były najgorzej ocenionym elementem usługi						
czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia formalności podczas rejestracji	45	7,0	0,0	10,0	5,0	9,0
informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze	45	6,0	0,0	10,0	4,0	8,0
fachowość udzielania świadczeń	45	7,0	0,0	10,0	5,0	9,0
Grupa osób nie wskazująca, że kompetencje personelu były najgorzej ocenionym elementem usługi						
czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia formalności podczas rejestracji	990	8,0	0,0	10,0	6,0	10,0
informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze	992	9,0	0,0	10,0	7,0	10,0
fachowość udzielania świadczeń	991	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 25.** Istotność statystyczna w zakresie kompetencji personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: kompetencje personelu Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum rang NIE	Sum rang TAK	Z popraw.	$p$	$n$ ważn. NIE	$n$ ważn. TAK
Czas oczekiwania na rejestrację oraz szybkość i sprawność załatwienia formalności podczas rejestracji	519768,0	16362,00	3,625881	0,000288	990	45
Informowanie wyjaśniające plan i procedury lecznicze	524298,5	13904,50	4,960841	0,000001	992	45
Fachowość udzielania świadczeń	524222,0	12944,00	5,552897	0,000000	991	45

Źródło: opracowanie własne



**Rycina 22.** Uprzejmość personelu, jako najgorzej oceniany element usługi. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 26.** Statystyki opisowe dla składowych uprzejmości personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	<i>n</i>	Me- diana	Mini- mum	Maksi- mum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że uprzejmość personelu była najgorzej ocenionym elementem usługi						
uprzejmość rejestratorek	74	6,0	1,0	10,0	4,0	9,0
zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	74	5,0	0,0	10,0	3,0	8,0
uprzejmość i kultura osobista personelu pomocniczego (pielęgniarek, asystentek, higienistek)	74	6,0	0,0	10,0	4,0	8,0
zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy	75	6,0	0,0	10,0	4,0	9,0
Grupa osób nie wskazująca, że uprzejmość personelu była najgorzej ocenionym elementem usługi						
uprzejmość rejestratorek	945	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	936	8,0	0,0	10,0	7,0	10,0
uprzejmość i kultura osobista personelu pomocniczego (pielęgniarek, asystentek, higienistek)	937	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0
zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy	962	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0

Źródło: opracowanie własne

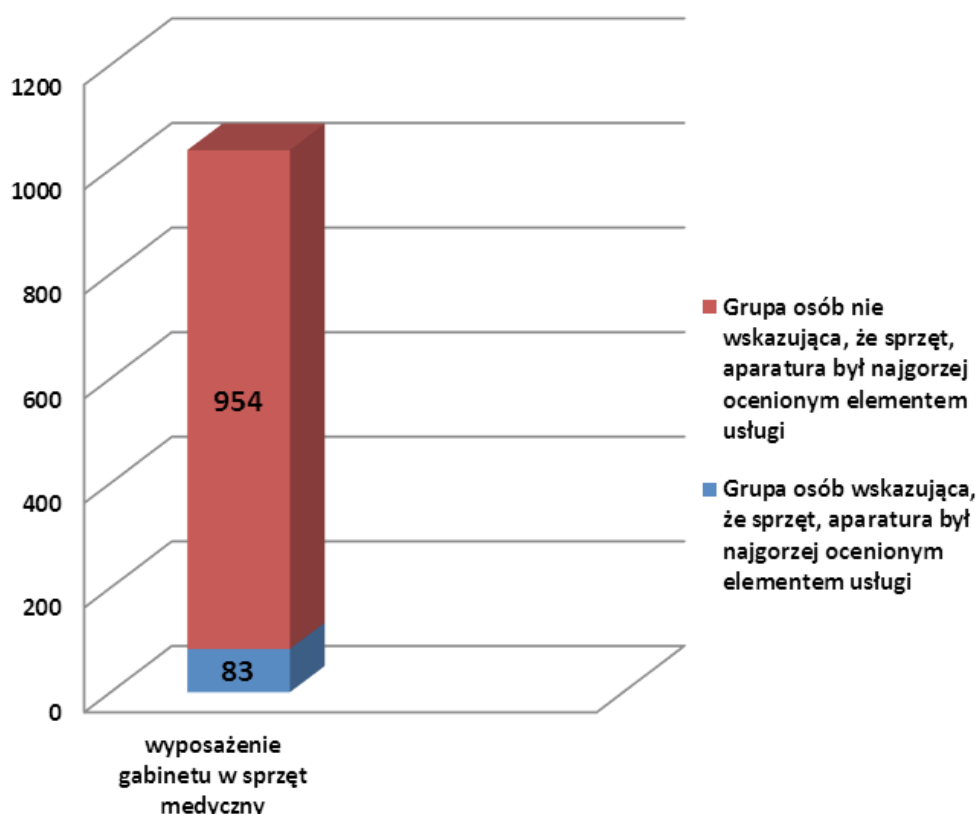
**Tabela 27.** Istotność statystyczna w zakresie uprzejmości personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: 27. uprzejmość personelu Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang NIE	Sum. rang TAK	Z po- praw.	<i>p</i>	<i>n</i> ważn. NIE	<i>n</i> ważn. TAK
Uprzejmość rejestratorek	499326,0	20364,00	7,503341	0,000000	945	74
Zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	490389,0	20166,00	7,271517	0,000000	936	74
Zainteresowanie problemem pacjenta przez personel pomocniczy (pielęgniarki, asystentki, higienistki)	493427,0	18139,00	8,296290	0,000000	937	74
Zainteresowanie pacjentem, uprzejmość i kultura osobista lekarzy	518851,0	19352,00	8,291510	0,000000	962	75

Źródło: opracowanie własne

Dla elementu sprzęt i aparatura medyczna, stwierdzono istotnie statystycznie niższy poziom ocen dla zmiennej: wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny ( $p < 0,001$ ) w grupie osób wskazujących na sprzęt i aparaturę medyczną jako najgorzej oceniany element świadczonej usługi (**Rycina 23, Tabele 28 i 29**).

Wśród najgorzej ocenianych elementów analizie poddano ocenę godzin przyjęć. Wykazano, że ocena dogodności terminów wizyt była istotnie niższa ( $p < 0,001$ ) wśród osób wskazujących na godziny przyjęć jako najgorszy element świadczenia usług (**Rycina 24, Tabele 30 i 31**).



**Rycina 23.** Sprzęt i aparatura medyczna, jako najgorzej oceniany element usługi. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 28.** Statystyki opisowe dla oceny wyposażenia gabinetu w sprzęt i aparaturę medyczną, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	<i>n</i>	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że sprzęt, aparatura był najgorzej ocenionym elementem usługi						
wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny	83	7,0	2,0	10,0	5,0	9,0
Grupa osób nie wskazująca, że sprzęt, aparatura był najgorzej ocenionym elementem usługi						
wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny	954	9,0	0,0	10,0	8,0	10,0

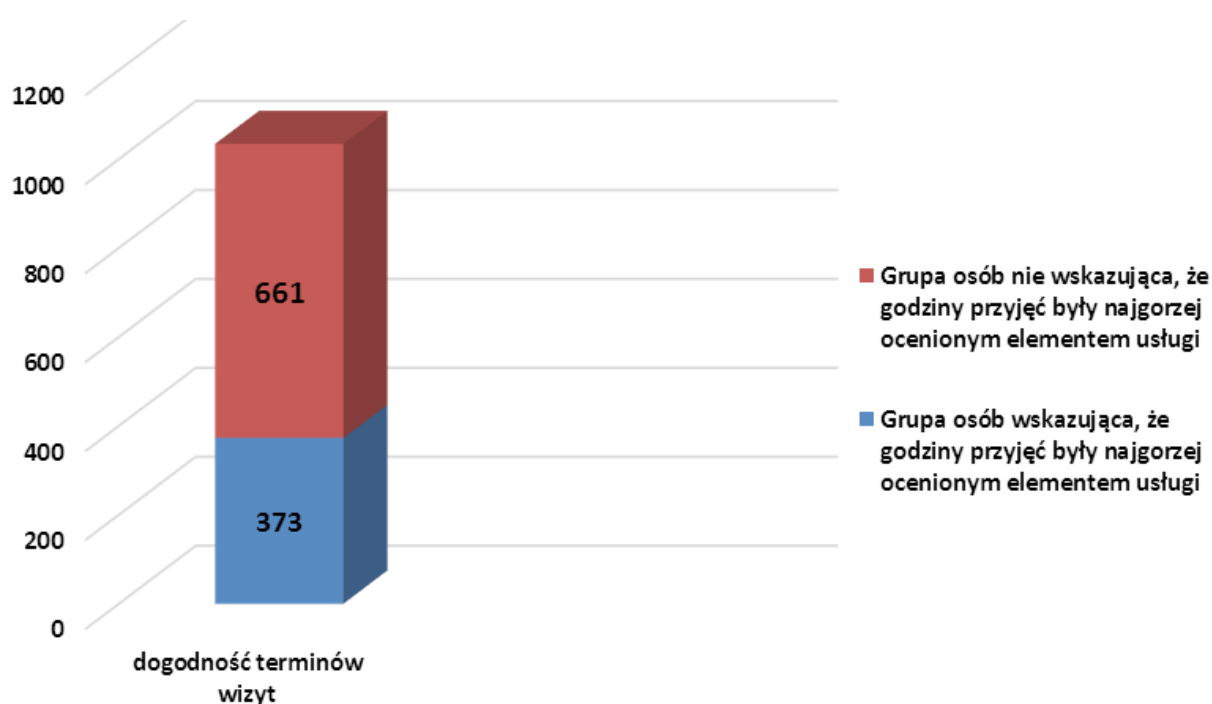
Źródło: opracowanie własne



**Tabela 29.** Istotność statystyczna w zakresie wyposażenia gabinetu w sprzęt i aparaturę medyczną, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: sprzęt, aparatura medyczna Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang NIE	Sum. rang TAK	Z popraw.	$p$	$n$ ważn. NIE	$n$ ważn. TAK
Wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny	516169,0	22034,00	8,415851	0,000000	954	83

Źródło: opracowanie własne



**Rycina 24.** Dogodność terminów wizyt, jako najgorzej oceniany element satysfakcji. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 30.** Statystyki opisowe dla oceny dogodność terminów wizyt, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	$n$	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Grupa osób wskazująca, że godziny przyjęć były najgorzej ocenionym elementem usługi						
dogodność terminów wizyt	373	6,0	0,0	10,0	4,0	8,0
Grupa osób nie wskazująca, że godziny przyjęć były najgorzej ocenionym elementem usługi						
dogodność terminów wizyt	661	8,0	0,0	10,0	6,0	10,0

Źródło: opracowanie własne

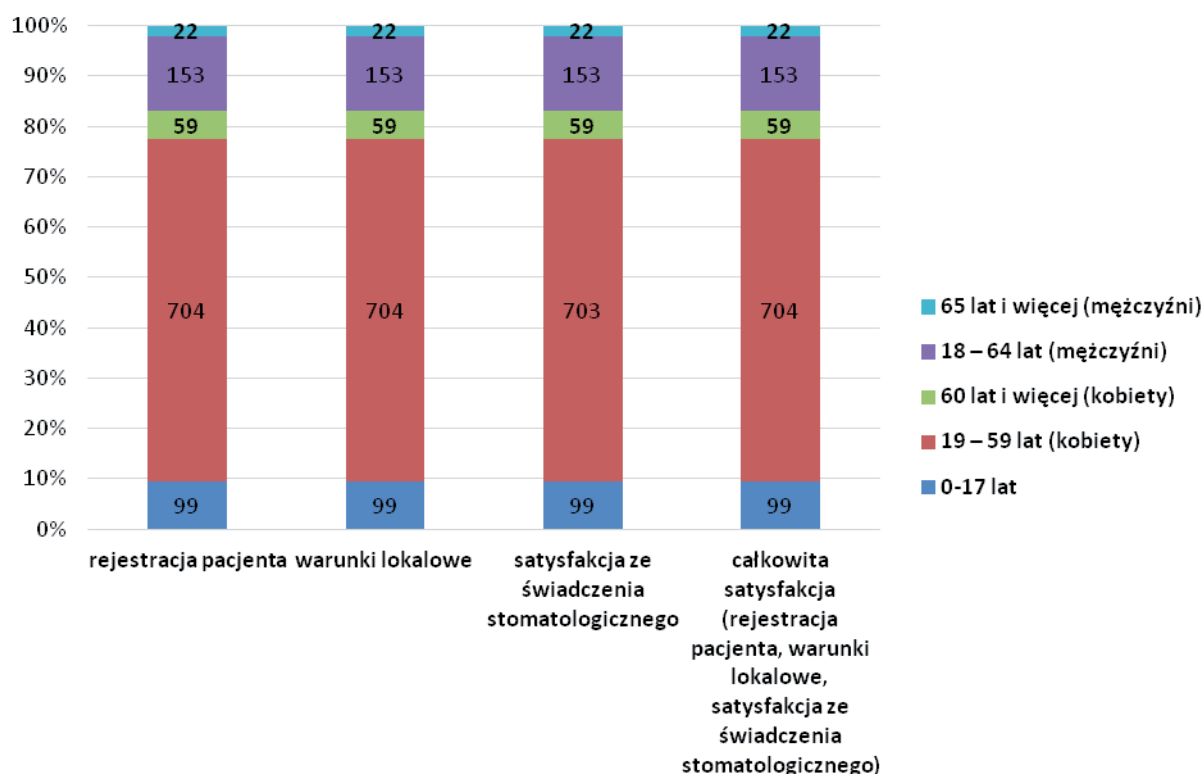
**Tabela 31.** Istotność statystyczna w zakresie dogodności terminów przyjęć, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: 27. godziny przyjęć Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang NIE	Sum. rang TAK	Z popraw.	$p$	$n$ ważn. NIE	$n$ ważn. TAK
Dogodność terminów wizyt	383854,0	151241,0	9,170446	0,000000	661	373

Źródło: opracowanie własne

### 5.3. Wiek ankietowanego

Porównanie satysfakcji ze świadczonych usług stomatologicznych w poszczególnych obszarach dokonano pod względem wieku ankietowanych. Stwierdzono, że satysfakcja różnicuje przedziały wieku ankietowanych wyłącznie w obszarze rejestracja i różni się pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi ( $p = 0,022$ ). Dla pozostałych obszarów satysfakcji (satysfakcja z warunków lokalowych, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego oraz całkowita satysfakcja) nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi, odpowiednio  $p = 0,223$ ,  $p = 0,598$ ,  $p = 0,239$ .



**Rycina 25.** Przedstawienie graficzne licznosci z uwzględnieniem wieku ankietowanych w obszarach satysfakcji. Źródło: opracowanie własne

Różnice w poziomie satysfakcji pacjenta z obszaru rejestracja dotyczą: kobiet w wieku 18–59 lat i osób w wieku 0–17 lat ( $p = 0,015$ ). Satysfakcja pacjenta z obszaru rejestracja była istotnie wyższa w grupie kobiet w wieku 18–59 lat (mediana = 42,0) niż w wieku 0–17 lat (mediana = 38,0) (**Ryciny 25, 26** oraz **Tabele 32–36**).

**Tabela 32.** Statystyki opisowe dla poszczególnych obszarów satysfakcji pacjentów względem wieku, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji

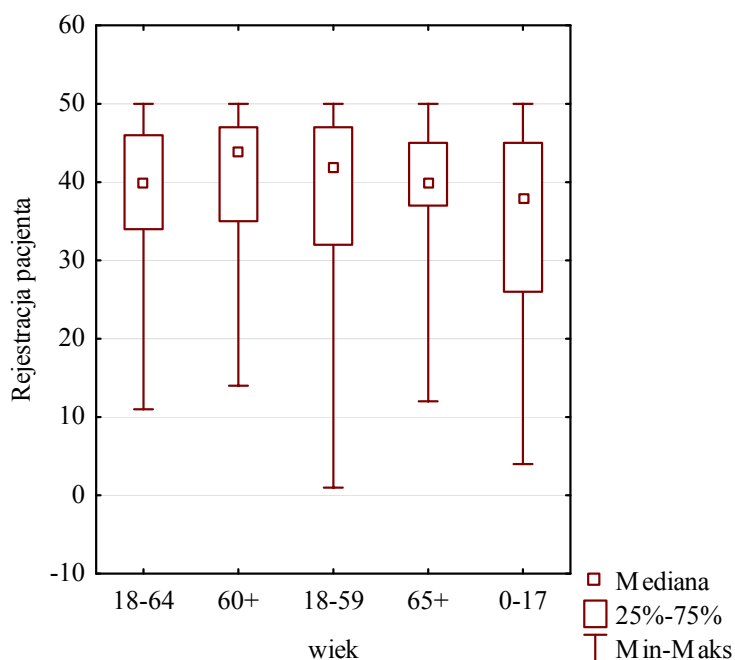
Zmienna	<i>n</i>	Me- diana	Mini- mum	Maksi- mum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
0–17 lat						
rejestracja pacjenta	99	38,0	4,0	50,0	26,0	45,0
warunki lokalowe	99	37,0	5,0	40,0	29,0	40,0
satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	99	66,0	14,0	80,0	49,0	74,0
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	99	139,0	31,0	170,0	102,0	160,0
18–59 lat (kobiety)						
rejestracja pacjenta	704	42,0	1,0	50,0	32,0	47,0
warunki lokalowe	704	37,0	6,0	40,0	32,0	40,0
satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	703	67,0	2,0	80,0	55,0	76,0
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	704	143,0	9,0	170,0	121,0	160,0
60 lat i więcej (kobiety)						
rejestracja pacjenta	59	44,0	14,0	50,0	35,0	47,0
warunki lokalowe	59	38,0	20,0	40,0	32,0	40,0
satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	59	69,0	26,0	80,0	59,0	77,0
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	59	147,0	69,0	170,0	130,0	160,0
18–64 lat (mężczyźni)						
rejestracja pacjenta	153	40,0	11,0	50,0	34,0	46,0
warunki lokalowe	153	35,0	13,0	40,0	32,0	40,0
satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	153	66,0	15,0	80,0	57,0	76,0
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	153	139,0	48,0	170,0	128,0	159,0
65 lat i więcej (mężczyźni)						
rejestracja pacjenta	22	40,0	12,0	50,0	37,0	45,0
warunki lokalowe	22	38,0	12,0	40,0	34,0	40,0
satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	22	71,5	27,0	80,0	57,0	76,0
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	22	150,0	64,0	170,0	122,0	158,0

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 33.** Istotność statystyczna dla satysfakcji, względem wieku z obszaru rejestracja

Zależna: rejestracja pacjenta	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; rejestracja satysfakcja Zmienna niezależna (grupująca): wiek Test Kruskala-Wallisa: $H(4, n = 1037) = 11,47535$ $p = 0,0217$							
	<i>n</i> ważnych	Suma Rang	Średnia Ranga	18-64 R:514,49	60+ R:561,94	18-59 R:529,43	65+ R:514,91	0-17 R:427,13
18-64	153	78717,5	514,4935		1,000000	1,000000	1,000000	0,237227
60+	59	33154,5	561,9407	1,000000		1,000000	1,000000	0,062027
18-59	704	372717,5	529,4283	1,000000	1,000000		1,000000	0,014614
65+	22	11328,0	514,9091	1,000000	1,000000	1,000000		1,000000
0-17	99	42285,5	427,1263	0,237227	0,062027	0,014614	1,000000	

Źródło: opracowanie własne



**Rycina 26.** Przedstawienie graficzne satysfakcji względem wieku ankietowanych z obszaru rejestracja. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 34.** Istotność statystyczna dla satysfakcji względem wieku z obszaru warunki lokalowe

Zależna: warunki lokalowe	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; lokal satysfakcja Zmienna niezależna (grupująca): wiek Test Kruskala-Wallisa: $H(4, n = 1037) = 5,697912$ $p = 0,2229$		
	<i>n</i> ważnych	Suma Rang	Średnia Ranga
18-64	153	73613,5	481,1340
60+	59	33305,5	564,5000
18-59	704	370002,5	525,5717
65+	22	12515,5	568,8864
0-17	99	48766,0	492,5859

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 35.** Istotność statystyczna dla satysfakcji względem wieku z obszaru satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego

Zależna: satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; obszar satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego Zmienna niezależna (grupująca): wiek Test Kruskala-Wallisa: $H(4, n = 1036) = 2,765881$ $p = 0,5977$		
	$n$ ważnych	Suma Rang	Średnia Ranga
18–64	153	80711,5	527,5261
60+	59	32513,0	551,0678
18–59	703	364037,0	517,8336
65+	22	12266,5	557,5682
0–17	99	47638,0	481,1919

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 35.** Istotność statystyczna dla satysfakcji względem wieku z obszaru satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego

Zależna: satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; obszar satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego Zmienna niezależna (grupująca): wiek Test Kruskala-Wallisa: $H(4, n = 1036) = 2,765881$ $p = 0,5977$		
	$n$ ważnych	Suma Rang	Średnia Ranga
18–64	153	80711,5	527,5261
60+	59	32513,0	551,0678
18–59	703	364037,0	517,8336
65+	22	12266,5	557,5682
0–17	99	47638,0	481,1919

Źródło: opracowanie własne

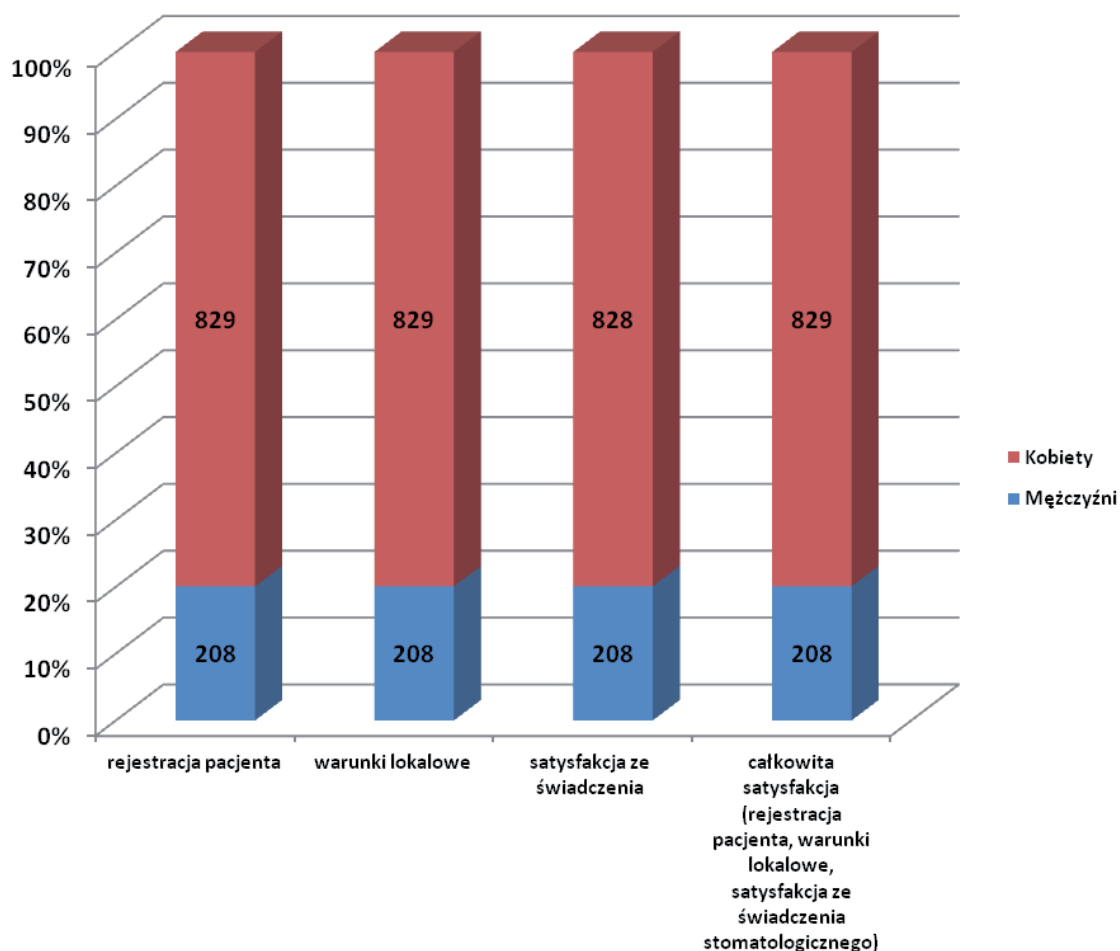
**Tabela 36.** Istotność statystyczna dla całkowitej satysfakcji względem wieku łącznie z trzech obszarów

Zależna: całkowita satysfakcja	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; całkowita satysfakcja Zmienna niezależna (grupująca): wiek Test Kruskala-Wallisa: $H(4, n = 1037) = 5,505901$ $p = 0,2392$		
	$n$ ważnych	Suma Rang	Średnia Ranga
18–64	153	79169,0	517,4444
60+	59	33018,0	559,6271
18–59	704	368401,5	523,2976
65+	22	12175,0	553,4091
0–17	99	45439,5	458,9848

Źródło: opracowanie własne

#### 5.4. Płeć ankietowanego

W odniesieniu do płci ankietowanych nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w żadnym z obszarów badanej całkowitej satysfakcji z udzielonych świadczeń stomatologicznych (**Rycina 27** oraz **Tabele 37 i 38**).



**Rycina 27.** Przedstawienie graficzne licznosci z uwzględnieniem płci ankietowanych w obszarach satysfakcji. Źródło: opracowanie własne

**Tabela 37.** Statystyki opisowe dla poszczególnych obszarów satysfakcji względem płci

Zmienna	<i>n</i>	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Mężczyzna						
rejestracja pacjenta	208	40,0000	11,00000	50,0000	34,0000	46,0000
warunki lokalowe	208	36,0000	12,00000	40,0000	32,0000	40,0000
satysfakcja ze świadczenia	208	67,0000	15,00000	80,0000	57,0000	76,0000
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	208	141,0000	48,00000	170,0000	126,0000	158,5000
Kobieta						
rejestracja pacjenta	829	41,0000	1,000000	50,0000	32,0000	47,0000
warunki lokalowe	829	37,0000	5,000000	40,0000	32,0000	40,0000
satysfakcja ze świadczenia	828	66,5000	2,000000	80,0000	55,0000	76,0000
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	829	143,0000	9,000000	170,0000	121,0000	160,0000

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 38.** Istotność statystyczna dla poszczególnych obszarów satysfakcji względem płci

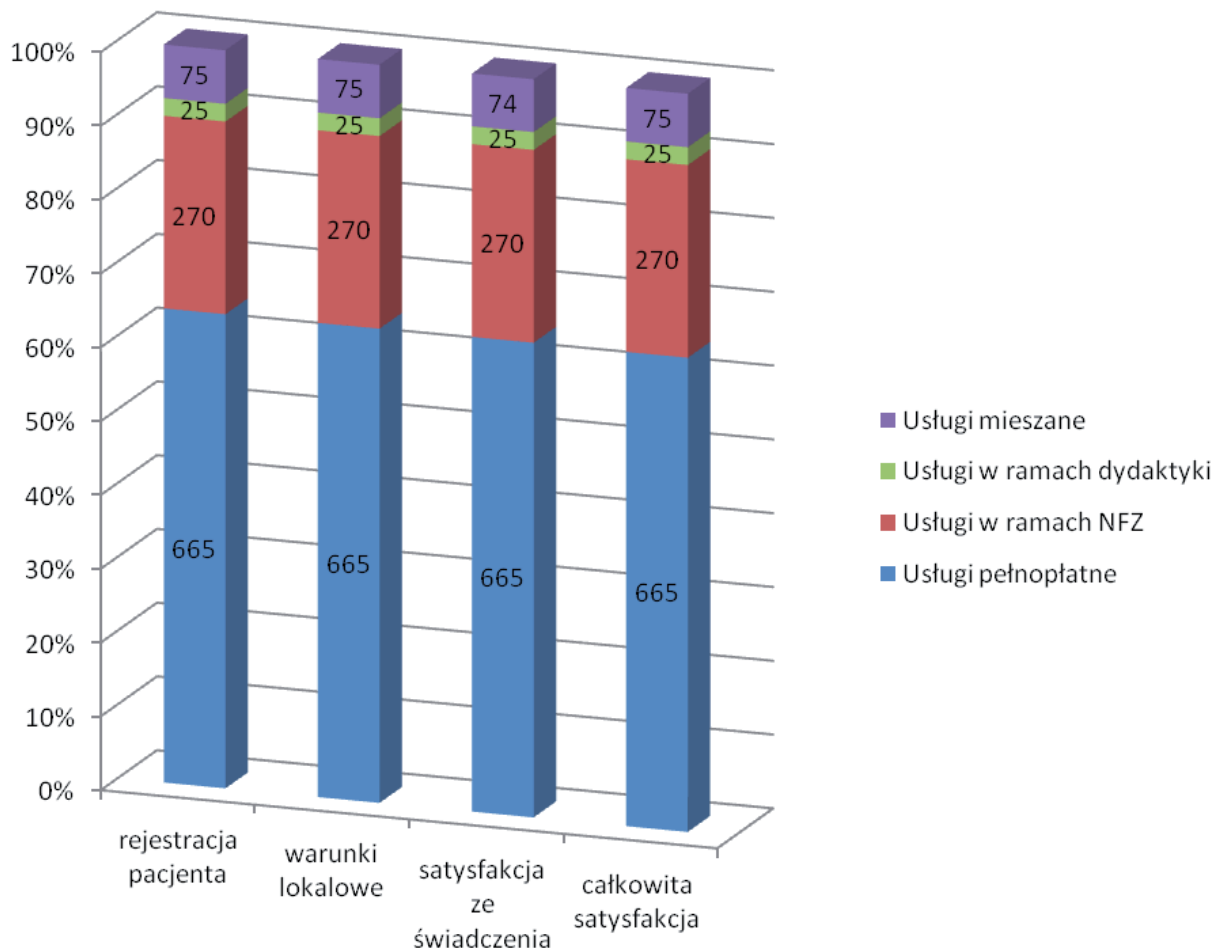
Zmienna	Test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość) Względem zmiennej: płeć Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05000$					
	Sum. rang M	Sum. rang K	Z popraw.	<i>p</i>	<i>n</i> ważn. M	<i>n</i> ważn. K
Rejestracja pacjenta	105631,0	432572,0	-0,60228	0,546989	208	829
Warunki lokalowe	103134,5	435068,5	-1,26644	0,205357	208	829
Satysfakcja ze świadczenia	110274,5	426891,5	0,62998	0,528708	208	828
Całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	108022,0	430181,0	0,01800	0,985635	208	829

Źródło: opracowanie własne

### 5.5. Rodzaj finansowania usług stomatologicznych

Analizą objęto ocenę satysfakcji względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego. Analiza wykazała istotne statystycznie różnice w poziomie satysfakcji pomiędzy pacjentami korzystającymi z różnych form finansowania świadczeń dla każdego obszaru satysfakcji: rejestracja pacjenta ( $p < 0,001$ ), satysfakcja z warunków lokalowych ( $p < 0,001$ ), satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego ( $p = 0,035$ ) oraz całkowita satysfakcja ( $p = 0,001$ ).

W przypadku satysfakcji z obszaru rejestracja pacjenta, istotnie statystycznie różnice dotyczyły osób korzystających z usługi pełnopłatnej w porównaniu do osób korzystających z usług w ramach NFZ ( $p = 0,001$ ) i do osób korzystających z usług mieszanych ( $p = 0,001$ ), z wyższym poziomem u osób płacących za usługę (odpowiednio mediana = 42,0 dla usług pełnopłatnych, mediana = 39,5 dla usług w ramach NFZ i mediana = 37,0 dla usług mieszanych). Dla satysfakcji z warunków lokalowych poziom satysfakcji dla pacjentów korzystających z usług płatnych był istotnie wyższy od satysfakcji osób które korzystały ze pozostałych świadczeń: w ramach NFZ ( $p < 0,001$ ), usług mieszanych ( $p = 0,021$ ), świadczeń wykonywanych w ramach dydaktyki ( $p = 0,012$ ). Mediana = 38,0



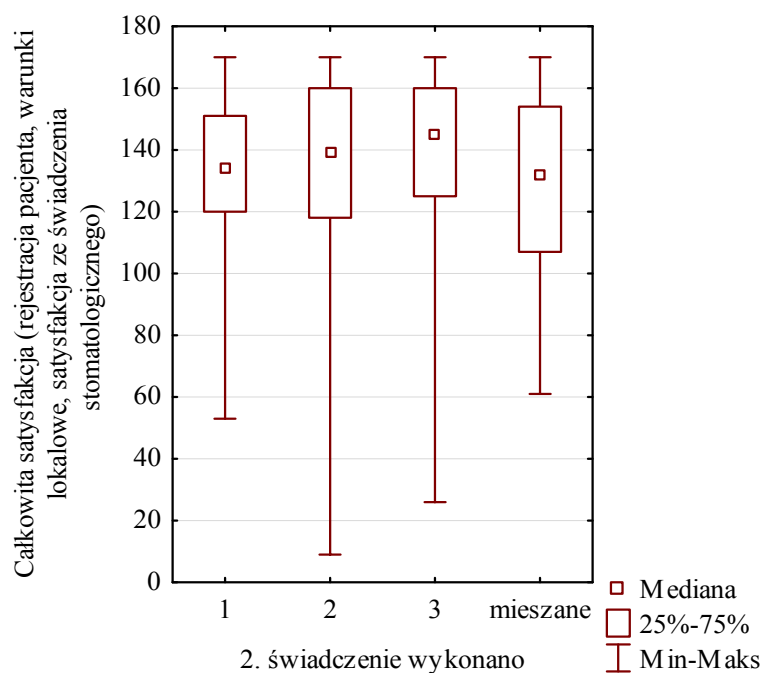
**Rycina 28.** Przedstawienie graficzne liczności osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych w ramach procesu dydaktycznego, NFZ, usługa pełnopłatna oraz mieszane (jeżeli podano więcej niż jeden rodzaj finansowania). Źródło: opracowanie własne



dla usług pełnopłatnych, mediana = 36,0 dla usług bezpłatnych, mediana = 35,0 dla usług mieszanych i mediana = 32,0 dla usług w ramach dydaktyki).

Z kolei satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego była wyższa w grupie osób korzystającymi z usług płatnych w stosunku do osób korzystających z usług mieszanych ( $p = 0,027$ ), mediana = 67 dla usług pełnopłatnych, mediana = 60 dla usług mieszanych.

W odniesieniu do całkowitej satysfakcji z usługi, jej poziom był istotnie wyższy dla pacjentów korzystających z usługi pełnopłatnej w stosunku do osób korzystających z usług mieszanych ( $p = 0,002$ ), mediana = 145,0 dla usług pełnopłatnych, mediana = 132,0 dla usług mieszanych (**Ryciny 28, 29 i Tabele 39–43**).



**Rycina 29.** Przedstawienie graficzne całkowitej satysfakcji względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego (usługa w ramach zajęć dydaktycznych, NFZ, usługa pełnopłatna, usługi mieszane). Źródło: opracowanie własne

**Tabela 39.** Statystyki opisowe dla poszczególnych obszarów satysfakcji pacjentów względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego

Zmienna	<i>n</i>	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Usługi pełnopłatne						
rejestracja pacjenta	665	42,0000	2,00000	50,0000	34,0000	47,0000
warunki lokalowe	665	38,0000	5,00000	40,0000	33,0000	40,0000
satysfakcja ze świadczenia	665	67,0000	9,00000	80,0000	56,0000	76,0000
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	665	145,0000	26,00000	170,0000	125,0000	160,0000
Usługi w ramach NFZ						
rejestracja pacjenta	270	39,5000	1,000000	50,0000	30,0000	46,0000
warunki lokalowe	270	36,0000	6,000000	40,0000	29,0000	40,0000
satysfakcja ze świadczenia	270	67,0000	2,000000	80,0000	56,0000	77,0000
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	270	139,5000	9,000000	170,0000	118,0000	160,0000
Usługi w ramach dydaktyki						
rejestracja pacjenta	25	40,0000	11,00000	50,0000	32,0000	42,0000
warunki lokalowe	25	32,0000	20,00000	40,0000	29,0000	36,0000
satysfakcja ze świadczenia	25	65,0000	20,00000	80,0000	58,0000	72,0000
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	25	134,0000	53,00000	170,0000	120,0000	151,0000
Usługi mieszane						
rejestracja pacjenta	75	37,0000	9,00000	50,0000	27,0000	44,0000
warunki lokalowe	75	35,0000	16,00000	40,0000	30,0000	38,0000
satysfakcja ze świadczenia	74	60,0000	26,00000	80,0000	52,0000	71,0000
całkowita satysfakcja (rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego)	75	132,0000	61,00000	170,0000	107,0000	154,0000

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 40.** Istotność statystyczna dla obszaru rejestracja pacjenta pod względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego

Zależna: Obszar rejestracja pacjenta	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; Zmienna niezależna (grupująca): 2. świadczenie wykonano 1 Test Kruskala-Wallisa: $H(3, N = 1035) = 21,72708$ $p = 0,0001$						
	<i>n</i> waż- nych	Suma Rang	Średnia Ranga	w ra- mach dydak- tyki R:447,94	NFZ R:481,62	usługa pełno- płatna R:547,56	(dydak- tyka, peł- nopłatna, NFZ) R:410,23
Świadczenie wykonane w ramach dydaktyki	25	11198,5	447,9400		1,000000	0,611254	1,000000
Świadczenie wykonane w ramach NFZ	270	130038,0	481,6222	1,000000		0,013427	0,403637
Świadczenie wykonane w ramach usługi pełnopłatnej	665	364126,5	547,5586	0,611254	0,013427		0,000973
Świadczenie wykonane w ramach dydaktyki, NFZ, pełnopłatne	75	30767,0	410,2267	1,000000	0,403637	0,000973	

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 41.** Istotność statystyczna dla obszaru warunki lokalowe pod względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego

Zależna: Obszar warunki lokalowe	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; Zmienna niezależna (grupująca): 2. świadczenie wykonano 1 Test Kruskala-Wallisa: $H(3, N = 1035) = 32,09395$ $p = 0,0000$						
	<i>n</i> waż- nych	Suma Rang	Średnia Ranga	w ra- mach dydak- tyki R:447,94	NFZ R:481,62	usługa pełno- płatna R:547,56	(dydak- tyka, peł- nopłatna, NFZ) R:410,23
Świadczenie wykonane w ramach dydaktyki	25	9188,0	367,5200		0,851843	0,012275	1,000000
Świadczenie wykonane w ramach NFZ	270	124007,5	459,2870	0,851843		0,000051	1,000000
Świadczenie wykonane w ramach usługi pełnopłatnej	665	369274,0	555,2992	0,012275	<b>0,000051</b>		0,020685
Świadczenie wykonane w ramach dydaktyki, NFZ, pełnopłatne	75	33660,5	448,8067	1,000000	1,000000	0,020685	

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 42.** Istotność statystyczna dla obszaru satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego względem rodzaju finansowania świadczenia

Zależna: Obszar satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; Zmienna niezależna (grupująca): 2. świadczenie wykonano 1 Test Kruskala-Wallisa: $H(3, N = 1034) = 8,629961$ $p = 0,0346$						
	<i>n</i> ważnych	Suma Rang	Średnia Ranga	w ramach dydaktyki R:447,94	NFZ R:481,62	usługa pełnopłatna R:547,56	(dydaktyka, pełnopłatna, NFZ) R:410,23
świadczenie wykonane w ramach dydaktyki	25	12035,0	481,4000		1,000000	1,000000	1,000000
świadczenie wykonane w ramach NFZ	270	141576,5	524,3574	1,000000		1,000000	0,056543
świadczenie wykonane w ramach usługi pełnopłatnej	665	350209,5	526,6308	1,000000	1,000000		0,026892
świadczenie wykonane w ramach dydaktyki, NFZ, pełnopłatne	74	31274,0	422,6216	1,000000	0,056543	0,026892	

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 43.** Istotność statystyczna dla obszaru całkowita satysfakcja względem rodzaju finansowania świadczenia

Zależna: Obszar: całkowita satysfakcja	ANOVA rang Kruskala-Wallisa; Zmienna niezależna (grupująca): 2. świadczenie wykonano 1 Test Kruskala-Wallisa: $H(3, N = 1035) = 16,78688$ $p = 0,0008$						
	<i>n</i> ważnych	Suma Rang	Średnia Ranga	w ramach dydaktyki R:447,94	NFZ R:481,62	usługa pełnopłatna R:547,56	(dydaktyka, pełnopłatna, NFZ) R:410,23
świadczenie wykonane w ramach dydaktyki	25	11105,5	444,2200		1,000000	0,645480	1,000000
świadczenie wykonane w ramach NFZ	270	133443,5	494,2352	1,000000		0,156784	0,230289
świadczenie wykonane w ramach usługi pełnopłatnej	665	360573,0	542,2150	0,645480	0,156784		0,002431
świadczenie wykonane w ramach dydaktyki, NFZ, pełnopłatne	75	31008,0	413,4400	1,000000	0,230289	0,002431	

Źródło: opracowanie własne

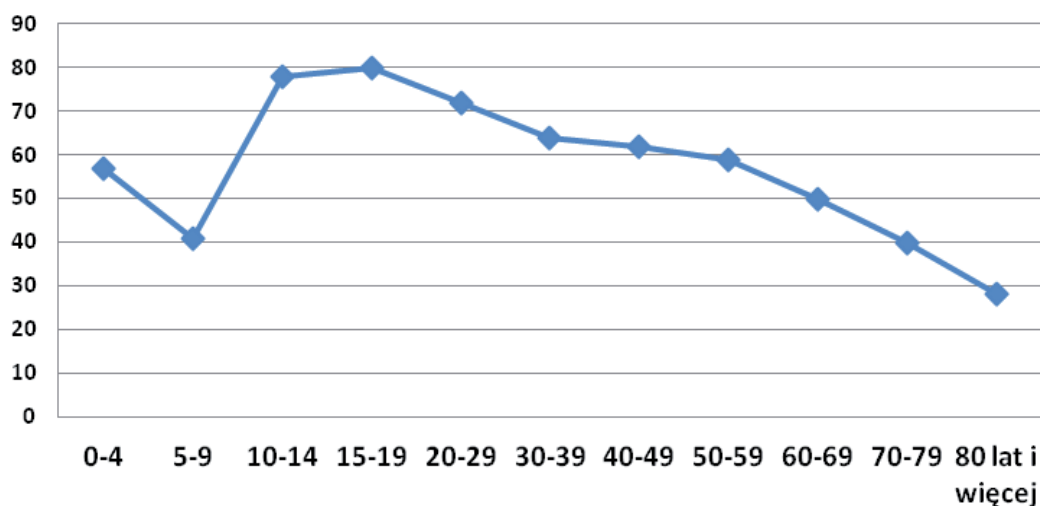
## 5.6. Podsumowanie wyników w zakresie całkowitej satysfakcji

1. Porównanie całkowitej satysfakcji ze świadczonych usług stomatologicznych w trzech obszarach: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego było istotne statystycznie dla ( $p$ ) wysoko przekraczającym  $p < 0,05$ , jak również niezależnie od płci i w większości elementów w analizowanych obszarach satysfakcji od wieku ankietowanego — wyjątek obszar rejestracja pacjenta dla wieku 0–17.
2. Analizując elementy z poszczególnych obszarów najważniejszymi są kompetencje i uprzejmość podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym, które są oparte na kontakcie interpersonalnym zespół medyczny a pacjent. W obszarze rejestracja pacjenta, czas oczekiwania, szybkość, sprawność i kultura personelu, informacje uzyskiwane w odniesieniu do planu i procedury leczniczej oraz fachowość udzielanego świadczenia.
3. Najmniej istotnymi elementami trzech obszarów w zakresie całkowitej satysfakcji ze świadczonych usług stomatologicznych były wyposażenie gabinetu w sprzęt i aparaturę medyczną, a także dogodność terminów wizyt.

## 6. Omówienie wyników i dyskusja

Istnieje potrzeba przeprowadzania badań poziomu satysfakcji wśród społeczeństwa, co potwierdziły wyniki projektu badawczego niniejszej rozprawy doktorskiej. Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że na satysfakcję pacjenta korzystającego z usług stomatologicznych wpływa wiele czynników ujętych w trzech obszarach w których analizowano satysfakcję: rejestracja pacjenta (uwzględniający czas oczekiwania na rejestrację, uprzejmość rejestratorek, przydatność otrzymanych od rejestratorek informacji, dostępność do rejestracji telefonicznej, jak również dogodność terminów wizyt), warunki lokalowe (ocena topografii, czystość pomieszczeń niemedyceńskich i gabinetów medycznych, wyposażenia gabinetów w sprzęt medyczny) oraz obszaru satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego (dostępność do świadczeń stomatologicznych, czasu oczekiwania na wykonanie świadczenia zdrowotnego, uprzejmość, kultura osobista i zainteresowanie problemem ankietowanego ze strony personelu pomocniczego i lekarzy, wyjaśnienia planu i procedury leczniczej, fachowość udzielania świadczenia oraz całościowego wykonania usługi stomatologicznej). Wszyscy ankietowani uznali, że każdy z ocenianych obszarów, we wszystkich jego elementach był ważny stąd uzyskane istotności statystyczne były tak wysokie, że nie było możliwe podanie ich wartości — można je było wyłącznie podać jako 0,000000.

Należy jednak podkreślić, że na rozdysponowane 1800 ankiet otrzymano zwrotnie 1263 z czego 226 osób, zatem około 18% ankietowanych wypełniło tylko metryczkę gdyż nie korzystało w 2017 roku z żadnych usług stomatologicznych, takich jak: przeglądy, zabiegi profilaktyczne czy lecznicze. Jest to informacja, nad którą należałoby się pochylić, gdyż wskazuje na słabości w korzystaniu z zaleceń edukacji prozdrowotnej. Dlatego konieczne jest przeprowadzenie bardziej szczegółowej analizy zważywszy, że nie był to odosobniony problem, co potwierdzają dane uzyskane z piśmiennictwa. Wroński [2011a] badając grupę 120 osób wykazał, że 95 z nich odwiedzało gabinet rzadziej niż raz w roku, czyli z usług stomatologicznych nie skorzystało z około 79% badanych. Jest to znacznie wyższy odsetek w porównaniu z uzyskanymi przeze mnie (18%), co z pewnością spowodowane było różnicą liczebności osób ankietowanych.



**Rycina 30.** Osoby korzystające ze świadczeń stomatologicznych w Polsce (dane w procentach). Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS [GUS, 2015]

Według badań GUS [GUS, 2015] częstotliwość korzystania z usług stomatologicznych spada wraz z wiekiem. Odnosząc się do badań własnych, na 226 respondentów, którzy w 2017 roku nie skorzystali z usług stomatologicznych najliczniej reprezentowane były osoby w wieku produkcyjnym. Liczebności respondentów, którzy wypełnili wyłącznie metryczkę i pierwsze pytanie wskazują na osoby w przedziałach wieku: 0–17 — 7 osób, w przedziale wieku 18–59 — 129 osób, 18–64 lat — 70 osób, 60 lat i powyżej — 11 osób i w przedziale powyżej 65 roku — 9 osób.

Natomiast fakt, że około 40–60 procent osób, do których kieruje się ankietę nie bierze udziału w takim badaniu, czyli nie odsyła ankiet jest podkreślane w piśmiennictwie [Tomaszewski i wsp., 2017].

Niezwykle ważnym jest, że w wypełnionych ankietach SERVDENT wszystkie czynniki w trzech analizowanych obszarach satysfakcji z usług stomatologicznych były istotne statystycznie dla ogółu ankietowanych niezależnie od wieku i płci, stąd w dalszych rozważaniach analizowanoankiety zbiorczo, tym bardziej, że proporcja płci wynosiła 1:4 na korzyść kobiet.

W moim badaniu ocena, w zakresie wybranych składowych satysfakcji, była w skali 10 punktowej, jednakże w cytowanym w pracy doktorskiej piśmiennictwie skale są różne, w odmiennie ujętych pytaniach czy też zakresach badanego wymiaru satysfakcji, a także różnie są składowe punktowane. I tak np.: Bukowska-Piastryńska [2008] przy zastosowaniu metody SERVQUAL (w badaniu udział wzięło 65 osób z terenu województwa łódzkiego), dokonała oceny zadowolenia ze świadczeń stomatologicznych, w oparciu o 5 opracowanych wymiarów, które dotyczyły: wymiaru materialnego — jak placówka i jej wyposażenie, ka-

dra oraz wymiarów niematerialnych: niezawodność (poprawność wykonania usługi); reagowanie na oczekiwania pacjenta; kompetencje (wiedza kwalifikacje, uprzejmość); empatia. Oceny dokonywano w 7 punktowej skali. Pacjenci wysoko, powyżej 6, ocenili swoje oczekiwania co do jakości usług stomatologicznych, natomiast materiały informacyjne w gabinecie ocenili poniżej 4. Oczekiwań pacjentów nie spełniła również punktualność rozpoczęcia wizyty, oraz relacje panujące wśród pracowników. Autorka tego artykułu wskazuje na ważność relacji interpersonalnych pacjent/lekarz/pielęgniarka [Bukowska-Piastryńska, 2008]. W badaniu przeprowadzonym przeze mnie także obszar świadczenia usługi był najwyższym ocenionym przez ankietowanych a w grupie najmłodszej obszar rejestracja pacjenta był najniższym ocenionym, ale ten element stanowi wyjątek w przedstawionych wynikach projektu rozprawy doktorskiej. Nie wyeksponowano tych respondentów, stanowiących około 10% ankietowanych właśnie ze względu na ich wiek, pomimo, że w wielu krajach dzieci, już od 12 roku życia, mogą współwyrażać zgodę na leczenie, wypełniać ankiety, współdecydować i mieć aktywny udział w prowadzonej terapii [Hein i wsp., 2015].

Wydaje się zatem konieczne zwrócenie szczególnej uwagi na staranne dobranie właściwej metody oceny aby wyniki mogły służyć porównaniom w zakresie satysfakcji, a tym samym jakości. Wykazanie w obszarach satysfakcji elementów, które można poprawić, w dalszej perspektywie pozwoli podjąć działania zwiększające pozycję jednostki na konkurencyjnym rynku. Na ten aspekt marketingowy zwracało uwagę wielu badaczy. Oceny zadowolenia pacjentów z usług świadczonych przez Instytut Stomatologii w Poznaniu dokonali Eliaz i Małkowska [2001], przy wykorzystaniu analizy marketingowej placówki. Podstawą był kwestionariusz ankiety wypełniany przez pacjentów po zabiegu stomatologicznym. Badaniem objęto grupę 60 osób — 39 kobiet i 21 mężczyzn w wieku 17 — 70 lat. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły wyboru osoby leczącej, motywacji leczenia w Instytucie, zainteresowania, kompetencji i empatii lekarza (bądź studenta) oraz sprawności działania personelu pomocniczego. Z badań wynikało, iż pacjenci pozytywnie oceniają opiekę lekarską w Instytucie Stomatologii. Respondenci byli zadowoleni z leczenia w 92% — podczas następnej wizyty wybraliby tę samą osobę leczącą, 98% badanych uważało, że lekarz (bądź student) wykazał należyte zainteresowanie ich przypadkiem. Wyniki ankiety wskazywały, że wewnętrzna organizacja Instytutu Stomatologii odpowiadała pacjentom. Ponadto analiza wyników badań wykazała, iż zasadnym i koniecznym jest zwrócenie uwagi już w kształceniu przeddyplomowym na rozwijanie umiejętności nawiązywania kontaktów z każdym pacjentem, co umożliwi poprawę jakości i dostępności opieki stomatologicznej w jednostce, a tym samym prowadzenie



działań profilaktycznych i leczniczych. Z tymi wynikami i wnioskami są zgodne wyniki i wnioski mojego projektu badawczego dotyczącego satysfakcji ze świadczenia usług stomatologicznych w Wielkopolsce. Należałoby przyjąć, że wartość ta wynosi 100%, ponieważ badane przez Eliasza i Małkowską elementy mieszczą się w analizowanych przeze mnie obszarach, które miały bardzo wysoką istotność statystyczną.

W obszarze usług zdrowotnych satysfakcję można definiować jako stan psychiczny, wynikający z zadowolenia z otrzymanej usługi. Zadowolenie to ma źródło w spełnieniu oczekiwań klienta [Rudawska, 2005]. Jednakże obszar aspektu psychicznego nie był uwzględniony w moim projekcie.

Natomiast z piśmiennictwa wynika, że marketing jest tym obszarem, na którym mocno od wielu lat skupiona jest uwaga badaczy. Jakość świadczonych usług, z marketingowego punktu widzenia jest jednym z kluczowych czynników wpływających na trwałość i głębokość relacji z pacjentami. Determinuje zachowania dotychczasowych świadczeniobiorców, jednocześnie powiększając ich indywidualną skłonność do podejmowania leczenia w danym podmiocie leczniczym [Furtak, 2003]. Jak twierdzą Małecka i wsp. [2007] to pacjent dostarcza wszelkich informacji do ukierunkowania działań marketingowych w placówce. Autorzy podkreślają, że zadowolenie pacjenta z usługi kształtowane jest przez wiele czynników, ale dominującym jest jego subiektywne odczucie z wykonanej usługi. O skuteczności działań marketingowych, prowadzonych kompleksowo, w gabinetach stomatologicznych, wskazują inni autorzy, analizując te działania w odniesieniu do: placówki zdrowotnej, personelu, technologii, wiedzy oraz usługobiorców, gdyż wpływają one na satysfakcję pacjenta z usług w danej jednostce leczniczej [Bukowska-Piestrzyńska, 2004, Bukowska-Piestrzyńska, 2011]. Można przyjąć, że są to działania podobne do analizowanych przeze mnie obszarów w badaniu ankietowym, jak również do tych ocenianych przez innych badaczy w tym temacie. Riley i wsp. [2012] wskazali, że ocena pacjenta dotycząca jakości usług opiera się na osobistych relacjach pomiędzy pacjentem a lekarzem, poziomem komfortu jaki odczuwa pacjent oraz efektów leczenia. Na poprawę relacji komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem zwracają również uwagę Adeniyi i wsp. [2013] którzy w prowadzonych badaniach w zakresie satysfakcji pacjenta, nie wykazali różnic statystycznie istotnych dla płci, wykształcenia, czy wieku, co potwierdziły moje badania dotyczące płci w których nie uzyskano różnic istotnych statystycznie między kobietami a mężczyznami. Natomiast w odniesieniu do wieku odnotowałam statystycznie istotne różnice u osób w przedziale wiekowym 0–17 lat (99 osób), które postrzegały satysfakcję z obszaru rejestracja pacjenta gorzej od grupy

w wieku od 18 do 59 (709 kobiet). Bitzer i wsp. [2013] przeprowadzili ocenę zadowolenia pacjenta z opieki stomatologicznej, analizując grupę 1733 osób, obojga płci, a narzędzie składało się z 3 elementów, takich jak: organizacja, interakcja i współpraca. Nie stwierdzili różnic w ocenie trzech elementów, natomiast były one silnie dodatnio skorelowane między sobą. Nie wykazali oni również zróżnicowania względem płci zatem wyniki moich badań w tym zakresie są zbieżne z uzyskanymi przez Bitzer i współautorów. Ze względu na dużą liczebność badanej grupy analizując wyniki autorzy ci sugerują, że w odniesieniu do opieki stomatologicznej należy także oceniać kompetencje lekarza dentysty. Tego samego zdania są również Ungureanu i wsp. [2015], którzy spośród 1650 ankietowanych, wyłonili grupę 724 osób (43,8%) dla których kompetencja lekarza miała znaczenie. Jako czynnik decydujący o wyborze dentysty 23% ankietowanych wskazało na kompetencje, mniej istotna była rekomendacja znajomych. Samad i wsp. [2018] w ramach pilotażowego programu pathfinder, przy użyciu kwestionariusza obejmującego 5 obszarów — strukturę fizyczną, komunikację, informowanie i wsparcie, opiekę zdrowotną i realizację usługi wskazali, że obszar struktury fizycznej był najważniejszy w grupie 114 osób — 70% kobiet i 30% mężczyzn z Indonezji.

Ważność kompetencji personelu podkreślają Pawka i wsp. [2004], którzy prowadzili badania wśród 64 osób korzystających zarówno ze świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia jak i prywatnych. Przewagę stanowiły kobiety — 70%, mężczyźni — 31%. Badania wykonano w oparciu o kryteria wpływające na satysfakcję z usług, takie jak: godziny przyjęć, rejestracja, czas oczekiwania na lekarza, stopień zadowolenia z poprzedniej wizyty, warunki lokalowe, kulturę personelu podczas udzielania świadczeń, czy usytuowanie gabinetu. Stwierdzono, że 57% pacjentów korzystało z prywatnych gabinetów, 32,8% z publicznych jednostek, natomiast poniżej 10% z gabinetów niepublicznych. Prawie 50% placówek udzielało świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. W ocenie jakości usługi prawie w 90% wskazano na fachowość personelu. Również wysoko oceniono pracę pracowników rejestracji. W badaniach brano pod uwagę między innymi wiek, płeć, które miały wpływ na analizowane kryteria, natomiast wiek nie wykazał istotnych statystycznie różnic. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety w pierwszej kolejności zwracali uwagę na fachowość. W dalszej kolejności wskazywano na życzliwość ze strony personelu, sprawne wykonanie usługi, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Ponad 80% badanych wykazało zadowolenie z oferowanych usług, natomiast niezadowolonych było 14,06%. Z kolei wyniki moich badań wskazują że zadowolonych z usług stomatologicznych było 100%, ale różniących się rodzajami płatności (dydaktyka, NFZ,

pełnopłatne i mieszane) w trzech obszarach oceny satysfakcji z usług stomatologicznych na korzyść świadczeń pełnopłatnych i mieszanych. I tak w obszarze rejestracja pacjenta różnica dotyczyła świadczeń w ramach dydaktyki klinicznej — 2,4%, w obszarze warunki lokalowe nie było różnic w rodzajach finansowania, a w obszarze satysfakcja ze świadczenia dotyczyło świadczeń w ramach dydaktyki klinicznej i NFZ — 9,6%. W moich badaniach oceny satysfakcji z usług stomatologicznych grupa respondentów wynosiła 1037 a w cytowanych powyżej badaniach Pawka i wsp., tylko 64 osoby.

Makacewicz i wsp. Posługując się dwuczęściową ankietą obejmującą w pierwszej części pytania dotyczące rejestracji uzyskali ocenę bardzo dobra i dobrą w 100% badając 90 pacjentów. W drugiej części dotyczącej zadowolenia z efektu leczenia, analizując wiele składowych związanych z różnymi zbiegami dentystycznymi, usatysfakcjonowanych było 98,76% pomimo, że badani mieli drobne zastrzeżenia dotyczące np. punktualności w przyjęciu na wizytę, czy też wyrażając krytyczną uwagę co do wyglądu gabinetu. Można zatem uznać, że ocena zadowolenia u badanych przeze mnie ankietowanych była pełna 100%, ale również w otwartym pytaniu zwracali uwagę np. na możliwości wykonania wszystkich zabiegów w jednej jednostce, czy też zbyt długi czas oczekiwania.

Wroński [2011] wskazuje, że najczęściej podawanym czynnikiem determinującym wybór lekarza są umiejętności komunikacyjne — 61,7%, i tak pacjenci najwyżej ocenili profesjonalizm — 84,5%, komunikatywność — 41,8%, życzliwość — 40,8%. Ogólnie 57% oceniło swojego dentystę pozytywnie. Natomiast Kawiak-Zioło i wsp. [2012] zauważyli, że zarówno rodzaj specjalizacji jak i doświadczenie zawodowe, są najczęściej podawanymi czynnikami wpływającymi na wybór lekarza (ok. 60% ankietowanych). Przeprowadzone przez Bukowską-Piastryńską [2013] badania 169 lekarzy dentystów, 96 studentów stomatologii i 279 pacjentów wykazały, że lekarze dentyści dobrze rozpoznają potrzeby pacjentów. Lekarze dobrze ocenili swoje umiejętności komunikacyjne, natomiast studenci umiejętności słuchania. W moich badaniach ocenę odpowiadając na pytania dokonywali wyłącznie respondenci bez uwzględnienia zawodu.

Duże badania oceniające satysfakcję pacjentów z usług stomatologicznych przeprowadzone były w 2015 roku w 16 województwach i obejmowały 983 osoby [Krot i wsp., 2016]. Wzięło w nich udział 572 kobiety i 411 mężczyzn w czterech przedziałach wiekowych, z czego najliczniejszą była grupa powyżej 60 roku życia. Wszyscy ankietowani zadeklarowali, że w ostatnim półroczu przynajmniej raz odwiedzili lekarza dentystę. Badaniu poddano zaufanie do lekarzy w kilku wymiarach takich jak: zaufanie do kompetencji, życzliwość, uczciwość i oceniono które z wyżej wymienionych wpływają na satysfakcję

pacjenta. Wysoko — 80% badanych, w usłudze stomatologicznej, wskazało na zaufanie do kompetencji. Dane socjodemograficzne, jak płeć nie wykazały istotnych statystycznie różnic. Podobnie w moich badaniach prowadzonych na grupie 829 kobiet i 208 mężczyzn analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie satysfakcji ze względu na płeć przy 100% satysfakcji. Werda i wsp. [2016] wskazują na wiele czynników jak; dostępność, wykwalifikowany personel, kompetencje, standardy związane z udzielaniem świadczeń, zakres usług, kontakty interpersonalne, wygląd obiektu, które wpływają na zadowolenie pacjentów z usług stomatologicznych. Autorzy próbując określić jakie czynniki determinują satysfakcję przeprowadzili badania w województwie podlaskim na grupie 1000 osób, w której 74,4% stanowiły kobiety, natomiast mężczyźni 25,6%. Ankietowanych podzielono na 5 grup wiekowych z czego najliczniejszą bo aż 52,2% stanowiły osoby od 23 do 35 lat. Kobiety stanowiły prawie 80%. Ważnym elementem, który został wysoko oceniony przez badanych to kompetencje personelu — 80%. Prawie cała populacja respondentów zwróciła uwagę i pozytywnie oceniła kwestie związane z rejestracją pacjenta, czasem oczekiwania na zarejestrowanie. Całościowo pacjenci bardzo dobrze ocenili jakość usług, co pokrywa się z moimi badaniami, tym bardziej, że i w mojej grupie była przewaga kobiet. Autorzy zwracają uwagę na postrzeganie przez pacjenta satysfakcji z udzielonego świadczenia, która w dużym stopniu zależna jest od relacji interpersonalnych, jakie towarzyszą wykonywanemu świadczeniu. Ważność tych czynników związanych z podejściem do pacjenta i właściwą komunikacją potwierdziły również moje badania w obszarze satysfakcja z usługi stomatologicznej i z całkowitej satysfakcji. Werda i wsp. uważają, że w kontaktach z pacjentem, oprócz umiejętności komunikacyjnych ważnym elementem usługi stomatologicznej jest samo otoczenie gabinetu, w którym przebywa pacjent a także wizerunek personelu — schludność, czystość, odpowiednia odzież, czy identyfikacja personelu. Wyniki moich badań wskazują, że ponad 80% badanych nie posiadała wiedzy z jakim specjalistą ma do czynienia podczas realizacji usługi, co w mojej ocenie może również wynikać z nieprzestrzegania przepisów prawa ustawy o działalności leczniczej nakładającej obowiązek identyfikacyjny pracowników udzielających świadczenia.

Nie budzi zastrzeżeń fakt, że lekarze zobowiązani są do udzielania świadczeń w oparciu o najnowsze standardy wiedzy medycznej, jest to jedno z praw pacjenta wymienione w podstawowym akcie prawnym, jakim jest ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, którą omówiono w Rozdziale II.4.1 rozprawy doktorskiej. Problematykę tę poruszał Wroński [2011] wskazując na duży odsetek pacjentów ponad 70%, którzy nie wiedzieli, że świadczenia powinny być udzielane w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. Nato-

miast ponad 25 procent znało swoje prawa w tym zakresie. W moich badaniach odniosłam się do znajomości praw pacjenta, jako całego katalogu. Badania wykazały, że 70,7% (732 osoby) ankietowanych zna swoje prawa jako pacjent, natomiast 138 osób — 13,3% nie zna swoich praw. W odniesieniu do pytania „czy prawa są przestrzegane” ankietowani podali nieco więcej, bo 758 osób (73,2%) zaznaczyło, że w ich ocenie są przestrzegane. Goetz i wsp. [2013] wskazują, że zgodnie z informacją podaną przez Niemieckie Towarzystwo Stomatologiczne w 2010 r. ponad 70% Niemców korzystało z usług dentysty co najmniej raz w roku. Było to ogólne badanie oceny jakości opieki stomatologicznej przeprowadzone w grupie 8160 osób ze 106 gabinetów stomatologicznych. Wynika to z zachęty, jaką wprowadził rząd niemiecki w stosunku do osób odwiedzających dentystę raz w roku, którym przysługuje zniżka na leczenie stomatologiczne w ramach działań profilaktycznych. Z moich badań wynika, że 82,2% ankietowanych korzystało ze świadczeń stomatologicznych w roku 2017. W zakresie oceny jakości autor padał, że ogólna ocena była bardzo pozytywna, jedynie niezadowolenie dotyczyło kosztów za usługę. Takiej analizy kosztów nie przeprowadzałam w tym projekcie, a z badań Tomaszewskiego i wsp. [2017] dotyczących aspektów ekonomicznych nie wynika by pełnopłatne leczenie stomatologiczne było źle oceniane w zakresie wysokości kosztów za usługi stomatologiczne, choć pojawiły się takie uwagi w pytaniach otwartych, podało je 8-ciu ankietowanych.

W ramach innych badań, dokonano próby poznania preferencji pacjentów przy dokonywaniu wyboru gabinetu stomatologicznego. Badanie przeprowadzono na grupie 98 studentów szkół wyższych niemedycznych, w przedziale wiekowym od 19 do 32 lat. Spośród ankietowanych 56,1% osób decydowało się na wybór danej placówki ze względu na lekarza dentystę, następnie pod uwagę brano położenie gabinetu. W części dotyczącej wyposażenia gabinetu, respondenci najwyżej ocenili posiadanie wysokospecjalistycznego sprzętu — ponad 85% badanych. Badacze wskazali również, że odpowiedni sposób komunikowania się z pacjentem, dobra atmosfera, są na równi postrzegane z fachowością personelu i wpływają na decyzję o wyborze jednostki [Kawiak-Zioło i wsp., 2011]. Badano również relacje między lekarzem a pacjentem wykazując, iż jakość tych relacji ma znaczący wpływ na proces leczenia, począwszy od wyboru lekarza, aż do decyzji o metodzie leczenia i dalszym stosowaniu się do zaleceń, co w konsekwencji ma wpływ na skuteczność leczenia [Kawiak-Zioło i wsp., 2012].

Na potrzebę przeprowadzania badań poziomu satysfakcji wśród społeczeństwa wskazują w swojej publikacji Wroński i wsp. [2010] uznając, że potrzeba ta jest podyktowana opinią pacjentów, jaką uzyskano podczas przeprowadzonych badań na grupie 100 osób

wśród pacjentów szpitala w Łodzi. Ankietowani, zarówno kobiety — 64%, jak i mężczyźni 36 %, w różnym przedziale wiekowym, ale w większości 46–65 lat korzystali z usług lekarza, rzadziej niż raz w roku — 62%, gdzie 93% badanych stwierdziło, że gabinety stomatologiczne powinny badać satysfakcję. Różne uwagi zawarte w pytaniu otwartym sugerują potrzebę oceny satysfakcji nawet w szerszym zakresie niż były objęte w mojej autorskiej ankiecie SERVDENT. Respondenci podkreślali, że konieczne byłoby umieszczenie przejrzystych informacji o zakresie wykonywanych usług stomatologicznych, brak możliwości wykonania badań radiologicznych, zabezpieczenie w automaty z płynami a szczególnie zwracali uwagę na konieczność rozpoczęcia wizyty zgodnie z umówioną godziną przyjęcia, ogólnie można przyjąć, że te problemy poruszyło około 50% respondentów.

Należy podkreślić, że dla oceny jakości i satysfakcji z usług stomatologicznych ważny jest dobór odpowiedniego narzędzia badawczego, co stanowi przedmiot dyskusji wielu badaczy. Tiele i wsp. [2013] uważają, że nie ma dobrze funkcjonujących narzędzi i podkreślają konieczność takiego dostosowania aby było czytelne dla pacjentów. Powszechnie używane narzędzia w różnych innych dziedzinach medycyny powinny być dostosowane do stomatologii. W większości autorzy stosują własne narzędzia — autorskie ankiety [Kawiak-Zioło, i wsp. 2011, 2012, Klepacz-Szewczyk i wsp., 2011, Wroński, 2011a, Myśliwiec 2011, Frank i wsp., 2013].

Na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej przygotowano autorską ankietę, którą poprzedziła wersja służąca do przeprowadzenia badań pilotażowych w 2015 roku — wyniki tych badań przygotowano w formie publikacji, która została przyjęta do druku w monografii pokonferencyjnej w Szczecinie. Na konieczność modyfikacji narzędzi i dostosowania ich do specyfiki usług wskazują Goetz i wsp. [2013] podają, że w oparciu o modyfikację kwestionariusza EUROPEP, na potrzeby stomatologii zostało przygotowane narzędzie EURO-PEP-Dental zawierające 30 pytań w czterech obszarach: relacja dentysta-pacjent; dostępność i czas oczekiwania; jakość opieki; koszty opieki. Oczywiście, że mogłam skorzystać z opracowań innych autorów, ale uzasadnionym było przygotowanie własnego narzędzia badawczego przy zastosowaniu którego mogłam wykazać, że wszystkie elementy w trzech obszarach satysfakcji były bardzo ważne dla respondentów, jednakże ocena każdego z elementów w skali punktowej będzie stanowiła oddzielne opracowanie.

Badanie to pozwoliło mi na modyfikację ankiety SERVDENT, którą chciałabym rozpropagować jako narzędzie dla lekarzy stomatologów.

Badanie satysfakcji pacjenta jest więc niezbędnym elementem pozwalającym na dokonanie oceny jakości i satysfakcji usług stomatologicznych, stanowiące punkt wyjścia do określenia optymalnej strategii rozwoju i kreowania wizerunku podmiotu leczniczego.

## ANKIETA SERVDENT

### BADANIE SATYSFAKcji Z USŁUGI STOMATOLOGICZNEJ

---

#### **METRYCZKA:**

**pole wybranej odpowiedzi proszę zaznaczyć – X**

**Jeżeli wypełniacie Państwo kwestionariusz Ankiety, a świadczenie było wykonane u Państwa dziecka proszę o zaznaczenie X -**

1. **Płeć osoby wypełniającej ankietę/respondenta:**
  - Kobieta
  - Mężczyzna
  
2. **W przypadku wypełnienia ankiety w odniesieniu do dziecka proszę dodatkowo zaznaczyć płeć i wiek dziecka:**
  - dziewczynka
  - chłopiec
  - 0-6
  - 7-17
  
3. **Wiek respondenta:**
  - 18-25 lat
  - 26-34 lat
  - 35-50 lat
  - 51-65 lat
  - 66 lat i powyżej
  
4. **Miejsce zamieszkania respondenta:**
  - miasto do 50. tys. mieszkańców
  - miasto powyżej 50 tys. do 100 tys. mieszkańców
  - miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
  - wieś
  
5. **Miejsce udzielenia świadczenia respondentowi:**
  - miasto do 50. tys. mieszkańców
  - miasto powyżej 50 tys. do 100 tys. mieszkańców
  - miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
  - wieś
  
6. **Sytuacja materialna respondenta:**
  - utrzymuję się samodzielnie
  - jestem na utrzymaniu rodziców, innych osób
  - częściowo jestem na utrzymaniu rodziców, innych osób
  
7. **Wykształcenie respondenta:**
  - podstawowe
  - zawodowe
  - średnie
  - średnie medyczne
  - wyższe
  - wyższe medyczne
  
8. **Jak często korzysta Pani/Pan z usług stomatologa:**
  - raz w roku
  - 2 razy w roku
  - rzadziej niż raz w roku

9. Proszę o podanie rodzaju świadczenia z którego Pani/Pan korzystała (można zaznaczyć więcej niż 1 świadczenie):
- ogólnostomatologicznym
  - stomatologii dla dzieci i młodzieży
  - programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki
  - periodontologii
  - stomatologii zachowawczej
  - endodoncji
  - chirurgii stomatologicznej
  - protetyki stomatologicznej
  - ortodoncji
  - chirurgii szczękowo-twarzowej
  - nie wiem
10. Czy udzielone Pani/Panu świadczenie zostało wykonane (można zakreślić więcej niż 1 odpowiedź):
- w ramach zajęć dydaktyki klinicznej
  - w ramach NFZ (refundacja)
  - usługa pełnopłatna
  - nie wiem
11. Czy świadczenie było realizowane przy udziale studenta ?
- tak
  - nie
  - nie wiem
12. Czy świadczenie było realizowane przez lekarza dentystę stażystę ?
- tak
  - nie
  - nie wiem
13. Czy świadczenie było realizowane przez lekarza dentystę w trakcie specjalizacji:
- tak
  - nie
  - nie wiem
14. Czy świadczenie było realizowane przez lekarza specjalistę:
- tak
  - nie
  - nie wiem
15. Czy istniała możliwość wykonania niezbędnych badań radiologicznych na miejscu (np. zębowe, telorentgenogram, pantomogram)?
- tak
  - nie
  - nie wiem
16. Czy zna Pani/Pan swoje prawa, jako Pacjent?
- tak
  - nie
  - nie wiem



## O B S Z A R - R E J E S T R A C J A

1. Jak Pani/Pan ocenia czas oczekiwania na zarejestrowanie na wizytę do lekarza- szybkość i sprawność załatwienia wszelkich formalności przez rejestratorki podczas rejestracji?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

2. Jak ocenia Pani/Pan uprzejmość rejestratorek?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

3. Jak ocenia Pani/Pan przydatność informacji otrzymanych od rejestratorek?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

4. Jak ocenia Pani/ Pan dostępność do rejestracji telefonicznej?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

5. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do rejestracji on -line?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

6. Jak ocenia Pani/Pan dogodność terminów wizyt (np. rano, popołudniu, w soboty)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

7. Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na świadczenie (kolejka oczekujących)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

**O B S Z A R - W A R U N K I L O K A L O W E**

1. Jak ocenia Pani/Pan oznakowanie pomieszczeń medycznych (np. gabinetów) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

2. Jak ocenia Pani/Pan oznakowanie pomieszczeń niemedycznych (np. WC) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

3. Jak ocenia Pani/Pan czystość pomieszczeń gabinetów medycznych?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

4. Jak ocenia Pani/Pan czystość pomieszczeń niemedycznych (np. poczekalnia, ciągi komunikacyjne, korytarze, hole, toalety)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

5. Jak ocenia Pani/Pan stopień przystosowania gabinetu dla osób niepełnosprawnych (np. winda, podjazd, możliwość zaparkowania, dostosowanie toalet, możliwość wjazdu na wózku inwalidzkim)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

6. Jak ocenia Pani/Pan dostosowanie gabinetu do przyjęć dzieci?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

7. Jak ocenia Pani/Pan wyposażenie wystrój poczekalni (np. TV, ekspres do kawy, woda)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

**O B S Z A R - S A T Y S F A K C J A Z E Ś W I A D C Z E N I A  
S T O M A T O L O G I C Z N E G O**

1. Jak ocenia Pani/Pan wyposażenie gabinetów w niezbędny sprzęt medyczny?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

2. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do udzielonych Pani/Panu świadczeń stomatologicznych?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

3. Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na wizytę, czy odbyła się ona zgodnie z wyznaczoną godziną?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

4. Jak ocenia Pani/Pan zainteresowanie problemem, uprzejmość i kulturę osobistą personelu asystującego podczas wykonania usługi (pielęgniarek, asystentek, higienistek)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

5. Jak ocenia Pani/Pan zainteresowanie problemem, uprzejmość i kulturę osobistą lekarzy?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

6. Jak ocenia Pani/Pan sposób informowania (wyjaśniającego plan i procedury lecznicze, informację o przeciwwskazaniach i powikłaniach) – czy był on dla Pani/Pana zrozumiały?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

7. Jak ocenia Pani/Pan fachowość udzielonego świadczenia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bardzo źle		źle		zadowolająco		dobrze		bardzo dobrze	

17. Czy przed udzieleniem świadczenia została Pani/Pan zapoznany z Prawami Pacjenta?
- tak
  - nie
  - nie wiem
18. Czy w Pani/Pana ocenie, Prawa Pacjenta były przestrzegane podczas udzielania świadczenia medycznego?
- tak
  - nie
  - nie wiem
19. Czy została Pani/Pana poinformowany przez lekarza o alternatywnych możliwościach leczenia?
- tak
  - nie
20. Czy poproszono Panią/Pana o wyrażenie pisemnej zgody na wykonanie zabiegu ?
- tak
  - nie
21. Czy otrzymała Pani/Pan zalecenia po wizycie co do dalszego postępowania w zakresie zdrowia jamy ustnej, np. działań profilaktycznych?
- tak
  - nie
22. W świadczeniu usług najlepiej oceniam (proszę podać maksymalnie 3 odpowiedzi wg ważności wpisując 1, 2, 3):
- kompetencje personelu
  - kwalifikacje
  - uprzejmość personelu
  - umiejętności interpersonalne personelu
  - możliwość wykonania wszystkich badań na miejscu
  - szybkość i sprawność załatwienia spraw związanych z rejestracją
  - sprzęt medyczny
  - poinformowanie o alternatywnych możliwościach leczenia
  - dostępność do rejestracji telefonicznej
  - dostępność do rejestracji on – line
  - dogodność terminów wizyt
  - krótki czas oczekiwania na wizytę
23. W świadczeniu usług najgorzej oceniam (proszę podać maksymalnie 3 odpowiedzi wg ważności wpisując 1, 2, 3):
- kompetencje personelu
  - kwalifikacje
  - uprzejmość personelu
  - umiejętności interpersonalne personelu
  - możliwość wykonania wszystkich badań na miejscu
  - szybkość i sprawność załatwienia spraw związanych z rejestracją

- sprzęt medyczny
- poinformowanie o alternatywnych możliwościach leczenia
- dostępność do rejestracji telefonicznej
- dostępność do rejestracji on-line
- dogodność terminów wizyt
- krótki czas oczekiwania na wizytę

**24. Jeżeli w trakcie wizyty zetknęła się Pani/Pan z problemami, sytuacjami (pozytywnymi, negatywnymi), których nie ujęto w pytaniach ankiety, proszę o ich pisemne opisanie:**

.....

*(proszę wymienić)*

*Dziękujemy Państwu za czas poświęcony na wypełnienie ankiety*

## 7. Wnioski

W odniesieniu do celów pracy:

1. Każdy z analizowanych obszarów dotyczących satysfakcji ze świadczenia stomatologicznego: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego w opinii respondentów okazuje się bardzo ważny.
2. Czynnikiemami mającymi największy wpływ na całkowitą satysfakcję ze świadczenia stomatologicznego są kompetencje, uprzejmość i fachowość ze strony personelu, natomiast wyposażenie jednostki w sprzęt i aparaturę medyczną a także dostępność i dogodność terminów wizyt w ocenie respondentów nie są czynnikami wpływającymi na satysfakcję.
3. Respondenci korzystający z usług pełnopłatnych mają większą całkowitą satysfakcją ze świadczenia stomatologicznego od osób korzystających z usług w ramach NFZ czy dydaktyki klinicznej, w analizie trzech obszarów satysfakcji: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego.
4. Diagnoza funkcjonowania opieki stomatologicznej w Wielkopolsce w ocenie respondentów jest dobra.

W odpowiedzi na postawione tezy:

1. W całkowitej satysfakcji ze świadczenia stomatologicznego w odniesieniu do trzech analizowanych obszarów: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego, występują istotne statystycznie różnice u ankietowanych w przedziale wiekowym 0–17 oraz kobiet w przedziale wiekowym 18–59 w odniesieniu do obszaru rejestracji pacjenta. W odniesieniu do płci nie stwierdza się istotnych statystycznie różnic w wyżej wymienionych obszarach.
2. Pacjenci — nabywcy usług stomatologicznych w Wielkopolsce, oceniając satysfakcję z udzielonych świadczeń stomatologicznych zwracają szczególną uwagę na jakość wykonanej usługi.

## 8. Streszczenie

Celem pracy było poznanie opinii pacjentów, w zakresie satysfakcji z usług stomatologicznych w Wielkopolsce. Badanie satysfakcji pacjenta przeprowadzono przy użyciu autorskiej ankiety Badanie Satysfakcji Pacjenta posługując się narzędziem zwanym kwestionariusz ankiety.

Ankieta składa się z metryczki i 28 pytań, uwzględniając 8 pytań wprowadzających przed obszarami dotyczącymi satysfakcji, trzy obszary wpływające na satysfakcję z udzielanych świadczeń dentystycznych nazwanych skrótem myślowym: rejestracja pacjenta — 5 pytań, warunki lokalowe — 4 pytania, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego — 8 pytań oraz 2 pytań dotyczących analizy zbiorczej, najlepiej i najgorzej ocenianych elementów wpływających na satysfakcję z udzielonej usługi stomatologicznej a także 1 pytania otwartego, w którym ankietowany mógł wpisać swoje spostrzeżenia, których doznał podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym i z którymi chciałby się podzielić.

Badaniem objęto grupę 1263 osób z Województwa Wielkopolskiego, z czego do statystyk szczegółowych przyjęto grupę 1037 osób, które korzystały ze świadczeń stomatologicznych w 2017 roku. Przedziały wiekowe przyjęto w oparciu o wskazówki GUS. Ankietowani odnosili się do usług stomatologicznych, jakie zostały u nich wykonane w 2017 roku. Analiza statystyczna została wykonana w Katedrze i Zakładzie Informatyki i Statystyki UMP w Poznaniu. Do opracowań statystycznych zastosowano test U Manna-Whitneya lub test Kruskala-Wallisa. W przypadku stwierdzenia istotnych statystycznie różnic dla porównań 3 i więcej grup, przeprowadzono test post-hoc Dunna dla porównań wielokrotnych, aby ustalić, pomiędzy którymi grupami te różnice występują. Jako poziom istotności wykonanych testów przyjęto  $\alpha = 0,05$ , uznając wynik testu za istotny statystycznie, gdy otrzymano w teście  $p < 0,05$ .

Wyniki statystyki opisowej z przeprowadzonych badań przedstawiono w odniesieniu do trzech obszarów uwzględniających elementy wpływające na satysfakcję: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego, a także,

co pacjenci najlepiej ocenili w świadczeniu oraz wskazujące na elementy najgorzej ocenione w świadczeniu stomatologicznym.

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie wniosków:

W odniesieniu do celów pracy:

1. Każdy z analizowanych obszarów dotyczących satysfakcji ze świadczenia stomatologicznego: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego w opinii respondentów okazuje się bardzo ważny.
2. Czynnikiem mającym największy wpływ na całkowitą satysfakcję ze świadczenia stomatologicznego są kompetencje, uprzejmość i fachowość ze strony personelu, natomiast wyposażenie jednostki w sprzęt i aparaturę medyczną a także dostępność i dogodność terminów wizyt w ocenie respondentów nie są czynnikami wpływającymi na satysfakcję.
3. Respondenci korzystający z usług pełnopłatnych mają większą całkowitą satysfakcję ze świadczenia stomatologicznego od osób korzystających z usług w ramach NFZ czy dydaktyki klinicznej, w analizie trzech obszarów satysfakcji: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego.
4. Diagnoza funkcjonowania opieki stomatologicznej w Wielkopolsce w ocenie respondentów jest dobra.

W odpowiedzi na postawione tezy:

1. W całkowitej satysfakcji ze świadczenia stomatologicznego w odniesieniu do trzech analizowanych obszarów: rejestracja pacjenta, warunki lokalowe, satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego, występują istotne statystycznie różnice u ankietowanych w przedziale wiekowym 0–17 oraz kobiet w przedziale wiekowym 18–59 w odniesieniu do obszaru rejestracji pacjenta. W odniesieniu do płci nie stwierdza się istotnych statystycznie różnic w wyżej wymienionych obszarach.
2. Pacjenci — nabywcy usług stomatologicznych w Wielkopolsce, oceniając satysfakcję z udzielonych świadczeń stomatologicznych zwracają szczególną uwagę na jakość wykonanej usługi.



## 9. Abstract

The aim of the work was to get to know patients' opinions in terms of satisfaction with dental services in Greater Poland. The patient satisfaction survey was conducted using the author's Patient Satisfaction Survey using a tool called a questionnaire.

The survey consists of a questionnaire and 28 questions, including 8 introductory questions in front of satisfaction areas, three areas affecting the satisfaction of dental services called mental abbreviations: patient registration — 5 questions, housing conditions — 4 questions, satisfaction with dental care — 8 questions and 2 questions regarding the collective analysis, the best and worst assessed elements influencing the satisfaction of the dental service provided, as well as 1 open question, in which the respondent could enter his/her observations which he had during the visit to the dentist's office and would like to share with.

The study covered a group of 1263 people from the Wielkopolska Region, of which 1037 people were admitted to detailed statistics, which benefited from dental services in 2017. The age ranges were adopted based on the GUS guidelines. The respondents referred to the dental services that were made in them in 2017. Statistical analysis was performed at the Department of Information Technology and Statistics of UMP in Poznań. For statistical studies, the U Mann-Whitney test or the Kruskal-Wallis test were used. If statistically significant differences were found for comparisons of 3 and more groups, a Dunn post-hoc test was performed for multiple comparisons to determine between which groups these differences exist. The level of significance of the performed tests was assumed to be  $\alpha = 0.05$ , considering the result of the test as statistically significant, when  $p < 0.05$  was obtained in the test.

The results of descriptive statistics from the conducted research were presented in relation to three areas including elements affecting satisfaction: patient registration, housing conditions, satisfaction with dental care, as well as what patients rated best in the service and indicating the worst evaluated items in dental care.

The research allowed to formulate conclusions:

Regarding work goals:

1. Each of the analyzed areas regarding satisfaction with the dental service: patient registration, housing conditions, satisfaction with dental care in the opinion of respondents turns out to be very important.
2. The factors that have the greatest impact on the overall satisfaction with the dental service are competence, courtesy and professionalism on the part of the staff, while the unit's equipment and medical equipment as well as the availability and convenience of appointments in the assessment of respondents are not factors affecting satisfaction.
3. Respondents using full-paid services had greater overall satisfaction with dental services from people using NFZ services or clinical didactics, analyzing three areas of satisfaction: patient registration, housing conditions, satisfaction with dental care.
4. The diagnosis of dental care in Wielkopolska is good in the opinion of respondents.

In response to the theses:

1. In total satisfaction with the dental service in relation to the three analyzed areas: patient registration, housing conditions, satisfaction with dental care, statistically significant differences are demonstrated among respondents in the 0–17 age group and women aged 18–59 in relation to the patient's registration area. In terms of gender, no statistically significant differences are found in the above-mentioned areas.
2. Patients — purchasers of dental services in Wielkopolska, assessing the satisfaction of dental services, pay particular attention to the quality of the service provided.

## 10. Piśmiennictwo

1. Adeniyi AA, Adegbite KO, Braimoh MO, Ogunbanjo BO, Factors affecting patient satisfaction at the Lagos State University Teaching Hospital Dental Clinic. *Afr J Med Med Sci.* 2013 Mar;42(1):25–31.
2. Bahadori M, Raadabadi M, Ravangard R, Baldacchino D. Factors affecting dental service quality. *Int J Health Care Qual Assur.* 2015;28(7):678–89. doi: 10.1108/IJHCQA-12-2014-0112.
3. Bankiewicz-Nakielska J, Walkiewicz M, Tyszkiewicz-Bandur M, Karakiewicz B. Z jakimi lekarzami pacjenci współpracują najchętniej? Umiejętności psychologiczne w relacji lekarz-pacjent. *Med Rodz.* 2017;20(2):156–161.
4. Balon U, Maziarczyk A. Satysfakcja klienta w systemie zarządzania jakością. [w:] Sikora T (red.). *Zarządzanie jakością. Doskonalenie organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2010, ISBN: 978-83-929209-4-6.
5. Bembnowska M, Joško-Ochojska J. Zarządzanie jakością w Ochronie Zdrowia. *Hygeia Public Health.* 2015;50(3):457–462.
6. Bielawa A, Frąs J, Gołębiowski M. Metoda SERVQUAL jako skuteczne narzędzie oceny jakości usług. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania.* 2009;12:217–224.
7. Bielawa A. Postrzeganie i Rozumienie Jakości — Przegląd definicji jakości. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania.* 2011;21:143–152.
8. Bitzer EM, Mehrer L, Petrucci M, Hussein R, Micheelis W, Süßlin W, Dierks ML. Satisfaction with dental care from the patient's perspective — the dental-ZAP-V1, *Gesundheitswesen.* 2013 Jun;75(6):e59–68. doi: 10.1055/s-0032-1321763. Epub. 2012 Oct 16.
9. Bukowska-Piastrzyńska A. Reputacja w funkcjonowaniu gabinetu stomatologicznego. *Mag Stomatol.* 2011;21(7/8):117–120, il., tab.
10. Bukowska-Piastrzyńska A. Marketing, czyli czego uczą się dentyści. *Zdr Zarz.* 2004;6(2):41–47, tab., bibliogr. 4 poz., sum.
11. Bukowska-Piastrzyńska A. Satysfakcja pacjentów-klientów gabinetów stomatologicznych województwa łódzkiego — część I. *As Stomatologii.* 2008;5:68–70.
12. Bukowska-Piastrzyńska A, Piastrzyński P. Jakość usług stomatologicznych w oczach pacjentów. *Mag Stomatol.* 2003; 13(10):85–86, il., bibliogr. 6 poz.
13. Bukowska-Piastrzyńska A. Jakość usług zdrowotnych na przykładzie usług stomatologicznych. *Problemy Jakości.* Czerwiec. 2017:10–11.

14. Bukowska-Piestrzyńska A. Przedsiębiorczość lekarzy dentystów w kontekście relacji z pacjentami. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź. 2013; 10–11 (poz. a).
15. Bukowska-Piestrzyńska A. Asystentka wizytówką gabinetu. *Asyst Hig Stomatol.* 2013;8(3):164–167, il., tab., bibliogr. 8 poz., sum.
16. Chmielewski D. Metoda CIT — narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów. *Ogólnopol Prz Med.* 2008;3:55–57, il., bibliogr. 2 poz.
17. Chraćol U, Peszko K. Jakość usług i metody jej pomiaru. *Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu.* 2015; 37. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
18. Czerw A, Religioni U, Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Hig Epidemiol.* 2012;93(2):269–273.
19. Michał D. Pomiar satysfakcji i jakości. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej.* 2014;6:41.
20. Dobska M, Dobski P. Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych. Wolters Kluwer SA. 2016.
21. Ewa D. Dlaczego inwestowanie w szkolenie z projektowania obsługi pacjenta w gabinecie stomatologicznym ma sens? *Art Dent.* 2016;14(3):212–215, sum.
22. Drobiazgowicz I, Jaworowska P, Mackiewicz A, Nitsze M, Stochel Z, Mocny-Pachońska K. Gabinet stomatologiczny w ocenie osób niepełnosprawnych. *Twój Prz Stomatol.* 2016;12:63–67, il., bibliogr. 14 poz., sum.
23. Dziadkowiec J. Ewolucja definiowania jakości w normach ISO serii. 9000 [w:] *Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej*, pod red. Sikory Tadeusza, Kraków. 2017:23–38. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ Kraków.
24. Elias J, Małkowska A. Opieka stomatologiczna w Poznańskim Instytucie Stomatologii w ocenie pacjentów. *Nowiny Lek.* 2001;70(1):177–183, il., tab., bibliogr. 2 poz., sum.
25. Frank S, Półgrabia A, Nadaj D, Kornet A, Wojtowicz A. Problemy komunikacyjne między pacjentem a lekarzem dentystą. *Badania własne. Nowa Stomatol.* 2013;18(4):191–194, il., tab., bibliogr. 14 poz., sum.
26. Furtak R. Marketing partnerski na rynku usług, PWE: 2003;130.
27. Główny Urząd Statystyczny: *Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna w 2017 roku.*
28. Główny Urząd Statystyczny: *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 roku.* 2015.
29. Główny Urząd Statystyczny: *Stan Zdrowia ludności Polski w 2017 roku.* 2018.
30. Goetz K, Szecsenyi J, Klingenberg A, Brodowski M, Wensing M, Campbell SM. Evaluation of patient perspective on quality of oral health care in Germany — an exploratory study. *Int Dent J.* 2013 Dec;63(6):317–23.
31. Gołąb-Andrzejak E, Badzińska E. Satysfakcja klientów jako źródło sukcesu — studium przypadku. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Nr 875 Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu.* 2015;(41):1.
32. Gołębiowski M. Teoretyczne aspekty doskonalenia jakości w organizacji. *Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania.* 2008;1:157–164.

33. Gudanowska AE. Wprowadzenie do zarządzania jakością w przedsiębiorstwie produkcyjnym. Kwartalnik „Ekonomia i Zarządzanie”. 2010, tom 2, nr 4. Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok.
34. Hein IM, De Vries MC, Troost PW, Meynen G, Van Goudoever JB, Lindauer RJ. Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children’s competence to consent to clinical research. *BMC Med Ethics*. 2015;16(1):76. Published. 2015 Nov 9. doi:10.1186/s12910-015-0067-z.
35. Kiełtyka K. Marketing doznań, jako szansa dla współczesnych przedsiębiorstw. Współczesne problemy zarządzania organizacjami. Kraków. 2014; 77.
36. Kaczmarczyk-Kuruc S. Satysfakcja klientów-definicja, monitoring i narzędzia [w:] Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej, pod red. Sikory Tadeusza, Kraków. 2017;81–91. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ Kraków.
37. Kasperski J, Wyszynska M, Walawender E, Jaremicz K. Relacja lekarz–pacjent a sukces leczenia stomatologicznego. *Twój Prz Stomatol*. 2011;4:85–86, il, bibliogr. 10 poz., sum.
38. Kautsch M, Lewandowski R. 2009. System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia. *Polityka Społeczna*. 2009;3:11–16.
39. Kawiak-Zioło A, Mielnik-Błaszczak M, Cioczek-Studzińska A, Kawiak-Jawor E. Preferencje pacjentów przy wyborze gabinetu stomatologicznego. *Fam Med Prim Care Rev*. 2011;13(4):713–718, il., tab., bibliogr. 10 poz., streszcz. 9.
40. Kawiak-Zioło A, Mielnik-Błaszczak M, Miszczuk S, Kamińska-Jałoża M, Ciosek-Studzińska A, Kawiak-Jawor E. Wpływ wybranych czynników na jakość relacji lekarz-stomatolog-pacjent. *Dent Med Probl*. 2012;49(2):286–292.
41. Klepacz-Szewczyk J, Łęski M. Ocena czynników wpływających na wybór lekarza dentysty przez pacjentów. *Mag Stomatol*. 2011;21(12):90–95, il., bibliogr. 13 poz., sum.
42. Koczerga M. Czy jest przyszłość dla indywidualnych gabinetów stomatologicznych? *As Stomatol*. 2008;6(1):60–62, bibliogr [1] poz., sum.
43. Kodeks Etyki Lekarskiej [Obwieszczenie Nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia. 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej].
44. Kos M, Dziewa A, Drop B, Kawiak-Jawor E, Kos M. Satysfakcja z opieki medycznej w oddziałach zachowawczych SPZOZ w Kraśniku w zależności od miejsca zamieszkania pacjentów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2016;22(2):151–157.
45. Krok E. Jakość usług medycznych. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*. 2011;38.
46. Krot K, Rudawska I. Budowanie satysfakcji pacjenta na podstawie zaufania — studium empiryczne rynku usług medycznych. *Handel Wewnętrzny*. 2016;4(363):110–121.
47. Kurpas D, Steciwko A. Jakość usług w opiece zdrowotnej. *Adv Clin Exp Med*. 2005;14(3): 603–608.

48. Łukomska A, Nowakowska I. Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik jakości usług zdrowotnych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2011;2(40):102–105.
49. Maciąg A, Sadkowska I. Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia I Materiały — Wydział Zarządzania UW*. 2006(1):50–62.
50. Makacewicz S, Panek H, Dąbrowa T, Krawczykowska H, Przywitowska I, Gronczyńska S. Satysfakcja pacjenta z modelu kompleksowej opieki stomatologicznej. *Dent Med Probl*. 2006;43(3):409–414, tab., bibliogr. 13 poz., sum.
51. Małecka B, Marcinkowski JT. Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2007;88(1):17–19.
52. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem, *Sztuka Leczenie*. 2013;3–4:17–24.
53. Mroczko F. Zarządzanie jakością. Wydawnictwo Wałbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych; 2012.
54. Myśliwiec A, Saulicz E, Kuszewski M, Knapik A, Walla G, Saulicz M. Jakość wybranych świadczeń medycznych na przykładzie Polski południowej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w opinii ich rodziców. *Wiad Lek*. 2011;64(3):159–163, il., tab., bibliogr. 15 poz., sum.
55. Nowicki M. *Six Sigma* [w:] Szymańska K (red.). *Kompendium metod i technik zarządzania*. Technika i ćwiczenia. Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa. 2015:284–315.
56. Oboda M. Różnica pomiędzy aktywnością a efektywnością — cztery postawy, jakie lekarz dentysta przyjmuje w relacji z pacjentem. *Implantologia Stomatologiczna*. 01/2010:58–60.
57. Obrycka B, Machaj M, Zarzeka A, Iwanow L, Panczyk M, Gotlib J. Ocena zadowolenia pacjentów poradni stomatologicznej z realizacji przez personel medyczny prawa pacjenta do informacji. *Pielęg Pol*. 2017;1:45–53, tab., bibliogr. 27 poz., sum. 4.
58. Pawka B, Wdowiak L, Lis J, Radwański R. Zadowolenie pacjentów z usług stomatologicznych. *Zdr Publ*. 2004;114(2):184–188, il., tab., bibliogr. 6 poz., sum. — Międzynarodowy kongres naukowy — Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego pt. Zdrowie społeczeństwa polskiego i problemy ochrony zdrowia w poakcesyjnej Polsce Zielona Góra 23–24.09.2004.
59. Plentara R, Knyszyńska A, Bażydło M, Zabielska P, Klim A, Kotwas A, Rotter I, Komola J, Karakiewicz B. Satysfakcja pacjentów podstawowej opieki medycznej. *Pom J Life Sci*. 2015;61(3):335–340.
60. Pytlarz M. Prawo Pacjenta do informacji. *Mag Stomatol*. 2017;6:107–110.
61. Riley JL 3rd, Gordan VV, Rindal DB, Fellows JL, Qvist V, Patel S, Foy P, Williams OD, Gilbert GH. Components of patient satisfaction with a dental restorative visit: results from the Dental Practice-Based Research Network, Dental Practice-Based Research Network Collaborative Group. *J Am Dent Assoc*. 2012 Sep;143(9):1002–10.
62. Rocha J, Pinto A, Batista M, Paula JS, Ambrosano G. The importance of the evaluation of expectations and perceptions to improve the dental service quality. *Int J Health Care Qual Assur*. 2017 Jul 10;30(6):568–576. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2016-0008.

63. Rudawska I. Satysfakcja pacjenta czy postrzegana jakość usługi zdrowotnej? O sposobach oceny relacji pacjent–usługodawca. *Zeszyt i Zarz.* 2005;3(1):101–106.
64. Rysiak E, Donejko M, Galicka E, Prokop I, Drągowski P, Cekała E, Dawidziuk G. Zarządzanie, poprzez jakość w zakładach opieki zdrowotnej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu.* 2014;2(39).
65. Rzychoń T. Jak skutecznie badać poziom satysfakcji pacjentów. *Nowoczesny Gabinet.* 10–11/2012(228):4–6.
66. Samad R, Akbar FH, Pasiga BD, Pratiwi R, Anwar AI, Djamaluddin N, Afyah N. Evaluation of Patient Satisfaction on Quality of Public Dental Health Service from Different Dimensiona in Indonesia. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada.* Volume: 18, Issue: 1, Article Number: e4033, Published: 2018.
67. Serwach M. Poszanowanie intymności i godności pacjenta w praktyce lekarzy dentystów, *Prawo Medyczne.* 2013, nr katalogowy. 90127:85–89.
68. Stoma M. *Modele i Metody Pomiaru Jakości usług*, Wydawnictwo Q&R Polska Sp. z o.o., Lublin 2012.
69. Szkiel A. Orientacja na klienta w wymaganiach normy ISO 9001:2015. *Marketing i Zarządzanie (d. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu).* 2016;3(44):83–93.
70. Szpringer M, Chmielewski J, Kosecka J, Sobczyk B, Komendacka O. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2015;21(2):132–137.
71. Szumska M. Asystentki i ich grzechy. *Oczami pacjentów.* *Asysta Dent.* 2010 (2):42–43, il., tab.
72. Szymańska J, Oleszek J, Piątkowska A, Koszuta A. Satysfakcja pacjenta z usług świadczonych w gabinecie stomatologicznym. *Zdr. Publ.* 2018;118(4):479–482, bibliogr. 28 poz., sum.
73. Tickle M, Campbell S. How do we measure quality in primary dental care. *British Dental Jurnal.* 2013 Aug 24;215(4),183–187.
74. Tomaszewski M, Matthews-Brzozowska T. Modyfikacja refundacji świadczeń stomatologicznych w Polsce — paradoks, który może okazać się skutecznym rozwiązaniem systemowym [w:] *Studencka i Doktorancka Sesja Naukowa „Innowacje w stomatologii”.* *Dental News XII.* Poznań, 8 IV 2018. Książka abstraktów.
75. Tomaszewski M, Matthews-Brzozowska T. Trendy prywatyzacyjne w sektorze usług stomatologicznych w Polsce w opinii respondentów — doniesienie wstępne. *Art Dent.* 2017;15(2):86–93, il. abstr. streszcz.
76. Ungureanu MI, Mocean F. What do patients take into account when they choose their dentist? Implications for quality improvement., *Patient Prefer Adherence.* 2015 Nov 27;9:1715–20. doi: 10.2147/PPA.S94310. eCollection.
77. Wereda W, Jończyk JA. The role of customer satisfaction in the modern marketing on the example of the market of dental services. *Polityki Europejskie, Finanse i Marketing.* 2016;16(65).

78. Wolniak R, Skotnicka-Zasadzień B. Zarządzanie jakością dla inżynierów. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice; 2010.
79. Wroński K. Reklama szeptana w stomatologii. *Stomatol Współcz.* 2012;19(2):16–20, il., tab., bibliogr.: 20, sum.
80. Wroński K, Bocian R, Depta A. Czy prawo pacjenta do intymności podczas udzielania świadczeń stomatologicznych jest przestrzegane przez lekarzy dentystów? Prawne aspekty związane z prawem pacjenta do intymności podczas udzielania świadczeń stomatologicznych w Polsce. *Nowa Stomatol.* 2011;2:43–47.
81. Wroński K, Bocian R, Depta A. Opinia pacjentów o celowości badania ich satysfakcji z usług stomatologicznych. *Stomatol Współcz.* 2010;17(4):10–17, il., tab., bibliogr.: 16–17, sum.
82. Wroński K, Bocian R. Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? *Pielęg Chir Angiol.* 2009;4:127–130, il., bibliogr. 21 poz., sum.
83. Wroński K. Świadomość pacjenta o wymogu jakości świadczonych usług stomatologicznych. *Stomatol Współcz.* 2011;18(3):12–17, (poz. a).

### **Akty prawne**

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1984 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w poradniach i pracowniach stomatologicznych [Dz.U. z 1984 r., Nr 37, poz. 197].
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.].
3. Rozporządzenie z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 193 ze zm.].
4. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą [Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729 ze zm.].
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 rok w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych [t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1331].
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru [t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 325 ze zm.].



7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą [Dz.U. z 2012 r., poz. 739 ze zm.].
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej [Dz.U. z 2005 r., Nr 200, poz. 1661].
9. Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.].
10. Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.].
11. Ustawa z 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia [t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1845 ze zm.].
12. Ustawa z 6 listopada 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia [t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 890 ze zm.].
13. Ustawa z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.].
14. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty [t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 617 ze zm.].
15. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia [t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 2135].
16. Zarządzenie Nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

### **Źródła internetowe**

1. <http://www.strefa-iso.pl/pl,art,14-zasad-deminga>, data dostępu 26.02.2019 r.
2. <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/12/124/>, data dostępu 31.01.2019 r.
3. [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_2018\\_5c3deab703e35.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5c3deab703e35.pdf), data dostępu 26.02.2019 r.
4. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/plany-finansowe-nfz>, data dostępu 26.02.2019 r.
5. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Provider/Index?ROK=2019&OW=15&ServiceType=07&Code=&Name=&City=&Nip=&Regon=&Product=&OrthopedicSupply=false>, data dostępu 26.02.2019 r.
6. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html>, data dostępu 26.02.2019 r.
7. [https://mfiles.pl/pl/index.php/Philip\\_Kotler](https://mfiles.pl/pl/index.php/Philip_Kotler), data dostępu 26.02.2019 r.
8. <http://stomatologianews.pl/marketing-gabinetow-stomatologicznych>, data dostępu 18.03.2019 rok.

9. [http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t038\\_pszw\\_2011\\_krok\\_-\\_jakosc\\_uslug\\_medycznych.pdf](http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t038_pszw_2011_krok_-_jakosc_uslug_medycznych.pdf), data dostępu 26.02.2019 r.
10. [https://www.governica.com/Metody\\_Taguchi](https://www.governica.com/Metody_Taguchi), data dostępu 26.02.2019 r.
11. [https://www.researchgate.net/publication/295667557\\_Specyfika\\_ryнку\\_usług\\_zdrowotnych](https://www.researchgate.net/publication/295667557_Specyfika_ryнку_usług_zdrowotnych), data dostępu 26.02.2019 r.
12. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób jamy ustnej i stomatologii dla województwa wielkopolskiego — Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób jamy ustnej i stomatologii dla województwa wielkopolskiego [http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/mapa\\_potrzeb\\_zdrowotnych\\_stomatologia\\_wielkopolskie.pdf](http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/mapa_potrzeb_zdrowotnych_stomatologia_wielkopolskie.pdf), data dostępu 26.02.2019 r.

## 11. Spis rycin

<b>Rycina 1.</b> Porady ambulatoryjne (według wieku i rodzaju) udzielone w 2017 roku. Źródło: GUS Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 roku . . . . .	25
<b>Rycina 2.</b> Praktyki lekarskie i stomatologiczne świadczące usługi z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według województw w 2017 roku. Źródło: GUS Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 roku [ <a href="https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html">https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html</a> , data dostępu 26.02.2019 r.] . . . . .	26
<b>Rycina 3.</b> Porady stomatologiczne w odniesieniu do pozostałych porad ambulatoryjnych według województw w 2017 roku. Źródło: GUS Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 roku [ <a href="https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html">https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html</a> , data dostępu 26.02.2019 r.] . . . . .	27
<b>Rycina 4.</b> Działania marketingowe poprawiające jakość. Źródło: Lisiecka K.: Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych. (w): Lisiecka K. (red.): Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, IPiS, Warszawa 2003, 25 (14) . . . . .	39
<b>Rycina 5.</b> Obszary działań marketingu. Źródło: Reputacja w funkcjonowaniu gabinetu stomatologicznego A. Bukowska, Mag. Stomatol. 2011: 21 (7/8) s. 118 . . . . .	40
<b>Rycina 6.</b> Płeć osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne . . . . .	45
<b>Rycina 7.</b> Miejsce zamieszkania osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne . . . . .	45
<b>Rycina 8.</b> Wiek osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne . . . . .	46
<b>Rycina 9.</b> Sytuacja materialna osoby ankietowanej. Źródło: opracowanie własne . . . . .	46
<b>Rycina 10.</b> Wykształcenie ankietowanych . . . . .	47
<b>Rycina 11.</b> Odsetek osób korzystających z poszczególnych świadczeń stomatologicznych. Źródło: opracowanie własne . . . . .	57
<b>Rycina 12.</b> Rodzaj finansowania usługi. Źródło: opracowanie własne . . . . .	59
<b>Rycina 13.</b> Osoba udzielająca świadczenia. Źródło: opracowanie własne . . . . .	59
<b>Rycina 14.</b> Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę w trakcie specjalizacji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	60
<b>Rycina 15.</b> Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę–specjalistę. Źródło: opracowanie własne . . . . .	61
<b>Rycina 16.</b> Znajomość i przestrzeganie praw pacjenta. Źródło: opracowanie własne . . . . .	62

<b>Rycina 17.</b> Kompetencje personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	63
<b>Rycina 18.</b> Uprzejmość personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	65
<b>Rycina 19.</b> Sprzęt i aparatura medyczna, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	66
<b>Rycina 20.</b> Dogodność terminów wizyt, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	67
<b>Rycina 21.</b> Kompetencje personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	69
<b>Rycina 22.</b> Uprzejmość personelu, jako najgorzej oceniany element usługi. Źródło: opracowanie własne . . . . .	70
<b>Rycina 23.</b> Sprzęt i aparatura medyczna, jako najgorzej oceniany element usługi. Źródło: opracowanie własne . . . . .	72
<b>Rycina 24.</b> Dogodność terminów wizyt, jako najgorzej oceniany element satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	73
<b>Rycina 25.</b> Przedstawienie graficzne licznosci z uwzględnieniem wieku ankietowanych w obszarach satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	74
<b>Rycina 26.</b> Przedstawienie graficzne satysfakcji względem wieku ankietowanych z obszaru rejestracja. Źródło: opracowanie własne . . . . .	76
<b>Rycina 27.</b> Przedstawienie graficzne licznosci z uwzględnieniem płci ankietowanych w obszarach satysfakcji. Źródło: opracowanie własne . . . . .	78
<b>Rycina 28.</b> Przedstawienie graficzne licznosci osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych w ramach procesu dydaktycznego, NFZ, usługa pełnopłatna oraz mieszane (jeżeli podano więcej niż jeden rodzaj finansowania). Źródło: opracowanie własne . . . . .	80
<b>Rycina 29.</b> Przedstawienie graficzne całkowitej satysfakcji względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego (usługa w ramach zajęć dydaktycznych, NFZ, usługa pełnopłatna, usługi mieszane). Źródło: opracowanie własne . . . . .	81
<b>Rycina 30.</b> Osoby korzystające ze świadczeń stomatologicznych w Polsce (dane w procentach). Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS [GUS, 2015] . . . . .	87
<b>Rycina 31.</b> Zgoda Komisji Bioetycznej . . . . .	150

## 12. Spis tabel

<b>Tabela 1.</b> Podział definicji według kategorii . . . . .	15
<b>Tabela 2.</b> Ewolucja definicji jakości ISO od 8402 do 9000 . . . . .	16
<b>Tabela 3.</b> Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, w tym leczenie stomatologiczne w latach 2017–2019 . . . . .	24
<b>Tabela 4.</b> Liczba podmiotów i umów w rodzaju leczenie stomatologiczne w latach 2017–2019 w Wielkopolsce . . . . .	25
<b>Tabela 5.</b> Struktura ankietowanych pod względem miejsca zamieszkania . . . . .	45
<b>Tabela 6.</b> Struktura wieku ankietowanych. . . . .	46
<b>Tabela 7.</b> Sytuacja materialna osoby ankietowanej . . . . .	47
<b>Tabela 8.</b> Wykształcenie ankietowanych . . . . .	47
<b>Tabela 9.</b> Statystyki opisowe dla poszczególnych zmiennych składowych satysfakcji pacjentów . . . . .	56
<b>Tabela 10.</b> Rodzaje udzielonych świadczeń stomatologicznych . . . . .	58
<b>Tabela 11.</b> Rodzaj finansowania świadczenia stomatologicznego . . . . .	59
<b>Tabela 12.</b> Osoba udzielająca świadczenia stomatologicznego . . . . .	60
<b>Tabela 13.</b> Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę w trakcie specjalizacji . . . . .	61
<b>Tabela 14.</b> Rodzaj świadczenia udzielonego przez lekarza dentystę–specjalistę . . . . .	61
<b>Tabela 15.</b> Znajomość i przestrzeganie praw pacjenta przez ankietowanych . . . . .	62
<b>Tabela 16.</b> Statystyki opisowe dla poszczególnych składowych kompetencji personelu . . . . .	64
<b>Tabela 17.</b> Istotność statystyczna w zakresie kompetencji personelu, jako najlepiej oceniany element składowy w odniesieniu do obszarów satysfakcji. . . . .	64
<b>Tabela 18.</b> Statystyki opisowe dla składowych uprzejmość personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	65
<b>Tabela 19.</b> Istotność statystyczna w zakresie uprzejmości personelu, jako najlepiej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	66
<b>Tabela 20.</b> Statystyki opisowe dla oceny wyposażenia gabinetu w sprzęt medyczny względem wskazania sprzętu, aparatury medycznej jako najlepiej ocenionego elementu usługi . . . . .	67
<b>Tabela 21.</b> Istotność statystyczna w zakresie wyposażenia gabinetu w sprzęt medyczny, jako najlepiej ocenionego elementu usługi . . . . .	67
<b>Tabela 22.</b> Statystyki opisowe dla oceny dogodność terminów wizyt względem wskazania godzin przyjęć, jako najlepiej ocenionego elementu usługi . . . . .	68

<b>Tabela 23.</b> Istotność statystyczna w zakresie godzin przyjęć, jako najlepiej ocenionego elementu usługi . . . . .	68
<b>Tabela 24.</b> Statystyki opisowe dla składowych kompetencji personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	69
<b>Tabela 25.</b> Istotność statystyczna w zakresie kompetencji personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	70
<b>Tabela 26.</b> Statystyki opisowe dla składowych uprzejmości personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	71
<b>Tabela 27.</b> Istotność statystyczna w zakresie uprzejmości personelu, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	71
<b>Tabela 28.</b> Statystyki opisowe dla oceny wyposażenia gabinetu w sprzęt i aparaturę medyczną, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	72
<b>Tabela 29.</b> Istotność statystyczna w zakresie wyposażenia gabinetu w sprzęt i aparaturę medyczną, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	73
<b>Tabela 30.</b> Statystyki opisowe dla oceny dogodność terminów wizyt, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	73
<b>Tabela 31.</b> Istotność statystyczna w zakresie dogodności terminów przyjęć, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji . . . . .	74
<b>Tabela 32.</b> Statystyki opisowe dla poszczególnych obszarów satysfakcji pacjentów względem wieku, jako najgorzej oceniany element składowy satysfakcji. . . . .	75
<b>Tabela 33.</b> Istotność statystyczna dla satysfakcji, względem wieku z obszaru rejestracja . . .	76
<b>Tabela 34.</b> Istotność statystyczna dla satysfakcji względem wieku z obszaru warunki lokalowe . . . . .	76
<b>Tabela 35.</b> Istotność statystyczna dla satysfakcji względem wieku z obszaru satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego . . . . .	77
<b>Tabela 35.</b> Istotność statystyczna dla satysfakcji względem wieku z obszaru satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego . . . . .	77
<b>Tabela 36.</b> Istotność statystyczna dla całkowitej satysfakcji względem wieku łącznie z trzech obszarów . . . . .	77
<b>Tabela 37.</b> Statystyki opisowe dla poszczególnych obszarów satysfakcji względem płci . . .	79
<b>Tabela 38.</b> Istotność statystyczna dla poszczególnych obszarów satysfakcji względem płci . . .	79
<b>Tabela 39.</b> Statystyki opisowe dla poszczególnych obszarów satysfakcji pacjentów względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego. . . . .	82
<b>Tabela 40.</b> Istotność statystyczna dla obszaru rejestracja pacjenta pod względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego. . . . .	83
<b>Tabela 41.</b> Istotność statystyczna dla obszaru warunki lokalowe pod względem rodzaju finansowania świadczenia stomatologicznego . . . . .	83
<b>Tabela 42.</b> Istotność statystyczna dla obszaru satysfakcja ze świadczenia stomatologicznego względem rodzaju finansowania świadczenia . . . . .	84

<b>Tabela 43.</b> Istotność statystyczna dla obszaru całkowita satysfakcja względem rodzaju finansowania świadczenia . . . . .	84
<b>Tabela 39.</b> Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych — w modyfikacji własnej. . . . .	120
<b>Tabela 40.</b> Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w dentobusie — w modyfikacji własnej. . . . .	124
<b>Tabela 41.</b> Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym — w modyfikacji własnej . . . . .	127
<b>Tabela 42.</b> Wykaz świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS — w modyfikacji własnej . . . . .	132
<b>Tabela 43.</b> Wykaz świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii — w modyfikacji własnej. . . . .	136
<b>Tabela 44.</b> Wykaz świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży — w modyfikacji własnej . . . . .	139
<b>Tabela 45.</b> Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej — w modyfikacji własnej . . . . .	141
<b>Tabela 46.</b> Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki — w modyfikacji własnej . . . . .	142
<b>Tabela 47.</b> Wykaz świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej — w modyfikacji własnej . . . . .	143
<b>Tabela 48.</b> Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia oraz udzielanych w dentobusie — w modyfikacji własnej . . . . .	145

## 13. Aneks

**Tabela 39.** Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej	- raz w roku
2	Badanie lekarskie kontrolne	- trzy razy w roku (kobiety w ciąży i w okresie połogu — nie częściej niż raz na kwartał)
3	Konsultacja specjalistyczna	- badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi
4	Badanie żywotności zęba	- badanie żywotności zęba wraz z badaniem trzech zębów sąsiednich lub przeciwstawnych
5	Rentgenodiagnostyka do dwóch zdjęć wewnątrzustnych	- raz w roku kalendarzowym z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej
6	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- jako samodzielne znieczulenie w powiązaniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi
7	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	- udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi
8	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	- udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami
9	Leczenie próchnicy powierzchniowej — za każdy ząb	- obejmuje również leczenie próchnicy początkowe
10	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi — bezpośrednie pokrycie miazgi	- brak warunków realizacji świadczenia
11	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	
12	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	
13	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach	
14	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach	
15	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach	
16	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	
17	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	



Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
18	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi	- za każdy kanał — u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobiet w ciąży i w okresie połogu jest udzielane w całym uzębieniu. Świadczenie u osób powyżej 18. roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych
19	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba	
20	Czasowe wypełnienie kanału	
21	Wypełnienie kanału	
22	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi — nie obejmuje opracowania i odbudowy zęba	
23	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	- raz w roku w obrębie całego uzębienia
24	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	- obejmuje każdą wizytę
25	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	
26	Kiretaż zwykły w obrębie 1/4 uzębienia	- nie obejmuje znieczulenia i opatrunku
27	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	- brak warunków realizacji świadczenia
28	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	- nie obejmuje znieczulenia
29	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	
30	Chirurgiczne usunięcie zęba	- usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe, nie obejmuje znieczulenia
31	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do trzech zębodołów wraz ze szwem	- brak warunków realizacji świadczenia
32	Założenie opatrunku chirurgicznego	
33	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnym leżącego ropnia wraz z drenażem i opatrunkiem	- nie obejmuje znieczulenia
34	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk	- obejmuje tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy
35	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy	- brak warunków realizacji świadczenia
36	Uzupełnienie braków zębowych za pomocą protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie 5–8 brakujących zębów	- obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lub podpierających w liczbie według wskazań indywidualnych - 1 raz na 5 lat w zakresie 5–8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
37	Uzupełnienie braków zębowych za pomocą protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie więcej niż 8 zębów	- obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lub podpierających w liczbie według wskazań indywidualnych 1 raz na 5 lat w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
38	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce	- obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej całkowitej w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
39	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie	
40	Odtworzenie funkcji lub poszerzenia zakresu ruchomej protezy (naprawy) w większym zakresie z wyciskiem	- obejmuje odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem, 1 raz na 2 lata
41	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z ukształtowaniem obrzeża — dla szczęki	- raz na 2 lata
42	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża — dla żuchwy	
43	Wizyta adaptacyjna -dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci	- udzielane bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi (do ukończenia 6. roku życia)
44	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakierem szczelinowym — za każdy ząb	- dotyczy bruzd pierwszych trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8. roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych (1 raz do ukończenia 14. roku życia)
45	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	- dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał — za każdą 1/4 łuku zębowego (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
46	Impregnacja zębiny	- dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych — za każdy ząb - (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
47	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
48	Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornowanym korzeniem	
49	Amputacja przyżyciowa miazgi	
50	Ekstyrpacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornowanym korzeniem	
51	Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieufornowanym korzeniem — za kanał	
52	Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego	- obejmuje amputację mortalną zęba mlecznego (dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia)
53	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	- obejmuje także opracowanie ubytku zęba (dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia)
54	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	- dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba. (dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia)
55	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	- dotyczy zębów stałych (dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia)

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
56	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem dwóch kanałów	- nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba. Świadczenie (dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w ciąży i połogu)
57	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem trzech kanałów	
58	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem dwóch kanałów ze zgorzelą miazgi	
59	Usunięcie zębów nazębnych ze wszystkich zębów	- udzielane kobietom w ciąży i w okresie połogu, nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy, w obrębie całego uzębienia
60	Badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zęba	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (obejmuje jednorazowe badanie lekarskie stomatologiczne po urazie zęba wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi związanymi z udzieleniem pomocy medycznej pourazowej, oraz badanie lekarskie kontrolne związane z urazem zęba, wykonywane do 3 razy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu, z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej)
61	Leczenie endodontyczne zęba z nieufor-mowanym korzeniem (z zastosowaniem materiału typu MTA: MTA 1 kanału; MTA 2 kanałów; MTA 3 kanałów; typu MTA –inne)	- udzielane przez lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub lekarza specjalistę w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, lub lekarza dentystę w trakcie specjalizacji w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją - (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
62	Rentgenodiagnostyka do 5 zdjęć wewnątrzustnych	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (obejmuje wykonanie do 5 zdjęć wewnątrzustnych w roku wraz z opisem oraz wpisem w dokumentację medyczną), jest realizowane w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi o kodzie ICD-9 23.01 wraz z rozszerzeniami oraz 23.13 wraz z rozszerzeniami
63	Rentgenodiagnostyka — zdjęcie pantomograficzne z opisem	- udzielane dzieciom i młodzieży od 5. do ukończenia 18. roku życia w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów, zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia, lub diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych (obejmuje wykonanie zdjęcia wraz z przygotowaniem opisu badania oraz wpisem w dokumentację medyczną), świadczenie jest udzielane 1 raz na 3 lata w połączeniu ze świadczeniami z zakresu stomatologii

**Tabela 40.** Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w dentobusie — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- raz w roku
2	Badanie lekarskie kontrolne	- trzy razy w roku (kobiety w ciąży i w okresie połogu nie częściej niż 1 raz na kwartał)
3	Konsultacja specjalistyczna	- obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniami diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami
4	Badanie żywotności zęba	- obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych
5	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- obejmuje wykonanie zdjęcia (do 2 zdjęć zewnątrzustnych w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej)
6	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami
7	Znieczulenie miejscowe nasiętkowe	- udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami
8	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	- udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami
9	Leczenie próchnicy powierzchniowej — za każdy ząb	- obejmuje również leczenie próchnicy początkowej
10	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi — bezpośrednio pokrycie miazgi	- brak warunków realizacji świadczenia
11	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	
12	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	
13	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach	
14	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach	
15	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach	
16	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	
17	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	- za każdy kanał
18	Ekstyrpacja przyżyciowa miazgi	
19	Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba	
20	Czasowe wypełnienie kanału	
21	Wypełnienie kanału	- obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba
22	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi	

23	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	- udzielane 1 raz w roku kalendarzowym w obrębie całego uzębienia
24	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	- obejmuje każdą wizytę
25	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	
26	Kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie 1/4 uzębienia	- nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia i opatrunku
27	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	- brak warunków realizacji świadczenia
28	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	- nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia
29	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	
30	Chirurgiczne usunięcie zęba	- obejmuje usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe z zastosowaniem wiertel i dźwigni, nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia
31	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem	- brak warunków realizacji świadczenia
32	Założenie opatrunku chirurgicznego	
33	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącego ropnia, włącznie z drenażem i opatrunkiem	- nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia
34	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk	- obejmuje tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy
35	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy	- brak warunków realizacji świadczenia
36	Wizyta adaptacyjna -dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci	- udzielane bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi, dotyczy pierwszej wizyty małych dzieci (do ukończenia 6. roku życia)
37	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym — za każdy ząb	- dotyczy bruzd pierwszych trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8. roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14. roku życia (nie dotyczy dentobusu)
37a	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym — za każdy ząb	- dotyczy bruzd zębów szóstych oraz bruzd zębów siódmych i jest udzielane raz do ukończenia 14. roku życia (dotyczy dentobusu)
38	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	- dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał — za każdą 1/4 łuku zębowego
39	Impregnacja zębiny	- dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych — każdy ząb
40	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	- obejmuje także opracowanie ubytku zęba
41	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	- dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba
42	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	- dotyczy zębów stałych
43	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	- brak warunków realizacji świadczenia
44	Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornym korzeniem	
45	Amputacja przyżyciowa miazgi	- udzielane w udokumentowanych przypadkach

46	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornym korzeniem	- za każdy kanał
47	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieufornym korzeniem	- za każdy kanał
48	Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego	- obejmuje amputację mortalną zęba mlecznego
49	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 2 kanałów	- obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba
50	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 3 kanałów	
51	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów ze zgorzelą miazgi	- obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba
52	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów	- udzielane nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia
53	Badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zęba	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (obejmuje jednorazowe badanie lekarskie stomatologiczne po urazie zęba wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi związanymi z udzieleniem pomocy medycznej pourazowej, oraz badanie lekarskie kontrolne związane z urazem zęba, wykonywane do 3 razy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu), nie dotyczy dentobusu
53a	Badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zębów	- obejmuje jednorazowe badanie lekarskie stomatologiczne po urazie wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi związanymi z udzieleniem pomocy medycznej pourazowej, oraz badanie lekarskie kontrolne związane z urazem zęba, wykonywane do 3 razy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu, z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej, udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (dotyczy dentobusu)
54	Leczenie endodontyczne zęba z nieufornym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA: MTA 1 kanału; MTA 2 kanałów; MTA 3 kanałów; MTA — inne	- udzielane przez lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub lekarza specjalistę w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, lub lekarza dentystę w trakcie specjalizacji w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją (nie dotyczy dentobusu)
54a	Leczenie endodontyczne zęba z nieufornym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA: MTA 1 kanału; MTA 2 kanałów; MTA 3 kanałów; MTA — inne	- udzielane przez lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub lekarza dentystę w trakcie specjalizacji w dziedzinie stomatologii dziecięcej (wyposażeniem potrzebnym do przeprowadzenia świadczenia jest endometr, aparat RTG do zdjęć zębowych lub radiowizjografia) udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (dotyczy dentobusu)

55	Rentgenodiagnostyka do 5 zdjęć wewnątrzustnych	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia, wykonanie do 5 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym wraz z przygotowaniem opisu badań oraz wpisaniem opisu zdjęć w dokumentację medyczną), realizowane w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi
55a	Rentgenodiagnostyka do 5 zdjęć wewnątrzustnych	- obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia, udzielane do 5 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi (dotyczy dentobusu)
56	Rentgenodiagnostyka — zdjęcie pantomograficzne z opisem Brak możliwości wykonania w dentobusie	- udzielane dzieciom i młodzieży od 5. do ukończenia 18. roku życia w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów, zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia, diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych( obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia wraz z przygotowaniem opisu badania oraz wpisaniem opisu zdjęcia w dokumentację medyczną; jest udzielane 1 raz na 3 lata w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu stomatologii (nie dotyczy dentobusu)

**Tabela 41.** Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym – w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- udzielane 1 raz w roku
2	Badanie lekarskie kontrolne	- udzielane 3 razy w roku (w przypadku kobiet w ciąży i w okresie połogu, nie częściej niż 1 raz na kwartał)
3	Konsultacja specjalistyczna	- obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami
4	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku w połączeniu z innymi świadczeniami z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej
5	Leczenie próchnicy powierzchniowej — za każdy ząb	- obejmuje również leczenie próchnicy początkowej
6	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi — bezpośrednie pokrycie miazgi	- brak warunków realizacji świadczenia
7	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
8	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	- brak warunków realizacji świadczenia
9	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach	
10	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach	
11	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach	
12	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	
13	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	
14	Ekstyrpacja przyżyciowa miazgi (za każdy kanał)	- udzielane u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz u kobiet w ciąży i w okresie połogu jest udzielane w całym uzębieniu (u osób powyżej 18. roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych)
15	Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba (za każdy kanał)	
16	Czasowe wypełnienie kanału (za każdy kanał)	
17	Wypełnienie kanału (za każdy kanał)	- udzielane u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz u kobiet w ciąży i w okresie połogu jest udzielane w całym uzębieniu (u osób powyżej 18. roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych)
18	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi	- udzielane u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz u kobiet w ciąży i w okresie połogu jest udzielane w całym uzębieniu (u osób powyżej 18. roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych, nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)
19	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	- raz w roku w obrębie całego uzębienia
20	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	- obejmuje każdą wizytę
21	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	
22	Kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie 1/4 uzębienia	- nie obejmuje opatrunku
23	Plastyka wędzidełka, wargi, policzka	- dotyczy plastyki wędzidełka, wargi i fałdów śluzówkowych przedsionka jamy ustnej i policzka (nie obejmuje opatrunku)
24	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	- brak warunków realizacji świadczenia
25	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	
26	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	
27	Chirurgiczne usunięcie zęba	- obejmuje usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe z zastosowaniem wiertel i dźwigni
28	Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnętrznozębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego	- brak warunków realizacji świadczenia
29	Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego	



Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
30	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem	- brak warunków realizacji świadczenia
31	Chirurgiczne zaopatrzenie dużej albo znacznie zanieczyszczonej rany w obrębie połowy szczęki włącznie z opracowaniem i szwami	- obejmuje również żuchwę
32	Zatamowanie masywnego krwawienia w obrębie jamy ustnej przez podwiązanie, podkłucie naczyń bądź zatkanie kością	- obejmuje zatamowanie masywnego krwawienia w obrębie jamy ustnej przez podwiązanie, podkłucie naczyń bądź zatkanie kością — jako zabieg odrębny
33	Założenie opatrunku chirurgicznego	- brak warunków realizacji świadczenia
34	Wycięcie małego guzka lub zmiany guzopodobnej, włókniaka	- obejmuje wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej lub włókniaka lub pobranie wycinka/biopsji kości wraz z uzyskaniem wyników badania histopatologicznego
35	Wyłuszczenie torbieli zębopochodnej	- brak warunków realizacji świadczenia
36	Wyłuszczenie kamienia z przewodu ślinianki	
37	Plastyka połączenia lub przetoki ustno-zatokowej — jako samodzielne postępowanie lub jako następstwo ekstrakcji	
38	Zamknięcie zatoki otwartej w przebiegu chirurgicznego usuwania zęba	- obejmuje plastykę połączenia ustno-zatokowego jako następstwo ekstrakcji zęba wykonywanej w ramach świadczeń gwarantowanych
39	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącego ropnia, włącznie z drenażem i opatrunkiem	- brak warunków realizacji świadczenia
40	Założenie szyny drucianej (nazębnej) przy zwichnięciach, reimplantacjach lub transplantacjach zębów, również założenie szyny przy zapaleniu kości, operacjach plastycznych lub resekcjach oraz szynowanie nieuszkodzonej, przeciwstawnej szczęki lub żuchwy	
41	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy	
42	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym — za każdy ząb	- dotyczy bruzd pierwszych trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8. roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14. roku życia
43	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	- dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał — za każdą 1/4 łuku zębowego (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
44	Impregnacja zębiny (za każdy ząb)	- dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
45	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	- obejmuje opracowanie ubytku zęba (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
46	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	- dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
47	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	- dotyczy zębów stałych (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
48	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
49	Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornym korzeniem	
50	Amputacja przyżyciowa miazgi	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia w udokumentowanych przypadkach
51	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornym korzeniem (każdy kanał)	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
52	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieufornym korzeniem (każdy kanał)	
53	Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego	- obejmuje amputację mortalną zęba mlecznego (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
54	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 2 kanałów	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu (nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)
55	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 3 kanałów	
56	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów ze zgorzelą miazgi	
57	Kiretaż otwarty w obrębie 1/4 uzębienia	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu (nie obejmuje opatrunku)
58	Gingiwoosteoplastyka	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (nie obejmuje opatrunku)
59	Plastyka przedSIONKA jamy ustnej met. Clarka, Kazanjana, Nabersa	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
60	Założenie opatrunku parodontologicznego	- obejmuje każde 3 kolejne przestrzenie międzyzębowe (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu)
61	Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem pętli drucianej dla celów ortodontycznych	- wykonywane w celu sprowadzenia zęba do łuku i obejmuje także założenie innego elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku. (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
62	Operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
63	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów	- udzielane kobietom w ciąży i w okresie połogu, nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
64	Badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zęba	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (obejmuje jednorazowe badanie lekarskie stomatologiczne po urazie zęba wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi związanymi z udzieleniem pomocy medycznej pourazowej, oraz badanie lekarskie kontrolne związane z urazem zęba, wykonywane do 3 razy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu, z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej)
65	Leczenie endodontyczne zęba z nieuforzonym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA: MTA 1 kanału; MTA 2 kanałów; MTA 3 kanałów; MTA — inne	- udzielane przez lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub lekarza specjalistę w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, lub lekarza dentystę w trakcie specjalizacji w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją
66	Rentgenodiagnostyka do 5 zdjęć wewnątrzustnych	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia - świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia (obejmuje wykonanie do 5 zdjęć wewnątrzustnych w roku wraz z przygotowaniem opisu badań oraz wpisaniem opisu zdjęć w dokumentację medyczną) - świadczenie jest realizowane w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi o kodzie ICD-9 23.01 wraz z rozszerzeniami oraz 23.13 wraz z rozszerzeniami
67	Rentgenodiagnostyka — zdjęcie pantomograficzne z opisem	- udzielane dzieciom i młodzieży od 5. do ukończenia 18. roku życia w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów, zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia, lub diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych (obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia wraz z przygotowaniem opisu badania oraz wpisaniem opisu zdjęcia w dokumentację medyczną pacjenta. Świadczenie jest udzielane 1 raz na 3 lata w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi)

**Tabela 42.** Wykaz świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- udzielane raz w roku kalendarzowym	
2	Badanie lekarskie kontrolne	- udzielane 3 razy w roku (u kobiety w ciąży i w okresie nie częściej niż 1 raz na kwartał)	
3	Konsultacja specjalistyczna	- obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi	
4	Badanie żywotności zęba	- obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych	
5	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku w połączeniu z innymi świadczeniami i z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej	
6	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi	
7	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	- udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi	
8	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	- świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi	
9	Leczenie próchnicy powierzchniowej — za każdy ząb	- obejmuje również leczenie próchnicy początkowej	
10	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi — bezpośrednio pokrycie miazgi	- brak warunków realizacji świadczenia	
11	Opatrunek leczniczy w zębie stałym		
12	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni		
13	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach		
14	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach		
15	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach		
16	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem		
17	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem		
18	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi (za każdy kanał)		- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu (w całym uzębieniu) u osób powyżej 18. roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych
19	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba (za każdy kanał)		
20	Czasowe wypełnienie kanału (za każdy kanał)		
21	Wypełnienie kanału (za każdy kanał)		

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
22	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu jest udzielane ( w całym uzębieniu), u osób powyżej 18. roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych, nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba
23	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	- raz w roku w obrębie całego uzębienia
24	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	- każda wizyta
25	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	
26	Kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie 1/4 uzębienia	- Świadczenie u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych obejmuje wykonanie kiretażu zwykłego (zamkniętego) w obrębie co najmniej 1/2 uzębienia w czasie jednej wizyty. Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia i opatrunku
27	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	- brak warunków realizacji świadczenia
28	Usunięcie zęba jedнокorzeniowego	- nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia
29	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	
30	Chirurgiczne usunięcie zęba	- obejmuje usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe przy zastosowaniu wiertel i dźwigni, nie obejmuje znieczulenia
31	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem	- brak warunków realizacji świadczenia
32	Założenie opatrunku chirurgicznego	
33	Zamknięcie zatoki otwartej w przebiegu chirurgicznego usuwania zęba	- obejmuje plastikę połączenia ustno-zatokowego jako następstwo ekstrakcji zęba wykonywanej w ramach świadczeń gwarantowanych
34	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem	- nie obejmuje znieczulenia
35	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów — włącznie z prostym umocowaniem do zębów sąsiednich	- brak warunków realizacji świadczenia
36	Repozycja i unieruchomienie złamanego fragmentu wyrostka zębodołowego z zębem lub zębami	
37	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk	- obejmuje tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy
38	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy	- brak warunków realizacji świadczenia

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
39	Uzupełnienie braków zębowych za pomocą protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie 5–8 brakujących zębów	- obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lub podpierających w liczbie według wskazań indywidualnych 1 raz na 5 lat w zakresie 5–8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
40	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie więcej niż 8 zębów	
41	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce	- obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej całkowitej w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łożce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
42	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie	- obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej całkowitej w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łożce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
43	Czynności dla odtworzenia funkcji lub poszerzenia zakresu ruchomej protezy (naprawy) w większym zakresie z wyciskiem	- obejmuje odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem, 1 raz na 2 lata
44	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z ukształtowaniem obrzeża — dla szczęki	- raz na 2 lata
45	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża — dla żuchwy	
46	Wizyta adaptacyjna -dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci	- udzielane bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi, dotyczy pierwszej wizyty małych dzieci (do ukończenia 6. roku życia)
47	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym — za każdy ząb	- dotyczy bruzd pierwszych trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8. roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14. roku życia
48	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	- dotyczy wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał — za każdą 1/4 łuku zębowego. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
49	Impregnacja zębiny(za każdy ząb)	- dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
50	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	- dotyczy opracowania ubytku zęba. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
51	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	- dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
52	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	- dotyczy zębów stałych. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
53	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
54	Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornym korzeniem	
55	Amputacja przyżyciowa miazgi	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia w udokumentowanych przypadkach
56	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornym korzeniem (za każdy kanał)	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
57	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieufornym korzeniem (za każdy kanał)	
58	Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego	- obejmuje amputacją mortalną zęba mlecznego. (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
59	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 2 kanałów	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu (nie obejmuje znieczulenia, opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)
60	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 3 kanałów	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu (nie obejmuje znieczulenia, opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)
61	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów ze zgorzelą miazgi	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu. (nie obejmuje znieczulenia, opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)
62	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów	- udzielane kobietom w ciąży i w okresie połogu, nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia
63	Badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zęba	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (obejmuje jednorazowe badanie lekarskie stomatologiczne po urazie zęba wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi związanymi z udzieleniem pomocy medycznej pourazowej, oraz badanie lekarskie kontrolne związane z urazem zęba, wykonywane do 3 razy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu)

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
64	Leczenie endodontyczne zęba z nieuforzonym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA: 1) leczenie endodontyczne zęba z nieuforzonym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA 1 kanału; MTA 2 kanałów; MTA 3 kanałów; MTA — inne	- udzielane przez lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub lekarza specjalistę w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, lub lekarza dentystę w trakcie specjalizacji w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia)
65	Rentgenodiagnostyka do 5 zdjęć wewnątrzustnych	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia - Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia (obejmuje wykonanie do 5 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym wraz z przygotowaniem opisu badań oraz wpisaniem opisu zdjęć w dokumentację medyczną pacjenta, realizowane w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi)
66	Rentgenodiagnostyka — zdjęcie pantomograficzne z opisem	- udzielane dzieciom i młodzieży od 5. do ukończenia 18. roku życia w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów, zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia, diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych (obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia wraz z przygotowaniem opisu badania oraz wpisaniem opisu zdjęcia w dokumentację medyczną pacjenta. Świadczenie jest udzielane 1 raz na 3 lata w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu stomatologii)

**Tabela 43.** Wykaz świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- raz w roku
2	Badanie lekarskie kontrolne	- 3 razy w roku, przypadku kobiet w ciąży i w okresie połogu świadczenie jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał
3	Konsultacja specjalistyczna	- obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi
4	Badanie żywotności zęba	- obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych



Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
5	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia. Świadczenie jest udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej
6	Rentgenodiagnostyka — zdjęcie pantomograficzne z opisem	- obejmuje wykonanie zdjęcia, udzielane 1 raz na 3 lata z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej — w połączeniu ze świadczeniami chirurgii stomatologicznej i periodontologii
7	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami
8	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	- udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami
9	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	
10	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	- udzielane 1 raz w roku w obrębie całego uzębienia
11	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	- obejmuje każdą wizytę
12	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	
13	Kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie 1/4 uzębienia	- nie obejmuje znieczulenia i opatrunku
14	Plastyka wędzidełka, wargi, policzka	- dotyczy plastyki wędzidełka, wargi i fałdów śluzówkowych przedsonka jamy ustnej i policzka (nie obejmuje znieczulenia i opatrunku)
15	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	- nie obejmuje znieczulenia
16	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	
17	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	
18	Chirurgiczne usunięcie zęba	- obejmuje usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe przy zastosowaniu wiertła i dźwigni (nie obejmuje znieczulenia)
19	Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnętrznozębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego	- nie obejmuje znieczulenia
20	Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego	
21	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem	- brak warunków realizacji świadczenia
22	Chirurgiczne zaopatrzenie dużej albo znacznie zanieczyszczonej rany w obrębie połowy szczęki włącznie z opracowaniem i szwami	- obejmuje również żuchwę
23	Zatamowanie masywnego krwawienia w obrębie jamy ustnej przez podwiązanie, podkłucie naczyń bądź zatkanie kością	- obejmuje zatamowanie masywnego krwawienia w obrębie jamy ustnej przez podwiązanie, podkłucie naczyń bądź zatkanie kością — jako zabieg odrębny
24	Założenie opatrunku chirurgicznego	- brak warunków realizacji świadczenia
25	Wycięcie małego guzka lub zmiany guzopodobnej, włókniaka	- obejmuje wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, włókniaka lub pobranie wycinka, biopsję kości wraz z uzyskaniem wyników badania histopatologicznego

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
26	Wyłuszczenie torbieli zębopochodnej	- brak warunków realizacji świadczenia
27	Wyłuszczenie kamienia z przewodu ślinianki	
28	Plastyka połączenia lub przetoki ustno-zatokowej — jako samodzielne postępowanie lub jako następstwo ekstrakcji	
29	Zamknięcie zatoki otwartej w przebiegu chirurgicznego usuwania zęba	- obejmuje plastykę połączenia ustno-zatokowego jako następstwo ekstrakcji zęba wykonywanej w ramach świadczeń gwarantowanych
30	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem	- nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia
31	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów — włącznie z prostym umocowaniem do zębów sąsiednich	- brak warunków realizacji świadczenia
32	Repozycja i unieruchomienie złamanego fragmentu wyrostka zębodołowego z zębem lub zębami	
33	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk	- obejmuje tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy
34	Założenie szyny drucianej (nazębnej) przy zwichnięciach, reimplantacjach lub transplantacjach zębów, również założenie szyny przy zapaleniu kości, operacjach plastycznych lub resekcjach oraz szynowanie nieuszkodzonej, przeciwstawnej szczęki lub żuchwy	- brak warunków realizacji świadczenia
35	Zdjęcie jednej szyny przy wymianie unieruchomienia lub zakończeniu leczenia zachowawczego złamania szczęk	
36	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy	
37	Kiretaż otwarty w obrębie 1/4 uzębienia	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu (nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia i opatrunku)
38	Gingiwoosteoplastyka	
39	Plastyka przedsionka jamy ustnej met. Clarka, Kazanjana, Nabersa	
40	Założenie opatrunku parodontologicznego	- obejmuje każde 3 kolejne przestrzenie międzyzębowe, udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu
41	Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem pętli drucianej dla celów ortodontycznych	- wykonywane w celu sprowadzenia zęba do łuku (udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, obejmuje także założenie innego elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku i nie obejmuje znieczulenia)
42	Operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia)

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
43	Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego	- dotyczy zębów przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3- do -3). Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia)
44	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów	- udzielane kobietom w ciąży i w okresie połogu, nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia
45	Badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zęba	- udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (obejmuje jednorazowe badanie lekarskie stomatologiczne po urazie zęba wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi związanymi z udzieleniem pomocy medycznej pourazowej, oraz badanie lekarskie kontrolne związane z urazem zęba, wykonywane do 3 razy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu)

**Tabela 44.** Wykaz świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- raz w roku do ukończenia 18. roku życia
2	Badanie lekarskie kontrolne	- trzy razy w roku do ukończenia 18. roku życia
3	Konsultacja specjalistyczna	- obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi (udzielane do ukończenia 18. roku życia)
4	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia (udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami)
5	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami do ukończenia 18. roku życia
6	Rentgenodiagnostyka — zdjęcie pantomograficzne z opisem	- obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia, udzielane 2 razy w trakcie całego leczenia ortodontycznego (w uzasadnionym przypadku) w połączeniu z innymi świadczeniami do ukończenia 18. roku życia
7	Ortodontyczny rentgenogram głowy lub cefalometria	- obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia kefalometrycznego, udzielane 2 razy w trakcie całego leczenia ortodontycznego (w uzasadnionym przypadku) w połączeniu z innymi świadczeniami do ukończenia 18. roku życia
8	Analiza telerentgenogramu	- udzielane w ramach leczenia ortodontycznego wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania jedno- i dwuszczękowego, udzielane do ukończenia 12. roku życia w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
9	Wycisk jednej szczęki dla diagnozy, planowania i kontroli	- udzielane w ramach leczenia ortodontycznego wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania jedno- i dwuszczękowego (do ukończenia 12. roku życia jako samodzielne postępowanie)
10	Wykonanie zgryzu konstrukcyjnego	
11	Utrzymywacz przestrzeni jako samodzielne postępowanie	
12	Środki dla wprowadzenia pojedynczego przemieszczonego zęba do łuku, po chirurgicznym jego odsłonięciu	- udzielane w ramach leczenia ortodontycznego wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania jedno- i dwuszczękowego (do ukończenia 12. roku życia, z wyłączeniem aparatów stałych)
13	Leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, jednoszczękowym	- udzielane w ramach leczenia ortodontycznego wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania jedno- i dwuszczękowego (do ukończenia 12. roku życia — nie przysługuje wykonanie aparatu ortodontycznego w przypadku nieprawidłowego użytkowania, zniszczenia go lub utraty)
14	Leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, dwuszczękowym nieelastycznym	
15	Kontrola przebiegu leczenia z aparatem ruchomym	- udzielane w ramach leczenia ortodontycznego wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania jedno- i dwuszczękowego do ukończenia 12. roku życia, w ramach kontroli wyników leczenia po jego zakończeniu w tak zwanym okresie retencji do ukończenia 13. roku życia (dotyczy dzieci leczonych w ramach świadczeń gwarantowanych). Świadczenie jest udzielane nie częściej niż 12 razy w roku
16	Naprawa aparatu z wyciskiem	- dotyczy naprawy ruchomego aparatu ortodontycznego wykonanego w ramach świadczeń gwarantowanych do ukończenia 13. roku życia. Świadczenie jest udzielane raz w roku kalendarzowym (nie przysługuje naprawa aparatu ortodontycznego uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania)
17	Rekonstrukcja aparatu ruchomego przy pacjencie w niewielkim zakresie	- dotyczy naprawy ruchomego aparatu ortodontycznego wykonanego w ramach świadczeń gwarantowanych do ukończenia 13. roku życia. Świadczenie jest udzielane nie częściej niż 12 razy w roku kalendarzowym (nie przysługuje naprawa aparatu ortodontycznego uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania)
18	Korekcyjne szlifowanie zębów	- udzielane do ukończenia 18. roku życia
19	Proteza dziecięca częściowa	
20	Proteza dziecięca całkowita	

**Tabela 45.** Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- raz w roku
2	Badanie lekarskie kontrolne	- 3 razy w roku
3	Konsultacja specjalistyczna	- obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi
4	Badanie żywotności zęba	- obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych
5	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia (udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami)
6	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami
7	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	- obejmuje każdą wizytę
8	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie 5–8 brakujących zębów	- obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lub podpierających w liczbie według wskazań indywidualnych 1 raz na 5 lat w zakresie 5–8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
9	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie więcej niż 8 zębów	- obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lub podpierających w liczbie według wskazań indywidualnych 1 raz na 5 lat w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
10	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce	- obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej całkowitej w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów w obrębie twarzoczaszki)
11	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie	
12	Czynności dla odtworzenia funkcji lub poszerzenia zakresu ruchomej protezy (naprawy) w większym zakresie z wyciskiem	- obejmuje odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem, 1 raz na 2 lata

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
13	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z ukształtowaniem obrzeża — dla szczęki	- udzielane 1 raz na 2 lata
14	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża — dla żuchwy	

**Tabela 46.** Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- raz w roku
2	Badanie lekarskie kontrolne	- 3 razy w roku kalendarzowym (kobietom w ciąży i w okresie połogu świadczenie jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał)
3	Konsultacja specjalistyczna	- obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniami diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi
4	Badanie żywotności zęba	- obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych
5	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia, jest udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami
6	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami
7	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	- udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami
8	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	
9	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	- obejmuje każdą wizytę
10	Uzupełnienie braków zębowych za pomocą protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie 5–8 brakujących zębów	- obejmuje uzupełnienie za pomocą ruchomej protezy akrylowej częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących lub podpierających w liczbie według wskazań indywidualnych
11	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie więcej niż 8 zębów	
12	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęcie	- obejmuje zaopatrzenie za pomocą protezy akrylowej całkowitej w szczęcie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej
13	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie	

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
14	Czynności dla odtworzenia funkcji lub poszerzenia zakresu ruchomej protezy (naprawy) w większym zakresie z wyciskiem	- obejmuje odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem, 1 raz na 2 lata
15	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z ukształtowaniem obrzeża — dla szczęki	- raz na 2 lata
16	Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża — dla żuchwy	- brak warunków realizacji świadczenia
17	Czynności dla uzupełnienia brakujących tkanek miękkich, wyrównania lub zamknięcia defektów w obrębie szczęki przy istniejącym resztkowym zgryzie (uzębieniu)	
18	Czynności dla uzupełnienia brakujących tkanek miękkich, wyrównania lub zamknięcia defektów w obrębie szczęki przy bezzębnej szczęce	
19	Wykonanie obturatora dla zamknięcia podniebienia miękkiego	
20	Wykonanie tymczasowej protezy poresekcyjnej wypełniającej ubytki po resekcji lub uzupełniającej duże defekty szczęki	
21	Wykonanie protezy poresekcyjnej ostatecznej	
22	Wykonanie protezy lub epitezy dla uzupełnienia zewnątrzustrojowych defektów części miękkich lub dla uzupełnienia brakujących części twarzy w mniejszym zakresie	
23	Wykonanie protezy lub epitezy dla uzupełnienia zewnątrzustrojowych defektów części miękkich lub dla uzupełnienia brakujących części twarzy w większym zakresie	

**Tabela 47.** Wykaz świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	- raz w roku
2	Badanie lekarskie kontrolne	- udzielane 3 razy w roku (w przypadku kobiet w ciąży i w okresie połogu świadczenie jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał)
3	Badanie żywotności zęba	- obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych
4	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	- świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia. Świadczenie jest udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
5	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	- świadczenie jest udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi
6	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	- świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi
7	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	
8	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi — bezpośrednie pokrycie miazgi	- brak warunków realizacji świadczenia
9	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	
10	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	
11	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	
12	Ekstyrpacja przyżyciowa miazgi	- świadczenie (za każdy kanał) u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobiet w ciąży i w okresie połogu jest udzielane w całym uzębieniu. Świadczenie u osób powyżej 18. roku życia jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych
13	Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba	
14	Czasowe wypełnienie kanału	
15	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	- świadczenie obejmuje każdą wizytę
16	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	
17	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	- brak warunków realizacji świadczenia
18	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	- świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia
19	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	
20	Chirurgiczne usunięcie zęba	- świadczenie obejmuje usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe z zastosowaniem wiertel i dźwigni. Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia
21	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem	- brak warunków realizacji świadczenia
22	Założenie opatrunku chirurgicznego	- brak warunków realizacji świadczenia
23	Zamknięcie zatoki otwartej w przebiegu chirurgicznego usuwania zęba	- świadczenie obejmuje plastykę połączenia ustno-zatokowego jako następstwo ekstrakcji zęba wykonywanej w ramach świadczeń gwarantowanych
24	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem	- świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia



Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
25	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk	- świadczenie obejmuje tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy
26	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy	- brak warunków realizacji świadczenia
27	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	- świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
28	Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornowanym korzeniem	
29	Amputacja przyżyciowa miazgi	- świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia w udokumentowanych przypadkach
30	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornowanym korzeniem	- świadczenie (za każdy kanał) jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia
31	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieufornowanym korzeniem	
32	Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego	- świadczenie obejmuje amputację mortalną zęba mlecznego. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia

**Tabela 48.** Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia oraz udzielanych w dentobusie — w modyfikacji własnej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
1	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 6. miesiącu życia	1. Wizyta kontrolna z instruktążem matki w zakresie higieny jamy ustnej 2. Badanie lekarskie stomatologiczne w zakresie początku ząbkowania i stanu jamy ustnej
2	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 9. miesiącu życia	1. Ocena stanu uzębienia mlecznego z instruktążem matki w zakresie higieny jamy ustnej 2. Profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań
3	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 12. miesiącu życia	1. Wizyta adaptacyjna z oceną stanu uzębienia mlecznego 2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktążem matki w zakresie higieny jamy ustnej) 3. Profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
4	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wizyta adaptacyjna</li> <li>2. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw* dla zębów mlecznych</li> <li>3. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktążem matki w zakresie higieny jamy ustnej)</li> <li>4. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sprawdzenie liczby jednoimiennych górnych i dolnych siekaczy po prawej i lewej stronie łuku oraz przebiegu linii pośrodkowej;</li> <li>- sposób zwierania się siekaczy;</li> <li>- sprawdzenie toru oddychania;</li> <li>- sposób układania dziecka do snu;</li> <li>- sposób karmienia;</li> <li>- sprawdzenie występowania nawyków w postaci ssania smoczków lub palców</li> </ul> </li> <li>5. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu — profilaktyka ortodontyczna Pouczenie o dbałości oddychania przez nos, o odpowiednich sposobach układania dziecka do snu, konieczności odzwyczajania od nawyków</li> <li>6. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań</li> </ol>
5	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wizyta adaptacyjna — przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej)</li> <li>2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktążem higieny jamy ustnej i oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw* dla zębów mlecznych)</li> <li>3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sprawdzenie liczby zębów oraz przebiegu linii pośrodkowej;</li> <li>- sposób zwierania siekaczy;</li> <li>- sprawdzenie toru oddychania;</li> <li>- sprawdzenie występowania nawyków</li> </ul> </li> <li>4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu — profilaktyka ortodontyczna Pouczenie o dbałości oddychania przez nos, o wprowadzaniu pokarmów o stałej konsystencji, odzwyczajaniu od nawyków</li> <li>5. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań</li> </ol>

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
6	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 5. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wizyta adaptacyjna — przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej)</li> <li>2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej i oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw* dla zębów mlecznych)</li> <li>3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sprawdzenie liczby zębów;</li> <li>- sposób zwierania się siekaczy oraz przebieg linii pośrodkowej i linii za tylnymi powierzchniami drugich zębów trzonowych mlecznych;</li> <li>- występowanie nawyków;</li> <li>- starcie powierzchni żujących mlecznych trzonowców;</li> <li>- sposób kontaktu kłów</li> </ul> </li> <li>4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu — profilaktyka ortodontyczna. Nauczenie sposobów działań prowadzących do eliminacji nawyków ssania smoczków i oddychania z otwartymi ustami Zalecenie podawania pokarmów o stałej konsystencji</li> <li>5. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań Dotyczy zębów mlecznych i stałych</li> </ol>
7	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 6. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw* dla zębów mlecznych i PUW* dla zębów stałych</li> <li>2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej)</li> <li>3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sprawdzenie typu wyrzynania zębów stałych (siekaczowy lub trzonowcowy);</li> <li>- sposób zwierania się pierwszych stałych zębów trzonowych według zasad Angle'a;</li> <li>- występowanie nawyków ustnych;</li> <li>- starcie powierzchni żujących zębów mlecznych</li> </ul> </li> <li>4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu — profilaktyka ortodontyczna. Nauczenie sposobów działań prowadzących do eliminacji nawyków ssania smoczków i oddychania z otwartymi ustami. Zalecenie podawania pokarmów o stałej konsystencji W uzasadnianych przypadkach opiłowanie niestartych powierzchni mlecznych kłów prowadzących dolny łuk zębowy nadmiernie ku tyłowi</li> <li>5. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań Dotyczy zębów mlecznych i stałych</li> </ol>

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
8	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 7. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw* dla zębów mlecznych i PUW* dla zębów stałych</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW* dla zębów stałych i wskaźnika puw* dla zębów mlecznych</li> <li>3. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego</li> <li>4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wyraźnego zniekształcenia lub</li> <li>- wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów</li> </ul> </li> <li>5. Profesjonalna profilaktyka fluorkowa Dotyczy zębów mlecznych i stałych</li> </ol>
9	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 10. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW* dla zębów stałych i puw* dla zębów mlecznych oraz ocena stanu tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych (PD), utraty przyczepu łącznotkankowego (CAL) oraz wskaźnika krwawienia (BOP)</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW* dla zębów stałych i wskaźnika puw* dla zębów mlecznych</li> <li>3. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego</li> <li>4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wyraźnego zniekształcenia lub</li> <li>- wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów</li> </ul> </li> <li>5. Profesjonalna profilaktyka fluorkowa Dotyczy zębów mlecznych i stałych</li> </ol>
10	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 12. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW* dla zębów stałych i ocena stanu tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych (PD), utraty przyczepu łącznotkankowego (CAL) oraz wskaźnika krwawienia (BOP)</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW* dla zębów stałych</li> <li>3. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego</li> <li>4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wyraźnego zniekształcenia lub</li> <li>- wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów</li> </ul> </li> <li>5. Profesjonalna profilaktyka fluorkowa Dotyczy zębów mlecznych i stałych</li> </ol>

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
11	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 13. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW* dla zębów stałych i ocena stanu tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych (PD), utraty przyczepu łącznotkankowego (CAL) oraz wskaźnika krwawienia (BOP)</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW* dla zębów stałych</li> <li>3. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego</li> <li>4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN (<i>dot. dentobusu — IOTN**</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>- wyraźnego zniekształcenia lub</li> <li>- wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów</li> </ul> </li> <li>5. Profesjonalna profilaktyka fluorkowa Dotyczy zębów mlecznych i stałych</li> </ol>
12	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 16. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW* dla zębów stałych i ocena stanu tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych (PD), utraty przyczepu łącznotkankowego (CAL) oraz wskaźnika krwawienia (BOP)</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW* dla zębów stałych</li> <li>3. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego</li> <li>4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN (<i>dot. dentobusu IOTN**</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>- wyraźnego zniekształcenia lub</li> <li>- wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów</li> </ul> </li> <li>5. Profesjonalna profilaktyka fluorkowa Dotyczy zębów mlecznych i stałych</li> </ol>
13	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 19. roku życia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW* dla zębów stałych</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW*</li> <li>3. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej z uwzględnieniem stanu uzębienia, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej</li> <li>4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN (<i>dot. dentobusu IOTN**</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>- wyraźnego zniekształcenia lub</li> <li>- wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów.</li> </ul> </li> </ol>

\* Wskaźnik intensywności próchnicy puw/PUW — suma zębów z próchnicą usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

\*\* Wskaźnik ortodontycznych potrzeb leczniczych (index of orthodontic treatment needs).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego z dnia 6 listopada 2013 roku (Dz.U. z 2013 r., poz. 1462); tj. z dnia 16 grudnia 2016 roku (Dz.U. z 2017 r., poz. 193)

Poznań, 05.06.2018 r.

Kornela Cieślak

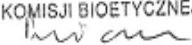
.....  
imię i nazwisko

Katedra Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji  
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

.....  
miejsce realizowania pracy naukowej

BADANIE NIE NOSI CECH  
EKSPERYMENTU  
MEDYCZNEGO

2018-06-12


PRZEWODNICZĄCY  
KOMISJI BIOETYCZNEJ  
  
prof. dr hab. med. Paweł Chęciński

Sz. Pan  
Prof. dr hab. Paweł Chęciński  
Przewodniczący Komisji Bioetycznej  
przy Uniwersytecie Medycznym  
w Poznaniu

Szanowny Panie Profesorze,

W odniesieniu do pisma z dnia 23.05.2018 r., po poszerzonej Radzie Katedry i Kliniki Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, która odbyła się w dniu 5.06.2018 roku, uprzejmie proszę o zatwierdzenie zmienionego tematu pracy doktorskiej. Obecnie temat pracy doktorskiej brzmi: „Czynniki determinujące satysfakcję pacjenta z udzielonych w Wielkopolsce świadczeń stomatologicznych”. Praca będzie przeprowadzana w oparciu o ankietę anonimową „Badanie satysfakcji pacjenta”. Proponowany Promotor Prof. dr hab. n. med. Anna Surdacka.

Proszę o potwierdzenie, że prowadzone przeze mnie badanie nie jest eksperymentem medycznym i nie wymaga opinii Komisji Bioetycznej.



.....  
podpis

**Rycina 31.** Zgoda Komisji Bioetycznej