

medidesk⁷



Indeks dostępności dla pacjentów

Raport skuteczności i jakości
pierwszego kontaktu
w placówkach medycznych

1. Wprowadzenie i metodologia 6

2. Skala problemu 11

3. Utrata kontaktu z pacjentem 19

4. Analiza kontaktu telefonicznego 23

5. Kanały pisemne 30

6. Podsumowanie i wnioski 40

7. Teoria w praktyce 45

NIE ZGADUJ. ZARZĄDZAJ.

Raport pokazuje rzeczywistość.
Medidesk AI zamienia komunikację
w dane, wnioski i decyzje.



Rozmowy



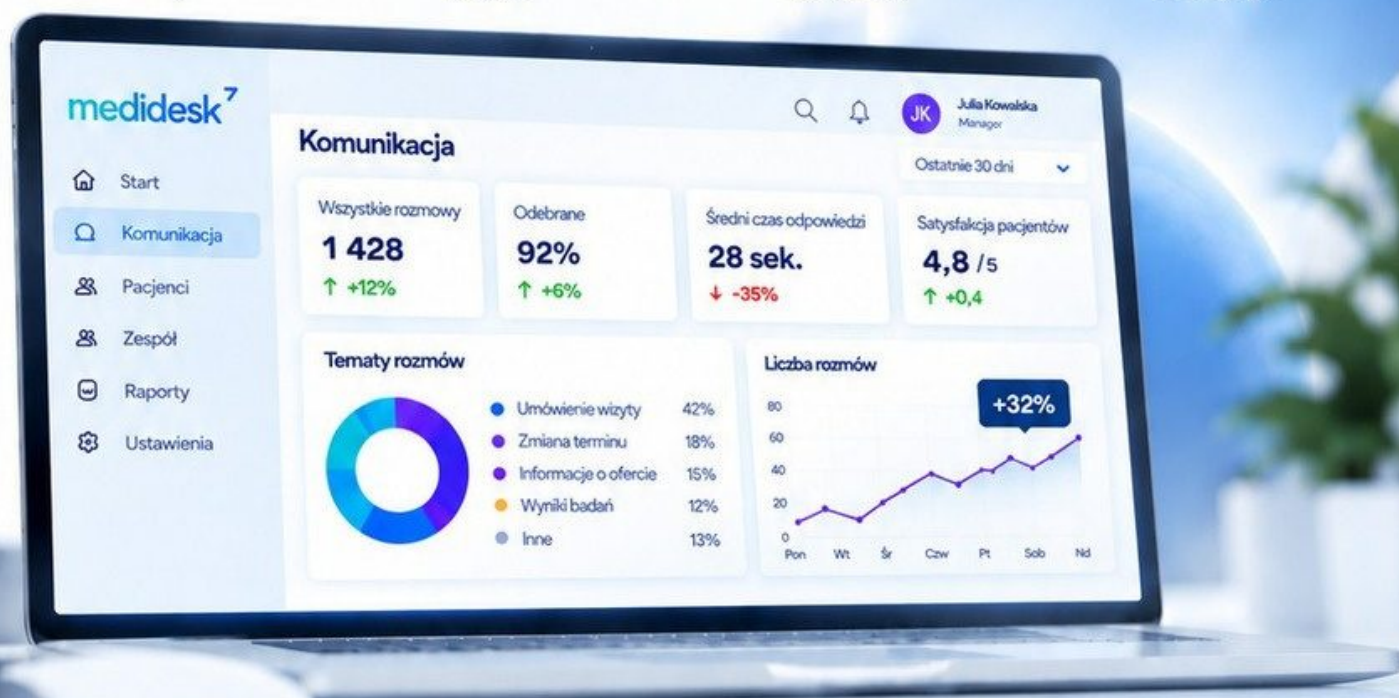
Dane



Wnioski



Decyzje



ZOBACZ
MEDIDESK AI
W DZIAŁANIU



Umów bezpłatne demo

medidesk.com

OPROGRAMOWANIE MEDYCZNE
WSPIERAJĄCE ZARZĄDZANIE
KOMUNIKACJĄ I PLACÓWKĄ.

Daniel Nowocin

Założyciel i Prezes
Zarządu

Medidesk
medidesk.com



Dlaczego powstał ten raport?

Polski system ochrony zdrowia znajduje się dziś w istotnym momencie zmian. Jednym z ważnych impulsów tej transformacji jest wejście w życie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która wzmacnia znaczenie jakości, bezpieczeństwa oraz doświadczenia pacjenta w codziennym funkcjonowaniu placówek medycznych.

Jakość opieki nie zaczyna się jednak dopiero w gabinecie lekarskim. **Z perspektywy pacjenta, jakość rozpoczyna się znacznie wcześniej, w chwili pierwszego kontaktu z placówką, gdy próbuje uzyskać informację, umówić wizytę, zmienić jej termin lub znaleźć rozwiązanie swojej potrzeby.** To właśnie ten moment stał się punktem wyjścia do przygotowania niniejszego raportu.

Jego celem jest pokazanie, jak dziś wygląda pierwszy kontakt pacjenta z placówkami medycznymi oraz wskazanie barier wpływających na dostępność, jakość obsługi i całe doświadczenie pacjenta.

Raport opiera się na audytach „Tajemniczego Pacjenta”, obejmujących kontakt telefoniczny i kanały pisemne. Analizie podlegała nie tylko możliwość nawiązania kontaktu, lecz także sposób prowadzenia pacjenta przez rejestrację, jakość odpowiedzi, inicjatywa pracownika oraz działania podejmowane w odpowiedzi na zgłoszoną potrzebę.

Jako Medidesk angażujemy się w edukację rynku i działania na rzecz poprawy komunikacji między pacjentami i placówkami. Właśnie dlatego raport przedstawia rzeczywisty obraz pierwszego kontaktu z placówką, oparty na konkretnych doświadczeniach, a nie deklaracjach. **Pokazuje także, jak wiele wyzwań można ograniczyć poprzez lepszą organizację pracy, standardy obsługi, zarządzanie kanałami kontaktu i wykorzystanie danych.**

Wierzymy, że cyfryzacja ochrony zdrowia może poprawiać dostępność, komunikację i organizację pracy, ale technologia powinna przede wszystkim odpowiadać na **realne potrzeby pacjenta**.

Wskazujemy dobre praktyki i standardy, które pomagają poprawiać jakość pierwszego kontaktu, m.in. w zakresie obsługi nieodebranych połączeń, czasu reakcji i prowadzenia komunikacji z pacjentem.

Automatyzacja, voiceboty, chatboty i inne cyfrowe narzędzia mogą odciążać rejestrację w prostych procesach, pozwalając zespołom skupić się na sytuacjach wymagających kompetencji, empatii i indywidualnego podejścia.

Technologia powinna wzmacniać człowieka, a nie go zastępować

Najwyższy standard obsługi powstaje wtedy, gdy dobrze zaprojektowane procesy, kompetentny zespół, dane i nowoczesne rozwiązania technologiczne działają razem, a każde zgłoszenie pacjenta jest zauważone, właściwie poprowadzone i doprowadzone do jasnego zakończenia.

Nowoczesna ochrona zdrowia nie powinna zaczynać się od technologii, lecz od potrzeb pacjenta, a technologia, dane i dobrze zaprojektowane procesy, powinny pomagać skuteczniej na te potrzeby odpowiadać.



Wprowadzenie i metodologia

Cel badania, jego zakres i sposób, w jaki analizowaliśmy doświadczenie pacjenta podczas pierwszego kontaktu

Metodologia badania

Raport powstał na podstawie **390 Testów „Tajemniczego Pacjenta” (TTP) przeprowadzonych przez zespół Medidesk od maja 2025 do czerwca 2026 roku**. Udział w audytach miał charakter dobrowolny - placówki mogły zgłosić się do programu z własnej inicjatywy lub przystąpić do niego na zaproszenie zespołu badawczego. O planowanym przeprowadzeniu testu nie informowano jednak pracowników rejestracji. Dzięki temu możliwa była ocena rzeczywistego sposobu obsługi pierwszego kontaktu, bez wcześniejszego przygotowania pracowników do badania.



Audyt Tajemniczego Pacjenta

Podczas rozmów audytorzy wcielali się w rolę pacjentów zainteresowanych skorzystaniem z usług i kontaktowali się z rejestracją telefonicznie oraz za pośrednictwem kanałów pisemnych - e-maila, formularzy internetowych i mediów społecznościowych. Kontakty były prowadzone według przygotowanych scenariuszy, w których audytor przedstawiał określoną potrzebę, a w przypadku rozmów telefonicznych także obiekcję, np. dotyczącą ceny lub dostępnego terminu. Pozwalało to sprawdzić, w jaki sposób pracownik rozpoznaje potrzebę, reaguje na zastrzeżenia i dąży do finalizacji rozmowy.

Ocenie podlegała nie tylko możliwość nawiązania kontaktu, ale również jakość odpowiedzi i sposób prowadzenia pacjenta przez rejestrację – m.in. inicjatywa pracownika, propozycja alternatywnego rozwiązania, jakość rozmowy, realizacja zapowiedzianego kontaktu czy odpowiedź na wiadomość pisemną.

Jakie placówki znalazły się w badaniu?

Audyty objęły zróżnicowaną grupę podmiotów działających na rynku usług medycznych, **które zdecydowały się wziąć udział w badaniu audytowym**. W badaniu znalazły się zarówno placówki komercyjne oraz podmioty łączące świadczenia prywatne jak i podmioty publiczne świadczące usługi medyczne odpłatnie, w ramach finansowania publicznego lub modelu mieszanym.

Badanie objęło szeroki zakres podmiotów leczniczych, reprezentujących różne poziomy i profile opieki zdrowotnej – od leczenia otwartego, w tym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), po szpitale specjalistyczne oraz wielospecjalistyczne. Istotną grupę w badanej próbie stanowiły również placówki stomatologiczne oraz podmioty działające w obszarze medycyny estetycznej.

W analizie uwzględniono ponadto placówki diagnostyczne, w tym pracownie diagnostyki obrazowej, a także podmioty świadczące usługi w wybranych dziedzinach specjalistycznych, m.in. fizjoterapii i rehabilitacji, ginekologii, okulistyki, ortopedii oraz zdrowia psychicznego.

Tak zróżnicowana struktura badanej grupy pozwoliła objąć analizą szerokie spektrum podmiotów funkcjonujących na rynku usług medycznych, a tym samym spojrzeć na jakość pierwszego kontaktu z pacjentem w różnych typach placówek i uchwycić problemy, które powtarzały się w wielu przeprowadzonych audytach.*

* Wyniki należy interpretować jako obraz jakości pierwszego kontaktu w badanej próbie placówek, nie jako reprezentatywny pomiar całego rynku usług medycznych w Polsce.

Jak czytać dane?

Wyniki przedstawione w raporcie odnoszą się do audytów „Tajemniczego Pacjenta” oraz działań analizowanych w ich trakcie. Każde z nich było oceniane zgodnie z przyjętymi kryteriami jako pozytywne lub negatywne. Wynik pojedynczego testu oznacza udział pozytywnie ocenionych działań wśród wszystkich uwzględnionych w danym teście. W zależności od analizowanego zagadnienia podstawą obliczeń może być cały audyt lub konkretna sytuacja – np. próba połączenia telefonicznego, wysłanie wiadomości czy kontakt w sprawie umówienia wizyty.

W ramach analizowanych audytów **wykonano łącznie 4190 prób kontaktu telefonicznego oraz 782 próby kontaktu za pośrednictwem kanałów pisemnych** (321 e-mail, 263 media społecznościowe i 198 formularze internetowe).

Prezentowane dane procentowe należy odczytywać zawsze w odniesieniu do wskazanej przy danym wykresie próby. Tam, gdzie analizowane kategorie mogły wystąpić jednocześnie – np. kilka błędów podczas jednego kontaktu – wartości procentowych nie należy sumować.

Executive Summary

Pierwszy kontakt z placówką medyczną często decyduje o tym, czy pacjent umówi wizytę, zrealizuje badania lub skorzysta z jej usług. Wyniki audytów „Tajemniczego Pacjenta” wskazują, że już na tym etapie pojawiają się bariery, które mogą utrudniać przejście od potrzeby do jej rozwiązania.

Najczęściej nie są to pojedyncze, spektakularne błędy, ale suma drobnych sytuacji: brak inicjatywy lub alternatywnej propozycji, wiadomość pozostawiona bez odpowiedzi, brak kontaktu zwrotnego czy rozmowa zakończona bez jasnego ustalenia dalszych działań.

Skuteczna obsługa nie zależy więc wyłącznie od liczby dostępnych kanałów komunikacji. **Znaczenie ma przede wszystkim to, jak placówka nimi zarządza oraz czy rejestracja potrafi odpowiedzieć na potrzebę, przejąć inicjatywę i wskazać kolejne kroki.** To właśnie w organizacji codziennej pracy rejestracji widać znaczący potencjał do poprawy jakości obsługi.

Raport w 5 liczbach:

Wynik testu to udział akcji ocenionych pozytywnie wśród akcji wykonanych w ramach danego audytu

A donut chart with a blue-to-teal gradient, showing 27.5% of the circle filled with teal. The percentage '27,5%' is written in teal inside the chart.

27,5%

średni wynik testów „Tajemniczego Pacjenta”, obliczany na podstawie udziału pozytywnie ocenionych działań w całym badaniu audytowym*

A donut chart with a blue-to-teal gradient, showing 87% of the circle filled with teal. The percentage '87%' is written in teal inside the chart.

87%

analizowanych testów wskazało na niski poziom inicjatywy po stronie rejestracji

A donut chart with a blue-to-teal gradient, showing 47% of the circle filled with teal. The percentage '47%' is written in teal inside the chart.

47%

testów formularza internetowego pozostało bez reakcji ze strony placówki

A donut chart with a blue-to-teal gradient, showing 62% of the circle filled with teal. The percentage '62%' is written in teal inside the chart.

62%

nieudanych prób połączenia pozostało bez kontaktu zwrotnego ze strony rejestracji

A donut chart with a blue-to-teal gradient, showing 16% of the circle filled with teal. The percentage '16%' is written in teal inside the chart.

16%

działań podjętych w celu ustalenia wizyty zakończyło się skutecznym umówieniem terminu

* Przy opracowaniu raportu wykorzystano narzędzia sztucznej inteligencji jako wsparcie w sortowaniu danych oraz w pracach redakcyjnych. Spisane wnioski i rekomendacje pochodzą od autorów raportu, a dane, interpretacje oraz treść publikacji zostały dodatkowo zweryfikowane przez zespół analityczny.



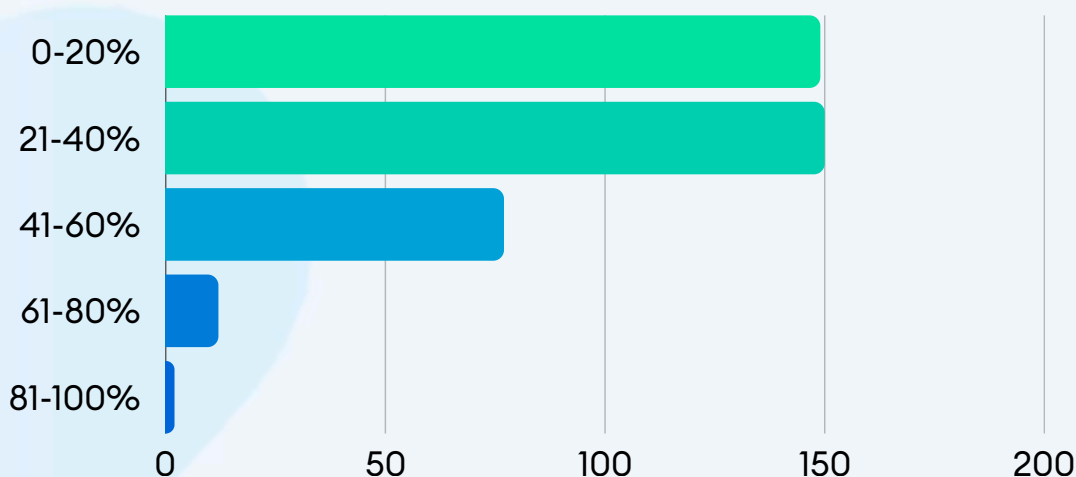
Skala problemu

Jak często pierwszy kontakt nie prowadzi
do skutecznego rozwiązania potrzeby
pacjenta?

Niska jakość obsługi podczas pierwszego kontaktu z pacjentami nie jest wyjątkiem, ale bywa standardem w wielu placówkach

Wykres 1: Rozkład wyników testów TP

Pełna baza: 390 testów, maj 2025 – czerwiec 2026



Wyniki przeprowadzonych testów “Tajemniczego Pacjenta” pokazują, że niska skuteczność pierwszego kontaktu nie jest problemem pojedynczych placówek. Ponad $\frac{3}{4}$ przeprowadzonych przez zespół Medidesk testów zakończyło się wynikiem 40% lub niższym, podczas gdy wyniki, które można uznać za zadowalające – powyżej 60% – pojawiały się sporadycznie, w ok. 4% przypadków.

Sama dostępność telefonu, formularza internetowego czy adresu e-mail nie przesądza jeszcze o jakości obsługi. Różne kanały dają pacjentowi możliwość nawiązania kontaktu w wygodny dla niego sposób. O jego wartości decyduje reakcja ze strony placówki – czy pacjent otrzyma odpowiedzi na swoje pytania, czy pracownik wykaże inicjatywę i czy rozmowa zakończy się jasnym wskazaniem pacjentowi kolejnego kroku.

PONAD $\frac{3}{4}$ AUDYTÓW PRZEPROWADZONYCH W RAMACH TESTÓW TAJEMNICZEGO PACJENTA ZAKOŃCZYŁO SIĘ WYNIKIEM 40% LUB NIŻSZYM*

*** Jak czytać wynik testu?**

Wynik testu to udział pozytywnie ocenionych działów wśród wszystkich działów sprawdzanych w audycie. Przykładowo wynik 40% oznacza, że pozytywnie oceniono 4 na 10 elementów pierwszego kontaktu. Nie jest to jednak ocena satysfakcji pacjenta ani ogólna ocena placówki, ale miara skuteczności obsługi w zbadanych na potrzeby raportu scenariuszach.

Maciej Łuczyński

Kierownik Działu
Obsługi Klienta

Centrum Medyczne CMP
cmp.med.pl



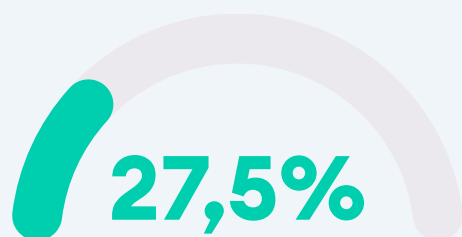
Pierwszy kontakt to nie tylko dostępność

Wyniki 390 testów Tajemniczego Pacjenta warto interpretować zgodnie z opisem wskaźnika w raporcie – jako ocenę skuteczności pierwszego kontaktu w określonych scenariuszach, a nie jako ogólną ocenę placówki czy poziomu satysfakcji pacjentów. Jednocześnie skala powtarzających się trudności jest wyraźna: **ponad trzy czwarte testów zakończyło się wynikiem nieprzekraczającym 40%, a rezultaty powyżej 60% stanowiły około 4% badanych przypadków.**

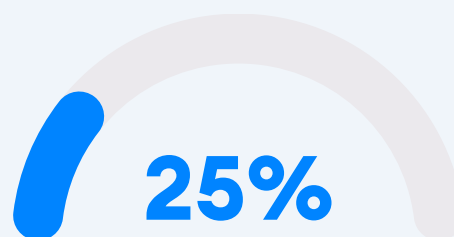
Dane wskazują, że jednym z najważniejszych wyzwań nie jest sama dostępność kanałów kontaktu, ale sposób ich obsługi oraz brak inicjatywy w sytuacji, gdy pierwsza odpowiedź nie rozwiązuje potrzeby pacjenta. **W 87% testów odnotowano brak inicjatywy, a po 62% nieudanych prób telefonicznych pacjent nie otrzymał kontaktu zwrotnego.** Z perspektywy pacjenta odpowiedź bez propozycji alternatywnego terminu, innego rozwiązania lub jasno określonego kolejnego kroku oznacza, że proces pozostaje niedokończony.

W mojej ocenie poprawę należy zacząć od **jednoznacznego określenia odpowiedzialności za każdy kanał, standardów czasu reakcji oraz zasad ponownego kontaktu.** Warto mierzyć nie tylko odbieralność połączeń i czas rozmowy, lecz także skuteczność rozwiązania sprawy przy pierwszym kontakcie, odsetek oddzwonień i realizację zapowiadzianych działań. **Technologia może ten proces skutecznie wspierać, jednak nie zastąpi dobrze zaprojektowanych procedur, aktualnej wiedzy oraz przygotowania pracowników do aktywnego poszukiwania rozwiązania dla pacjenta.**

Przeciętny test nie wskazuje na pojedyncze błędy, ale na problem jakim jest często niestandardyzowana ścieżka obsługi pacjenta



Średni wynik testu



Mediana

Średni wynik testów „Tajemniczego Pacjenta” wynosi **27,5%**, a mediana **25,0%**, gdzie wynik testu oznacza udział pozytywnie ocenionych akcji wśród wszystkich przeprowadzonych w ramach audytu. **Wynik ten wskazuje na niski poziom realizacji ocenianych działań i duży niewykorzystany potencjał po stronie rejestracji.**

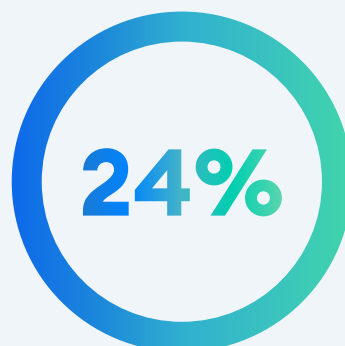
To obszar, w którym placówki wciąż mogą lepiej dopasować sposób organizacji pierwszego kontaktu do oczekiwań pacjentów – ich preferowanych kanałów komunikacji, oczekiwanego czasu odpowiedzi i wsparcia, którego potrzebują na etapie umawiania wizyty.

ŚREDNI WYNIK TESTÓW (27,5%) POKAZUJE, ŻE PIERWSZY KONTAKT Z PACJENTEM CZĘSTO SKŁADA SIĘ Z POJEDYNCZYCH, CHAOTYCZNYCH DZIAŁAŃ, ZAMIAST TWORZYĆ SPÓJNE DOŚWIADCZENIE OBSŁUGI

W większości testów skuteczność pierwszego kontaktu nie przekracza 40%



Testów zakończyło się wynikiem 40% lub niższym



Testów osiągnęło wynik wyższy niż 40%

Pojedyncze nieodebrane połączenie, brak odpowiedzi na wiadomość czy rozmowa zakończona bez ustalenia terminu mogą być postrzegane jako incydentalne sytuacje. **Gdy jednak powtarzają się regularnie, stają się elementem codziennej obsługi.**

Dla pacjenta oznacza to konieczność ponawiania kontaktu, ponownego opisywania swojej sytuacji i samodzielnego szukania dalszych możliwości. Im więcej takich barier pojawia się po drodze, tym większe ryzyko, że zrezygnuje z dalszych prób i wybierze inną placówkę.

O skuteczności pierwszego kontaktu przesądza więc nie tylko możliwość skontaktowania się z placówką, ale przede wszystkim to, co dzieje się później. **W kolejnej części raportu przyglądamy się momentom, w których obsługa najczęściej traci skuteczność.**

Izabela Matysiak

Dyrektor Działu Rozwoju
i Obsługi Klienta

Medidesk
medidesk.com



To nie problem pojedynczych placówek, tylko standardu obsługi

Test „Tajemniczego Pacjenta” ma dla mnie szczególną wartość, ponieważ pozwala zobaczyć placówkę dokładnie z tej perspektywy, z której widzi ją pacjent. Nie analizujemy deklarowanej procedury ani tego, jak proces powinien wyglądać. Sprawdzamy, co rzeczywiście wydarzy się wtedy, gdy pacjent zadzwoni, napisze wiadomość, skorzysta z formularza i zgłosi konkretną potrzebę.

Audytor działa według przygotowanego scenariusza, pyta o usługę, termin czy cenę, a w rozmowie może pojawić się również naturalna obiekcja lub potrzeba znalezienia innego rozwiązania.

Dzięki temu oceniamy nie tylko, czy kontakt został nawiązany, ale też jego dalszy przebieg:

- czy potrzeba została właściwie rozpoznana,
- czy rejestracja przejęła inicjatywę,
- zaproponowała alternatywę,
- dotrzymała zapowiedzianego kontaktu
- i jasno wskazała kolejny krok.

Pojedyncze nieodebrane połączenie czy brak odpowiedzi na wiadomość mogą być przypadkiem. **Jeżeli jednak podobne sytuacje powtarzają się w różnych placówkach, kanałach i scenariuszach, przestajemy mówić o jednostkowych błędach. Zaczynamy widzieć miejsca, w których brakuje spójnego procesu obsługi.**

Dlatego wyników tego badania nie traktuję jako oceny konkretnych pracowników rejestracji. **Problem często zaczyna się wcześniej, dokładnie tam, gdzie nie określono:**

- **wspólnego standardu działania,**
- **odpowiedzialności za kontakt zwrotny,**
- **czasu reakcji**
- **czy sposobu postępowania w sytuacji, gdy pierwsza możliwość nie odpowiada pacjentowi.**

Jeżeli każdy pracownik musi sam decydować, co zrobić dalej, jakość obsługi zaczyna zależeć od osoby, dyżuru czy bieżącego obciążenia zespołu.

Tutaj widzę największą wartość tego raportu. Nie chodzi o stworzenie rankingu placówek, ale o pokazanie powtarzalnych momentów, w których pierwszy kontakt traci skuteczność i przełożenie ich na konkretne obszary do poprawy.

Dobry standard powinien sprawiać, że pacjent otrzyma podobną jakość obsługi niezależnie od tego, kto odbierze telefon i który kanał kontaktu wybierze

Technologia, dane i szkolenia mogą ten proces wspierać, ale jego fundamentem pozostaje dobrze zaprojektowany i konsekwentnie realizowany standard obsługi.

Wyniki audytów a profil placówki

Porównanie wyników pokazuje, że sposób obsługi pierwszego kontaktu różni się w zależności od profilu działalności. **Najwyższe średnie wyniki osiągnęły placówki medycyny estetycznej i stomatologiczne**, co może wskazywać, że w tych segmentach rejestracja częściej przejmuje inicjatywę, szuka rozwiązania i prowadzi rozmowę w kierunku umówienia wizyty.

Średni wynik dla całego badania wyniósł 27,5%. Powyżej tego poziomu znalazły się placówki medycyny estetycznej (**33,9%**), stomatologiczne (**31,1%**) oraz grupa placówek specjalistycznych* (**28,1%**). Poniżej średniej uplasowały się fizjoterapia i rehabilitacja (**26%**), placówki wielospecjalistyczne (**23,5%**), POZ i medycyna rodzinna (**15,4%**) oraz diagnostyka (**14%**). Placówki szpitalne zostały dodatkowo wyodrębnione jako osobna grupa analityczna. Jednocześnie pozostają one również uwzględnione w wynikach właściwych dla ich profilu działalności. Ich średni wynik wyniósł **23%**.

Różnic tych nie należy traktować jako prostego rankingu jakości. Na wyniki mogą wpływać zarówno organizacja pracy rejestracji, jak i specyfika świadczonych usług. W części obszarów pacjent zgłasza się z pilną potrzebą konkretnego badania lub świadczenia, w innych ma większą swobodę wyboru i częściej porównuje dostępność, termin, cenę czy sposób obsługi. **W takich sytuacjach znaczenia nabierają inicjatywa rejestracji, poszukiwanie alternatyw i prowadzenie rozmowy do umówienia wizyty.**



* Na potrzeby analizy w kategorii „Placówki specjalistyczne” ujęto podmioty działające w takich obszarach jak ginekologia, okulistyka, ortopedia, zdrowie psychiczne, chirurgia, dermatologia i urologia.

** Placówki szpitalne są jednocześnie uwzględnione w wynikach właściwych dla ich profilu. Wartość 23% przedstawia średni wynik tej grupy w dodatkowym przekroju analitycznym.



Utrata kontaktu z pacjentem

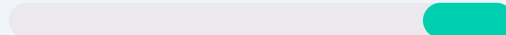
Identyfikujemy momenty, w których
rejestracja najczęściej przestaje
prowadzić pacjenta do rozwiązania

Najczęstsze błędy po stronie placówki w obsłudze pierwszego kontaktu z pacjentem

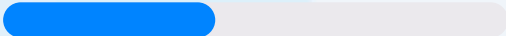
Brak inicjatywy ze strony rejestracji

87% 

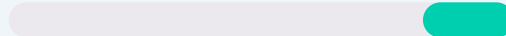
Brak podsumowania ustaleń

 18%

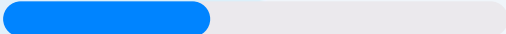
Brak odpowiedzi na wiadomość pisemną

42% 

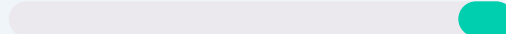
Brak realizacji zapowiedzianego kontaktu

 18%

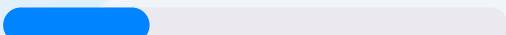
Brak propozycji alternatywnego terminu wizyty

41% 

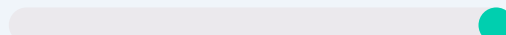
Problem z wysłaniem formularza

 11%

Niska jakość prowadzenia rozmowy przez rejestrację

29% 

Pytanie o dodatkowe - zbędne dane

 4%

Największa luka jest widoczna w momentach, w których placówka powinna przejąć inicjatywę i pomóc pacjentowi znaleźć najlepszą dostępną opcję.

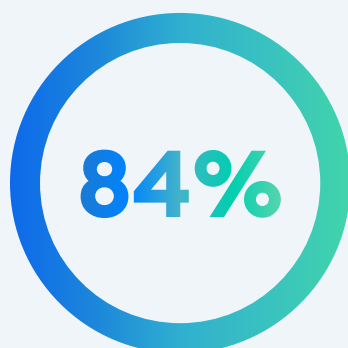
Brak inicjatywy pojawił się aż w 87% analizowanych testów. W praktyce oznacza to, że rozmowa lub korespondencja często kończyły się na przekazaniu podstawowej informacji. Pacjent otrzymywał odpowiedź, ale nie zawsze dostawał konkretną propozycję – inny termin, wizytę u innego specjalisty czy informację, że rejestracja wróci do niego z odpowiedzią.

Problemy pojawiają się również z odpowiedzią w kanałach pisemnych (**42%**) i wtedy, gdy oczekiwany termin nie jest dostępny (**41%**). Realizatorzy testów zwrócili również uwagę na niską jakość prowadzenia rozmowy przez rejestrację, którą uznali za problem w prawie 1/3 przeprowadzonych prób.

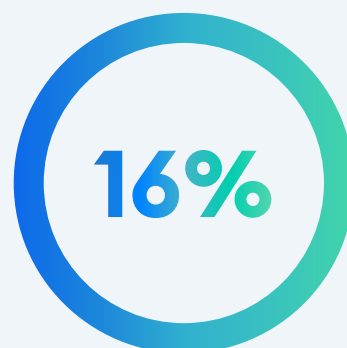
W AŻ 87% ANALIZ REJESTRACJA NIE PRZEJMOWAŁA INICJATYWY W KONTAKCIE Z PACJENTEM

* Poszczególne kategorie mogły współwystępować w tej samej analizie, dlatego ich udziałów nie należy sumować.

Od próby umówienia do skutecznej rezerwacji wizyty



Próby zakończone
bez skutecznego
umówienia wizyty



Skuteczne
umówienia
wizyty



Podczas badania większość prób umówienia wizyty kończyła się bez potwierdzonego terminu. **Tylko 16% działań podjętych w celu ustalenia wizyty lekarskiej przez naszych badaczy zakończyło się skutecznym ustaleniem terminu.**

Nie każda rozmowa musi prowadzić do rezerwacji – dostępny termin może nie odpowiadać pacjentowi, a oferta nie zawsze będzie dopasowana do jego potrzeby. Duże znaczenie ma jednak reakcja rejestracji: czy poprzestaje na informacji o braku dostępności, czy proponuje inny termin, specjalistę lub lokalizację.

Z doświadczeń ekspertów Medidesk wynika, że przy dobrej organizacji procesu udział rozmów zakończonych umówieniem wizyty może sięgać około **60%**, a jako minimalny poziom, do którego warto dążyć, wskazywane jest **30%**.

**SKUTECZNOŚĆ UMAWIANIA ZALEŻY NIE TYLKO
OD DOSTĘPNOŚCI TERMINU, ALE RÓWNIEŻ
OD UMIEJĘTNOŚCI POSZUKIWANIA ALTERNATYWY
PRZEZ OSOBY ZAJMUJĄCE SIĘ REJESTRACJĄ
W PLACÓWCE**

Katarzyna Rozmuska

Head of Clinics

Jutro Medical
www.jutromedical.com



Nie traćmy kontaktu z pacjentem!

Telefon pacjenta do placówki nie jest tylko kolejnym połączeniem w kolejce do rejestracji. To często pierwszy moment, w którym pacjent wyrabia sobie opinię o jednostce. **Przedstawione wyniki pokazują, że jest tu wiele do poprawy.**

Spośród 2318 nieudanych zdarzeń telefonicznych tylko 38% zakończyło się oddzwonieniem, co oznacza, że niespełna 4 na 10 przypadków doczekało się kontaktu ze strony placówki. Podobnie wygląda kwestia inicjatywy. W 87% analizowanych testów odnotowano niski poziom inicjatywy ze strony rejestracji, a w 41% przypadków pacjent nie otrzymał alternatywnego terminu. **W praktyce oznacza to, że rejestracja często odpowiada na pytanie, ale niestety nie pomaga w znalezieniu rozwiązania.**

To szczególnie istotne, gdy spojrzymy na to, że aż 84% prób umówienia wizyty nie zakończyło się rezerwacją. Przyczyn oczywiście może być wiele, ale to tylko pokazuje, jak ogromny wpływ ma odpowiednio zaprojektowany proces obsługi pacjenta. Kluczowe jest także zapewnienie pacjentowi alternatywnych sposobów kontaktu – nie tylko telefon, ale też czat z konsultantem, rejestracja online, aplikacja mobilna.

O jakości obsługi nie decyduje wyłącznie odebranie telefonu. Decyduje to, czy placówka potrafi być dostępna, gdy pacjent tego potrzebuje, czy potrafi znaleźć dla pacjenta rozwiązanie, które sprawi, że po pierwszym kontakcie będzie chciał wrócić. **Wygrywa ten, kto zamienia kontakt w relację.**

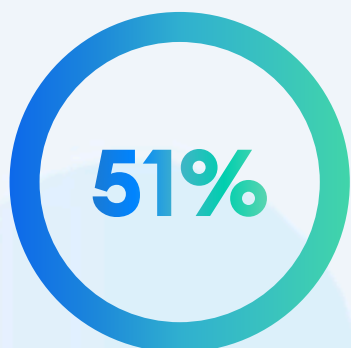
Rozdział 4



Analiza kontaktu telefonicznego

Co dzieje się, gdy pacjent nie może się dodzwonić i czy placówka podejmuje próbę odzyskania kontaktu?

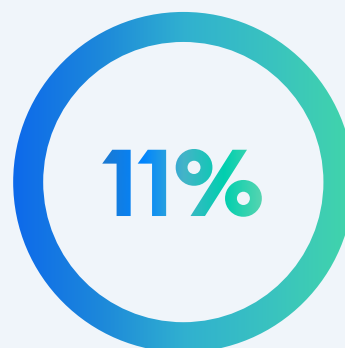
Co dzieje się po nieudanym kontakcie telefonicznym?



Połączenia
nieodebrane
lub zakończone
sygnałem "zajęte"



Połączenia
przerwane



Poczta
głosowa

Razem to aż **2318** nieudanych połączeń



Jak pokazały przeprowadzone testy tajemniczego pacjenta, nieudane połączenia są powtarzającym się elementem pierwszego kontaktu z placówką. **Ponad połowę (51%) stanowiły połączenia, które nie zostały odebrane, oraz przypadki, w których linia była zajęta, 38% połączenia przerwane, a 11% wiadomości pozostawione na poczcie głosowej.**

W wielu przypadkach kontakt kończy się więc, zanim pacjent zdąży powiedzieć, w jakiej sprawie dzwoni. Tym bardziej istotne jest to, co placówka robi później.

Za każdym nieodebrany telefonem stoi realna potrzeba pacjenta. Brak kontaktu zwrotnego zwiększa ryzyko, że będzie on szukał pomocy w innej placówce.

**TYLKO 38% NIEUDANYCH PRÓB KONTAKTU
ZAKOŃCZYŁO SIĘ ODDZWONIENIEM ZE STRONY
PLACÓWKI**

Oddzwonienie po nieudanym kontakcie

**47%**

Połączenia
przerwane

**39%**

Poczta
głosowa

**31%**

Połączenia
nieodebrane
lub zajęte

To jedynie **38%** kontaktów zwrotnych

W aż **62%** przypadków po nieudanej próbie połączenia pacjent nie otrzymał kontaktu zwrotnego ze strony rejestracji.



W żadnym z analizowanych rodzajów nieudanych połączeń wskaźnik oddzwonień nie przekroczył **50%**. Najczęściej rejestracja wracała do pacjenta po połączeniu przerwany (**47%**), rzadziej po wiadomości pozostawionej na poczcie głosowej (**39%**), a najrzadziej po nieodebranym połączeniu lub sygnale zajętości (**31%**). Różnice między tymi wynikami wskazują, że rejestracja nie wraca do pacjentów z taką samą konsekwencją w każdej z tych sytuacji.

Brak oddzwonienia sprawia, że kontynuacja procesu rejestracji zależy od tego, czy pacjent sam podejmie kolejną próbę. Dla placówki oznacza to ryzyko utraty osoby zainteresowanej jej usługami zanim dojdzie do umówienia wizyty.

Nieudany kontakt telefoniczny może dotyczyć nie tylko próby umówienia wizyty. Pacjenci dzwonią również po to, aby zmienić termin wizyty lub poprosić o dodatkowe informacje. Jeśli nie mogą skutecznie skontaktować się z placówką, konsekwencją może być nie tylko frustracja pacjenta, ale także trudność w sprawnym zarządzaniu grafiką – na przykład wtedy, gdy pacjent chce odwołać wizytę, ale nie ma możliwości przekazania tej informacji rejestracji.

Od nieudanego połączenia do odzyskanego kontaktu

Rekomendowany model postępowania na podstawie doświadczeń zespołu szkoleniowego Medidesk

1. Zauważenie nieudanej próby kontaktu

System placówki powinien automatycznie wychwytywać nieudane próby kontaktu, takie jak zajętość, przerwanie połączenia czy wiadomość pozostawiona na poczcie głosowej. Każda taka próba powinna być widoczna dla zespołu rejestracji, tak aby pracownik mógł do niej wrócić i podjąć kontakt z pacjentem.

2. Przypisanie odpowiedzialności

Nieudane połączenie powinno zostać przypisane do konkretnej osoby lub zespołu. Jasne określenie odpowiedzialności ogranicza ryzyko, że nikt nie podejmie działania, zakładając, że zrobi to ktoś inny.

3. Kontakt zwrotny

Celem powinno być możliwie najszybsze oddzwonienie do pacjenta. Jednocześnie każda placówka powinna określić własny standard reagowania (**SLA – Service Level Agreement** → **przykładowy model na stronie 28**), dopasowany do rodzaju zgłoszenia i możliwości organizacyjnych. Innego czasu odpowiedzi wymaga prośba o oddzwonienie, innego standardowa sprawa organizacyjna, a jeszcze innego sytuacja wymagająca konsultacji z lekarzem lub inną osobą w zespole.

4. Ponowienie próby kontaktu

Brak odpowiedzi nie powinien automatycznie kończyć obsługi. Eksperci Medidesk rekomendują **podjęcie trzech prób oddzwonienia, rozłożonych w czasie**. Dzięki temu kolejne połączenia nie następują jedno po drugim, a pacjent ma szansę odebrać telefon w dogodniejszym momencie.

Rekomendowany schemat ponownego kontaktu



Po pierwszej nieudanej próbie warto założyć również wysyłanie krótkiej wiadomości SMS, jeśli pozwalają na to zgody i dostępne dane kontaktowe. Wiadomość z nazwą placówki i jasną informacją o próbie kontaktu daje pacjentowi potrzebny kontekst. Ma to szczególne znaczenie, gdy nieznane numery mogą budzić nieufność – **SMS pomaga rozpoznać, że wcześniejsze połączenie pochodziło z placówki medycznej**.

5. Zapisanie rezultatu

Każda próba kontaktu zwrotnego powinna zakończyć się krótką informacją o wyniku – rozmowa przeprowadzona, wizyta umówiona, sprawa przekazana, kontakt zaplanowany, brak możliwości połączenia lub rezygnacja pacjenta. **Dzięki temu można ocenić nie tylko liczbę wykonanych połączeń, ale przede wszystkim ich skuteczność.**

Przykładowy model ustaleń SLA - Service Level Agreement *



Co ważne, przy analizie czasu oczekiwania na oddzwonienie sama średnia może nie pokazywać pełnego obrazu – dobry wynik ogólny może ukrywać przypadki, w których pacjenci czekają na kontakt znacznie dłużej. Dlatego warto analizować również **medianę czasu oczekiwania oraz wyniki w zależności od pory dnia**. Należy również pamiętać, że to czas reakcji ma duże znaczenie dla jakości pierwszego kontaktu z pacjentem.

* Podane czasy są przykładem organizacji standardu. Każda placówka powinna dostosować SLA do swojej specyfiki, możliwości zespołu i rodzaju obsługiwanych zgłoszeń.

Czas odbioru jako punkt odniesienia *

Czas oczekiwania na odebranie połączenia przez recepcję jest ważnym elementem doświadczenia pacjenta. **Jako dobry standard operacyjny można przyjąć średni czas odbioru poniżej 60 sekund.** Bardzo dobry poziom to większość połączeń odbierana w ciągu 30-45 sekund, a w modelu obsługi premium celem może być maksymalizowanie odsetka połączeń odbieranych w czasie krótszym niż 30 sekund.



Z doświadczeń ekspertów Medidesk wynika, że **8-10%** umówień odzyskanych dzięki oddzwonieniom na nieodebrane połączenia można traktować jako poziom minimalny. W najlepiej zorganizowanych placówkach wskaźnik ten sięga obecnie **16-18%**.

WARTO MONITOROWAĆ NIE TYLKO LICZBĘ WYKONANYCH ODDZWONIEŃ, ALE RÓWNIEŻ ILE Z NICH RZECZYWIŚCIE KOŃCZY SIĘ UMÓWIENIEM WIZYT

Pozwala to ocenić, czy proces odzyskiwania nieodebranych połączeń przekłada się na konkretny rezultat. Pamiętajmy, że dobrze zorganizowany kontakt telefoniczny oznacza nie tylko szybkie odebranie połączenia przychodzącego lub oddzwonienie, ale też **konsekwentne prowadzenie sprawy aż do momentu, w którym pacjent otrzyma potrzebną odpowiedź lub pomoc.**

* Wartości te należy traktować jako punkt odniesienia przy projektowaniu własnych standardów, a nie uniwersalną normę dla każdej placówki.



Kanały pisemne

Czy pacjent, który wybiera e-mail, formularz lub wiadomość w social mediach, może liczyć na odpowiedź?

Pacjent zaczyna kontakt pisemny – czy placówka odpowiada?

**47%****Formularz
WWW****34%****Facebook /
Messenger****22%****E-mail**

W dobie cyfrowych rozwiązań placówki medyczne coraz częściej oferują pacjentom kilka sposobów kontaktu poza telefonem. Formularz na stronie, e-mail czy wiadomość w mediach społecznościowych mają ułatwiać szybkie zadanie pytania, uzyskanie informacji czy rozpoczęcie umawiania wizyty.

Wyniki pokazują jednak, że skuteczność tych kanałów jest bardzo różna. Największy odsetek testów bez reakcji dotyczył formularzy internetowych – **47%**. W przypadku Facebooka i Messengera było to **34%**, a e-maila **22%**. Nawet w najlepiej wypadającym kanale więcej niż co piąty test pozostał bez odpowiedzi.

**CO PIĄTY E-MAIL, CO TRZECIA WIADOMOŚĆ
NA FACEBOOKU LUB MESSENGERZE I NIEMAL
CO DRUGI TEST FORMULARZA WWW
POZOSTAŁY BEZ REAKCJI**

Formularz WWW – najśłabsze ogniwo kontaktu pisemnego

Formularz kontaktowy powinien jednym z najprostszych sposobów dotarcia do placówki. Jest to z założenia wygodny sposób – pacjent może zgłosić się do placówki w dowolnym momencie wpisując jedynie swoje dane, opisując potrzebę i przysyłając wiadomość bezpośrednio za pomocą strony internetowej.

W **47% testów formularza WWW** nie odnotowano reakcji ze strony placówki. To najwyższy wynik spośród analizowanych kanałów pisemnych.

Z perspektywy pacjenta kliknięcie „Wyślij” oznacza, że wiadomość została przekazana i oczekuje odpowiedzi oraz dalszego kontaktu. Gdy jednak jej nie otrzymuje, musi szukać rozwiązania swoich problemów w innym np. konkurencyjnym miejscu.

**DOSTĘP DO FORMULARZA INTERNETOWEGO DAJE
PACJENTOWI WYGODNĄ MOŻLIWOŚĆ KONTAKTU
BEZ KONIECZNOŚCI OCZEKIWANIA NA POŁĄCZENIE
Z REJESTRACJĄ**

O użyteczności tego kanału decyduje jednak dopiero to, czy wysłana wiadomość zostanie zauważona i czy pacjent otrzyma odpowiedź ze strony placówki.

Marcin Sawicki

Ekspert Patient Experience
i Contact Center

CXC Consulting
www.cxcconsulting.pl



Rejestracja pracuje na przychód placówki

Tylko 16% badanych prób zakończyło się umówieniem wizyty, a w 87% kontaktów zabrakło inicjatywy rejestracji. Trudno nie dostrzec między nimi związku. Nie są one jednak wyłącznie problemem kompetencji pracowników. To także rezultat tego, jak placówki organizują, wyposażają i motywują zespoły pierwszego kontaktu.

Pracownik często otrzymuje takie samo wynagrodzenie niezależnie od tego, czy odpowie „nie ma terminu”, czy dopyta o potrzebę i zaproponuje innego lekarza, termin, lokalizację albo badanie. Podobnie jest w kanałach pisemnych: brak odpowiedzi w 42% testów pokazuje, że zapytania pacjentów zbyt często nie otrzymują takiego samego priorytetu jak dzwoniący telefon. **Jeśli nie ma jasno określonych celów, dostępu do aktualnych grafików, standardu dalszego działania i motywacji powiązanej z efektem, najłatwiej poprzestać na podstawowej informacji – zwłaszcza pod presją czasu.**

Rejestracja/Infolinia nadal bywa postrzegana jako najniższy szczebel organizacji i centrum kosztów. Tymczasem jest punktem, w którym zainteresowanie pacjenta może zamienić się w wizytę i przychód albo zostać bezpowrotnie utracone.

Mądry system motywacyjny nie oznacza sprzedaży za wszelką cenę. Powinien premiować inicjatywę, jakość kontaktu i skuteczne rozwiązanie potrzeby pacjenta. **Placówka, która zapewni rejestracji odpowiednie narzędzia i zacznie dzielić się z nią sukcesem, zyska nie tylko wyższą skuteczność umawiania, lecz także lojalność pacjentów i rekomendacje.**

Więcej kanałów nie zawsze oznacza większą dostępność

Nowoczesna placówka może być obecna w wielu kanałach jednocześnie, ale z punktu widzenia pacjenta liczy się przede wszystkim to, czy wybrana forma kontaktu rzeczywiście działa. Każdy dodatkowy kanał to nie tylko większa wygoda, ale też kolejne miejsce, które zespół placówki powinien regularnie monitorować i obsługiwać.

Dobrze zorganizowana obsługa w wielu kanałach nie polega na obecności wszędzie, ale na konsekwentnej obsłudze tych miejsc, które placówka udostępnia pacjentom. **Każdy z nich powinien mieć jasno przypisaną odpowiedzialność, oczekiwany czas reakcji po stronie rejestracji oraz ustandaryzowany sposób dalszego prowadzenia zgłoszenia.**

**NIE CHODZI O TO, BY BYĆ DOSTĘPNYM
W KAŻDYM KANALE. WAŻNE, BY SKUTECZNIE
OBSŁUGIWAĆ TE, KTÓRE OFERUJEMY PACJENTOM**

Test użyteczności kanałów w Twojej placówce – sprawdź te punkty:

- ☐ Czy dla każdego kanału (e-mail, Facebook, formularz) ustalono imiennie pracownika lub konkretną zmianę odpowiedzialną za bieżącą obsługę w danym dniu?
- ☐ Czy pracownicy odbierający telefony mają jasne wytyczne, czy i kiedy powinni przerwać rozmowę, by obsłużyć "okienko", a kiedy odpisywać na czacie?
- ☐ Czy placówka ma zdefiniowany i zakomunikowany pacjentom czas odpowiedzi na wiadomości pisemne (np. "Odpowiadamy w ciągu 24h")?
- ☐ Czy określiliście z zespołem wewnętrzny czas pierwszej reakcji na wiadomości wysyłane przez komunikatory (np. Facebook Messenger)?
- ☐ Czy zgłoszenia napływające poza godzinami pracy (w nocy, w weekendy) generują autoodpowiedź informującą pacjenta, kiedy jego sprawa zostanie podjęta?
- ☐ Czy zgłoszenia wymagające konsultacji medycznej (np. weryfikacja objawów do umówienia wizyty, wycena zabiegu) mają ustaloną, sprawną ścieżkę przekazania zapytania do personelu medycznego?

Rekomendowany standard obsługi pierwszego kontaktu na podstawie doświadczeń zespołu szkoleniowego Medidesk

Pacjent chce szybko uzyskać kontakt, trafić na kompetentną osobę, zostać potraktowany z uwagą, otrzymać jasną odpowiedź i nie musieć samodzielnie zabiegać o kolejne kroki. Profesjonalną obsługę warto budować wokół czterech elementów: dostępności, kompetencji, empatii i skutecznego domknięcia sprawy.

1. Otwarcie rozmowy

Pierwsze sekundy rozmowy powinny jasno komunikować pacjentowi, z kim rozmawia, i dawać mu przestrzeń do opowiedzenia o tym, w czym potrzebuje pomocy. **Warto przyjąć jeden standard obowiązujący cały zespół:**

nazwa placówki
lub jednostki

przedstawienie się

otwarte pytanie
o potrzebę

Dzień dobry, z tej strony Anna Nowak.

Dodzwonił się Pan do XYZ Medico, w czym mogę pomóc?



2. Rozpoznanie potrzeby

Dobra obsługa zaczyna się od aktywnego słuchania, a nie od jak najszybszego udzielenia odpowiedzi. Pracownik powinien dać pacjentowi przestrzeń na przedstawienie sprawy, dopytać o potrzebne szczegóły i upewnić się, że właściwie ją zrozumiał.

pytaj

przede wszystkim pytaniami otwartymi, które pozwalają lepiej poznać potrzebę

dopytuj

o informacje potrzebne do zaproponowania właściwego rozwiązania

upewnij się

krótco podsumuj: „Czy dobrze rozumiem, że zależy Pani/Panu na...?”

Tak prowadzona rozmowa nie tylko dostarcza informacji potrzebnych do znalezienia właściwego rozwiązania. Pokazuje też pacjentowi, że jego sprawa została potraktowana poważnie, a pracownik rzeczywiście go słucha.

3. Konkretna odpowiedź

Pacjent powinien otrzymać informacje potrzebne do świadomego podjęcia decyzji, a nie tylko odpowiedź na pierwsze zadane pytanie. Jeśli pyta np. o konsultację specjalistyczną, warto przekazać nie tylko informację, że taka usługa jest dostępna, ale również **wymienić**:

- **dostępnych specjalistów**
- **dni przyjęć**
- **pierwszy wolny termin**
- **cenę**
- **wymagania przed wizytą** (np. potrzebne skierowanie lub wcześniejsze badania).

Jeśli pracownik nie może od razu udzielić odpowiedzi, powinien **jasno powiedzieć, co zostanie sprawdzone, kto wróci do niego z odpowiedzią i kiedy to nastąpi**.

Kompetencja rejestracji wymaga także dobrego zaplecza organizacyjnego. Warto jasno określić zakres odpowiedzialności i uprawnień pracowników, regularnie aktualizować bazę wiedzy, procedury i odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania oraz analizować sprawy, które wymagają wielokrotnego kontaktu lub przekazywania między pracownikami.

4. Poszukiwanie możliwości

Jeśli zaproponowane rozwiązanie nie odpowiada pacjentowi, standardem powinno być aktywne poszukiwanie dostępnej alternatywy. To jeden z najbardziej konkretnych sposobów pokazania inicjatywy, zaangażowania i chęci pomocy.

Problem z terminem?

- inny termin
- inny specjalista
- inna lokalizacja
- lista rezerwowa
- oddzwonienie po sprawdzeniu dodatkowych możliwości

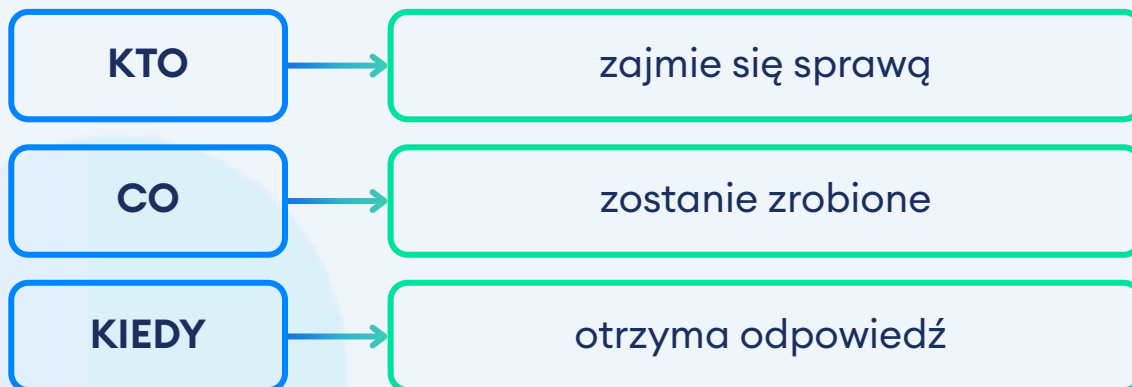
Problem z ceną?

- dostępny pakiet lub korzystniejszy wariant usługi
- obowiązujący rabat
- możliwość rozłożenia płatności na raty, jeśli placówka ją oferuje

Zamiast pozostawiać pacjenta z komunikatem „nie ma terminu” albo „taka jest cena”, pracownik powinien sprawdzić, co jeszcze może zaproponować w ramach dostępnych możliwości. Takie podejście ogranicza poczucie „zderzenia się z murem” i pokazuje, że po drugiej stronie jest empatyczna osoba, która rzeczywiście próbuje pomóc.

5. Jasne ustalenie dalszego działania

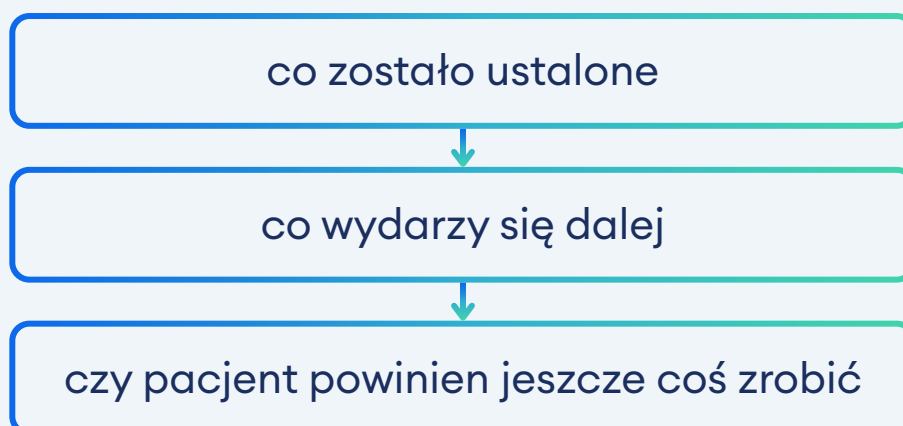
Nie każdą sprawę można zakończyć podczas jednego kontaktu. Pacjent powinien jednak wiedzieć:



Standard powinien ograniczać sytuacje, w których pacjent musi sam ponownie dzwonić tylko po to, aby sprawdzić status swojej sprawy. Jeśli rejestracja deklaruje kontakt w określonym terminie, ważne jest dotrzymanie tej deklaracji. Gdy nie jest to możliwe, pacjent powinien otrzymać informację o opóźnieniu i nowym terminie odpowiedzi.

6. Domknięcie kontaktu

Na zakończenie warto krótko potwierdzić najważniejsze ustalenia:



Dotyczy to zarówno rozmowy telefonicznej, jak i korespondencji.

Przy umówieniu wizyty warto potwierdzić m.in. termin, specjalistę, lokalizację, cenę oraz ewentualne wymagania przed wizytą. Dobrą praktyką jest także przesłanie krótkiego podsumowania najważniejszych informacji SMS-em lub e-mailem.

Empatia jako standard całej obsługi

Empatia powinna być widoczna od pierwszego pytania do zamknięcia sprawy – w sposobie słuchania, reagowania na emocje pacjenta, proponowania rozwiązań i przejmowania odpowiedzialności za dalsze działanie w ramach swoich kompetencji.

Zamiast podejścia:
**„Nie mam wiedzy,
by udzielić Pani/Panu odpowiedzi”**



lepiej:
**„Sprawdzę, kto może pomóc, i powiem,
co możemy zrobić dalej.”**

**PRACOWNIKÓW REJESTRACJI WARTO SZKOLIĆ
NIE TYLKO Z PROCEDUR I WIEDZY O OFERCIE,
ALE RÓWNIEŻ Z AKTYWNEGO SŁUCHANIA,
KOMUNIKACJI W TRUDNYCH SYTUACJACH
I REAGOWANIA NA EMOCJE PACJENTA**

Dobry standard pierwszego kontaktu łączy dostępność, kompetencję i empatię z konsekwentnym doprowadzeniem sprawy do możliwie jasnego zakończenia. **Pacjent nie powinien sam szukać kolejnego kroku – rolą rejestracji jest pokierować go do właściwego rozwiązania.**



Podsumowanie i wnioski

Co wynika z badania i co placówki mogą zrobić, aby skuteczniej prowadzić pacjenta od pierwszego kontaktu do rozwiązania jego potrzeby?

Pierwszy kontakt z placówką – najważniejsze wnioski z badania

Analiza **390 audytów „Tajemniczego Pacjenta”** wskazuje, że problemy z jakością pierwszego kontaktu nie dotyczą jednego miejsca ani kanału komunikacji. Obejmują zarówno trudności z dodzwonieniem się lub uzyskaniem odpowiedzi na wiadomość, jak i sposób prowadzenia rozmowy, niski poziom inicjatywy czy nieskuteczne przejście od zainteresowania usługą do umówienia wizyty. **Średni wynik audytów wyniósł 27,5%, a 76% testów zakończyło się rezultatem 40% lub niższym.**

Najczęściej odnotowywanym problemem był niski poziom inicjatywy rejestracji, wskazany w **87%** analizowanych testów. Jednocześnie tylko **16%** działań podjętych w celu ustalenia wizyty zakończyło się skutecznym umówieniem terminu. W praktyce oznacza to, że duże znaczenie ma nie tylko samo rozpoczęcie rozmowy, ale również to, czy po przedstawieniu potrzeby pojawia się konkretna propozycja i próba znalezienia dostępnego rozwiązania.

Istotnym wyzwaniem pozostaje także ciągłość obsługi. **Po 62% nieudanych prób telefonicznych nie nastąpił kontakt zwrotny, a w kanałach pisemnych bez reakcji pozostało 47% testów formularza internetowego, 34% wiadomości na Facebooku i Messengerze oraz 22% e-maili.**

**NAJWAŻNIEJSZY WNIOSEK Z CAŁEGO RAPORTU
JEST WIĘC SZERSZY: DOSTĘPNOŚĆ NIE OZNACZA
JEDYNNIE MOŻLIWOŚCI WYKONANIA TELEFONU CZY
WYSŁANIA WIADOMOŚCI**

O jej rzeczywistej jakości decyduje to, czy rozpoczęty kontakt zostaje zauważony, właściwie poprowadzony i konsekwentnie kontynuowany. **To właśnie pierwsza interakcja może stać się początkiem dobrej relacji, jeśli za dostępnością idzie realna jakość obsługi i jasne prowadzenie rozmówcy przez kolejne etapy.**

Najważniejsze wnioski z raportu “Indeks dostępności dla pacjentów”

1. Dostępność to nie to samo co wysoka jakość obsługi

Możliwość dodzwonienia się, wysłania e-maila czy formularza jest pierwszym krokiem procesu. O jakości decyduje jednak to, jaka jest reakcja rejestracji i jak dalej prowadzony jest kontakt.

2. Inicjatywa rejestracji ma duże znaczenie

Samo przekazanie informacji często nie wystarcza. Ważne jest również szukanie kolejnej możliwości, gdy pierwsza propozycja (np. terminu) nie odpowiada osobie zainteresowanej usługą.

3. Nieudana próba kontaktu nie powinna kończyć obsługi

Oddzwonienie lub ponowienie próby pozwala wrócić do osoby, która wcześniej sama chciała skontaktować się z daną placówką medyczną. W tym wypadku dużą rolę odgrywa czas reakcji zwrotnej rejestracji.

4. Jakość rozmowy zaczyna się od właściwego rozpoznania potrzeby

Aktywne słuchanie, trafne pytania i konkretna odpowiedź zwiększają szansę na znalezienie rozwiązania dopasowanego do sytuacji pacjenta.

5. Liczy się cały przebieg pierwszego kontaktu

Skuteczność zależy nie od jednego momentu, ale od tego, czy rozmowa lub korespondencja prowadzą do jasnego kolejnego kroku i umożliwiają sprawne umówienie usługi.

PORADNIK: 5 rzeczy, które placówka może zrobić od razu

1. Sprawdzić, na jakim etapie kontakt pacjentem najczęściej się urywa

Warto prześledzić całą drogę pierwszego kontaktu – od próby dodzwonienia się lub wysłania wiadomości aż do uzyskania odpowiedzi i umówienia wizyty. Ile telefonów pozostaje nieodebranych? Czy rejestracja oddzwania? Czy wiadomości otrzymują odpowiedź? Czy rozmówca, dla którego pierwszy termin jest niedostępny, dostaje inną propozycję? Takie spojrzenie pozwala wskazać konkretne momenty, które wymagają poprawy.

2. Ustalić jasne zasady obsługi telefonu i kanałów pisemnych

Każdy kanał udostępniony do kontaktu powinien być regularnie obsługiwany. Warto ustalić standard obsługi – określić, kto monitoruje nieodebrane połączenia, e-maile, formularze i wiadomości w mediach społecznościowych. Jak szybko należy na nie reagować oraz jak postępować, gdy odpowiedź wymaga sprawdzenia dodatkowych informacji. Dzięki temu kontakt nie kończy się tylko dlatego, że za pierwszym razem nie udało się udzielić odpowiedzi.

3. Szkolić rejestrację z prowadzenia rozmowy i aktywnego słuchania

Dobra znajomość oferty i procedur przez pracowników rejestracji, nie gwarantuje jeszcze wysokiego poziomu obsługi. Dlatego warto regularnie organizować szkolenia rozwijające umiejętności potrzebne w rozmowie – aktywne słuchanie, rozpoznawanie potrzeb, zadawanie właściwych pytań, reagowanie na obiekcje i szukanie dostępnych rozwiązań. Największą wartość mają praktyczne ćwiczenia oparte na sytuacjach, z którymi pracownicy rejestracji rzeczywiście spotykają się w codziennej pracy.

4. Wprowadzić wspólny standard obsługi pierwszego kontaktu

Pacjent powinien otrzymać podobny poziom obsługi niezależnie od tego, kto odbierze telefon lub odpowie na wiadomość. Wspólny standard powinien obejmować rozpoznanie potrzeby, udzielenie konkretnej odpowiedzi, zaproponowanie alternatywy, gdy pierwsza możliwość nie odpowiada pytającemu, dotrzymywanie deklaracji oraz jasne ustalenie dalszego działania.

5. Mierzyć, czy pierwszy kontakt prowadzi do skorzystania z usługi

Liczba odebranych telefonów czy wysłanych odpowiedzi nie pokazuje jeszcze pełnego obrazu. Warto sprawdzać również, ile rozmów kończy się umówieniem wizyty, ile nieodebranych połączeń udaje się odzyskać dzięki oddzwonieniu oraz czy zapowiedziany kontakt zwrotny rzeczywiście następuje. Dzięki temu placówka może ocenić nie tylko dostępność rejestracji, ale także skuteczność jej pracy.





Teoria w praktyce

Zobacz, jak wybrane placówki medyczne
przełożyły wnioski z badań Tajemniczego
Pacjenta na zmiany operacyjne

Warsaw Aesthetic i WeAesthetic Beauty Space

WeAesthetic
weaesthetic.pl



TTP pokazuje jakość rozmowy, dane pokazują efekt

Jak połączyć ocenę jakości pierwszego kontaktu z wynikiem widocznym w całej placówce.

+31,3%

**Skuteczność umawiania
wizyt**

+62,8%

**Średnia liczba umówionych
wizyt**

Co dzieje się między „dzień dobry” a rezerwacją?

Przed rozpoczęciem współpracy Warsaw Aesthetic i WeAesthetic Beauty Space przeszły audyt Tajemniczego Pacjenta. Taki test pozwala zobaczyć elementy, których nie pokazuje sam raport telefoniczny - sposób rozpoznania potrzeby, reakcję na pytania i obiekcje, inicjatywę pracownika oraz próbę doprowadzenia rozmowy do konkretnego kolejnego kroku.

TTP daje dokładny obraz pojedynczego doświadczenia. Kolejnym pytaniem jest jednak to, czy jakość tego procesu znajduje odzwierciedlenie również w wynikach setek i tysięcy rzeczywistych kontaktów.

Dane pokazują skalę

W analizowanym okresie skuteczność umawiania wizyt wzrosła o 31,3%, a średnia liczba umówionych wizyt o 62,8%.

Jednocześnie odbieralność połączeń wzrosła o 6,4%, średni czas oczekiwania skrócił się o 15,7%, a liczba połączeń wzrosła o 24,2%.

Dlaczego warto łączyć oba spojrzenia

Z samego wykresu nie dowiemy się, czy pracownik właściwie rozpoznał potrzebę, zaproponował rozwiązanie albo odpowiedział na obiekcję. Z pojedynczego audytu nie dowiemy się natomiast, jak często cały proces kończy się wizytą w skali placówki.

TTP odpowiada więc na pytanie „jak wygląda rozmowa?”. Dane operacyjne pokazują, jaki efekt daje ten proces w większej skali.

“

Wysoki standard obsługi pacjenta wymaga nie tylko dostępności, ale również uważnego prowadzenia rozmowy, właściwego rozpoznania potrzeby i jasnego wskazania kolejnych kroków. Audyt Tajemniczego Pacjenta pozwolił nam spojrzeć na ten proces z perspektywy osoby korzystającej z naszych usług, a zestawienie tych obserwacji z danymi operacyjnymi daje nam pełniejszy obraz jakości pierwszego kontaktu. Dzięki temu możemy świadomie rozwijać standard obsługi i konsekwentnie dbać o doświadczenie pacjenta na każdym etapie kontaktu z kliniką.

dr n. med. Daria Charytonowicz i lek. Michał Charytonowicz
właściciele klinik Warsaw Aesthetic i WeAesthetic Beauty Space

”

Wniosek

Profesjonalna rejestracja nie kończy pracy na odebraniu telefonu. Jej rolą jest uważnie rozpoznać potrzebę pacjenta, przekazać kompletne informacje i jasno poprowadzić go do kolejnego kroku. TTP pozwala ocenić jakość tej drogi, a dane pokazują jej skuteczność w codziennej pracy.

Centrum Medyczne Gamma

CM Gamma
cmgamma.pl



Od obserwacji pojedynczego kontaktu do analizy całego procesu

Tajemniczy Pacjent był punktem wyjścia. Kolejnym krokiem było sprawdzenie w danych, czy obserwowane zjawiska powtarzają się również w codziennych rozmowach.

83% → 93%

Odbieralność połączeń

106 s → 44 s

Średni czas oczekiwania

Najpierw zobaczyć placówkę z perspektywy pacjenta

Przed rozpoczęciem współpracy CM Gamma przeszła audyt Tajemniczego Pacjenta. Taki test pozwala sprawdzić nie deklarowaną procedurę, ale rzeczywiste doświadczenie osoby, która próbuje skontaktować się z placówką i uzyskać pomoc.

Audyt dał zewnętrzną perspektywę na konkretny kontakt. Po rozpoczęciu współpracy można było zestawiać ją z danymi dotyczącymi tysięcy rzeczywistych połączeń i sprawdzać, czy podobne sytuacje pojawiają się również w codziennej obsłudze.

Od audytu do analizy codziennych rozmów

W pierwszym analizowanym okresie odbieralność połączeń wynosiła 83%, a średni czas oczekiwania 106 sekund. Przy ruchu rzędu 11,8 tys. połączeń miesięcznie każdy procent odbieralności ma realne znaczenie dla dużej liczby pacjentów.

CM Gamma już przed rozpoczęciem współpracy pracowała według jednego standardu obsługi. Wartością Medidesk nie było więc tworzenie zasad od nowa, ale możliwość pogłębienia analizy - przede wszystkim poprzez pracę na konkretnych rozmowach według ich statusu i źródła.

Rezultat

W ostatnim analizowanym okresie odbieralność wyniosła 93%, a średni czas oczekiwania skrócił się do 44 sekund.

TTP dał punkt odniesienia dla jakości konkretnego doświadczenia. Dane operacyjne pozwoliły później spojrzeć na ten sam obszar w większej skali, a analiza rozmów według statusu i źródła pomaga sprawdzać, co rzeczywiście stoi za wynikiem.

“

Profesjonalna obsługa pacjenta to dla nas nie tylko sprawny kontakt, ale przede wszystkim konsekwentnie wysoki standard rozmowy i umiejętność właściwego poprowadzenia pacjenta przez cały proces. Audyt Tajemniczego Pacjenta pozwolił nam spojrzeć na ten obszar z zewnętrznej perspektywy, a dane z Medidesk pomagają później weryfikować, jak ten standard wygląda w codziennej pracy. Dzięki temu możemy świadomie rozwijać jakość obsługi i podejmować decyzje w oparciu o konkretne rozmowy, a nie pojedyncze wrażenia.”

Lena Garnik

Prezes Zarządu CM Gamma

”

Wniosek

TTP pokazuje jakość pojedynczego doświadczenia. Dane pokazują skalę, a analiza konkretnych rozmów pozwala lepiej zrozumieć źródło wyniku. Połączenie tych perspektyw daje pełniejszy obraz procesu obsługi pacjenta.

A jak wygląda to w **Twojej** placówce?

Sprawdź swoją rejestrację oczami pacjenta.



Co sprawdzamy? _____



Zyskujesz konkretne odpowiedzi.



Realny obraz obsługi pacjenta



Wskazanie obszarów do poprawy



Praktyczne rekomendacje

Zgłoś Bezpłatny Audyt Tajemniczego Pacjenta

Umów bezpłatny audyt →



Zeskanuj i umów audyt



Medidesk Sp. z o.o. to działająca od 2017 r. polska spółka z branży technologii medycznych. Autorska platforma Medidesk wspiera placówki lecznicze w obsłudze pacjentów, automatyzacji procesów, analityce efektywności oraz wprowadzaniu innowacyjnych standardów Patient Experience oraz sztucznej inteligencji w obszarze obsługi i opieki nad pacjentem.



Ponad 1000
placówek

korzystających na co dzień
z systemu Medidesk



Ponad 8500
rejestratorek

logujących się codziennie
do panelu



Ponad 800
managerów

korzystających codziennie
z analiz dostępnych
w systemie



Ponad 8 mln
obsłużonych zgłoszeń

telefonicznych pacjentów
miesięcznie w placówkach
w całej Polsce



Biuro

tel. 22 250 08 50

e-mail: biuro@medidesk.pl



Adres

Medidesk Sp. z o. o.

Ul. W. Niegolewskiego 17/2

01-570 Warszawa



Pomoc techniczna

tel. 22 690 00 70

e-mail: pomoc@medidesk.pl

Więcej na naszej stronie →



**Sprawdź jakość obsługi pacjenta
w swojej placówce. Zgłoś swój
udział w profesjonalnym,
bezpłatnym audycie ↓**

Aleksandra Kryśkiewicz

Kierownik Zespołu Badań
Jakości Obsługi Klienta

audyt-jakosci@medidesk.com



Za czym kolejka ta stoi?

Kampania **#odwołuje #nieblokuje**, czyli jak wspólnie skracamy kolejki

Co ma wspólnego nieodwołana wizyta z kolejką do lekarza? Więcej niż mogłoby się wydawać. **Każdy niewykorzystany termin to stracony czas placówki i szansa, z której nie może skorzystać inny pacjent.**

#odwołuje #nieblokuje to kampania społeczna zainicjowana w 2022 roku przez Centrum Medyczne CMP. Jej celem jest zwiększanie świadomości pacjentów na temat konsekwencji nieodwoływania wizyt oraz promowanie prostych rozwiązań ułatwiających rezygnację z terminu, z którego pacjent nie może skorzystać.

Kampania pokazuje, że odpowiedzialność za dostępność świadczeń jest wspólna. Pacjent powinien pamiętać o odwołaniu wizyty, ale placówka powinna zapewnić mu prosty i skuteczny sposób, aby mógł to zrobić. To szczególnie ważne, gdy bariera pojawia się już na etapie kontaktu z rejestracją – brak możliwości dodzwonienia się, oddzwonienia czy alternatywnego kanału kontaktu może sprawić, że nawet pacjent, który chce odwołać wizytę, nie ma, jak tego zrobić.



Skala problemu pozostaje znacząca. Według danych NFZ w 2025 roku nie odwołano ponad 1,4 mln wizyt i terminów świadczeń monitorowanych przez Fundusz.

Kampania łączy edukację pacjentów, praktyczne rozwiązania i współpracę całego środowiska ochrony zdrowia. W działania angażują się m.in. placówki publiczne i prywatne, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Naczelna Rada Lekarska i Polska Federacja Szpitali. Powstał również „Przewodnik po narzędziach do odwoływania wizyt”, wspierający placówki w usprawnianiu tego procesu.

Kampania przynosi także wymierne efekty. W placówkach, które wdrożyły rekomendowane rozwiązania i działania edukacyjne, liczba nieodwołanych wizyt spadła od kilku do nawet kilkudziesięciu procent.

#odwołuje #nieblokuje to dziś nie tylko kampania edukacyjna, ale inicjatywa łącząca pacjentów, placówki i instytucje publiczne wokół prostego celu: lepiej wykorzystywać dostępne terminy i wspólnie zwiększać dostępność opieki zdrowotnej.



Indeks dostępności dla pacjentów

Dane prezentowane w raporcie mają charakter zbiorczy i zostały zanonimizowane. Wyniki nie pozwalają na identyfikację poszczególnych placówek ani pracowników rejestracji.