

Małgorzata Januszevska, Renata Przeorek-Smyka

BADANIA POZIOMU JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH NA PRZYKŁADZIE ZAKŁADÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATU JELENIOGÓRSKIEGO

1. Wstęp

Od czasu gdy zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują w warunkach konkurencji, nie bez znaczenia pozostaje jakość świadczonych przez nie usług. Współczesne podejście do jakości polega na utożsamianiu jej z subiektywną oceną klienta oraz na nadawaniu jej cech wartościujących [6, s. 3]. Stąd podstawowym zadaniem zakładu opieki zdrowotnej staje się uzyskanie zadowolenia pacjenta, jego satysfakcji – czyli pozytywnej oceny klienta dotyczącej postrzeganej przez niego usługi [9, s. 200]. Jak się okazuje, kluczową determinantą satysfakcji klienta jest relacja pomiędzy oceną wykonania usługi (percepcją) a oczekiwaniami.

Celem artykułu jest zatem próba pomiaru poziomu jakości usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty podstawowej opieki zdrowotnej w percepcji ich klientów.

2. Podstawowa opieka zdrowotna

Celem każdego z funkcjonujących na świecie systemów ochrony zdrowia jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom poprzez zaspokojenie zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych potrzeb zdrowotnych. Zaspokojenie zbiorowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa jest domeną państwa i obejmuje działania wszystkich sektorów życia społeczno-gospodarczego, mających wpływ na zdrowie ogółu. Zaspokojenie natomiast potrzeb indywidualnych, choć stanowi również domenę regularnych funkcji państwa, obejmuje jedynie wybrane sektory życia społeczno-gospodarczego, a szczególnie podmioty opieki zdrowotnej. Ocena ich funkcjonowania jest zależna od opinii konsumentów usług zdrowotnych.

W okresie transformacji ustrojowej ujawniły się negatywne oceny działalności zakładów opieki zdrowotnej. Wynikały one m.in. z następujących przyczyn:

- z rosnącej dysproporcji w dostępie do usług zdrowotnych,
- z braku wzrostu wydatków publicznych na opiekę zdrowotną, pomimo silnej presji społecznej,
- z braku racjonalności w kształtowaniu kosztów leczenia, wynikającego ze stosowania niewłaściwych, przestarzałych i nieefektywnych terapii mimo pojawienia się nowych procedur, technologii, leków i aparatury medycznej,
- z rosnących, a niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, mających swe źródło w zmianach struktury ludności, we wzroście zachorowalności i umieralności na tzw. choroby cywilizacyjne (por. [1, s. 15; 13, s. 28-30]).

Wszystkie te zjawiska wpływały na systematyczne pogłębianie się luki między oczekiwanym a otrzymywanym poziomem świadczenia usług zdrowotnych i doprowadziły do rozpoczęcia procesu reform.

Pod wpływem zmian legislacyjnych w latach dziewięćdziesiątych¹ nastąpiły zmiany w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej. Za najważniejsze należy przyjąć następujące zjawiska:

- zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) uzyskawszy osobowość prawną, stał się podmiotem gry rynkowej, ale pozostał organizacją, w której cele społeczne dominują nad celami ekonomicznymi,
- wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, bez względu na formę własności, mają równy dostęp do środków publicznych z ubezpieczeń zdrowotnych,
- podstawą do ubiegania się o środki publiczne są konkursy ofert, oparte na spełnianiu standardów jakościowych, sanitarnych, technologicznych i kompleksowości świadczenia usług,
- zakłady opieki zdrowotnej mogą korzystać z wielu źródeł finansowania działalności statutowej,
- istnieje możliwość dostosowania zakresu działalności do istniejącego popytu oraz kreowania potencjalnego popytu,
- obowiązuje zasada wielości partnerów współdziałających w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego,
- konsumenci usług zdrowotnych przestali być przyporządkowani do rejonu, zakładu i uzyskali wolny wybór kasy chorych, lekarza pierwszego kontaktu, specjalisty i szpitala,
- od wyboru konsumenta zależą wyniki ekonomiczne zakładu opieki zdrowotnej,
- cena za usługi zdrowotne ustanawiana w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nadal nie uwzględnia relacji między popytem a podażą, lecz jest

¹ Autorki zwracają szczególną uwagę na ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (1991 r.) i ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (1997 r.), zastąpioną w 2003 r. ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, a w 2004 r. ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [15; 16; 17].

kształtowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) bez związku z kosztem ich wytwarzania i poziomem zaopatrzenia,

- budżet państwa nadal uczestniczy w finansowaniu opieki zdrowotnej w części przeznaczonej na programy profilaktyczne, medyczne procedury wysokospecjalistyczne, kształcenie personelu medycznego, badania naukowe i medyczne inwestycje centralne.

3. Istota jakości usługi zdrowotnej

Zmiany w otoczeniu organizacyjno-prawnym wpłynęły na proces dostosowania się ZOZ-ów do nowych warunków, w jakich przyszło im funkcjonować, a który to proces jest zauważalny w ich planach strategicznych.

W strategii rozwoju zakładu opieki zdrowotnej ważną kwestią jest jakość usługi. Jakość jest z natury pojęciem względnym i nie istnieje sama w sobie, a co z tym idzie, o jakości usługi można mówić tylko w powiązaniu z celem, któremu ona ma służyć. Trudności ze zdefiniowaniem kategorii jakości wynikają m.in. z dwóch powodów:

1) z powszechności zjawiska jakości, czego konsekwencją jest swego rodzaju obojętność wobec tej kategorii; ciągle i mimowolne stykanie się człowieka z jakością spowodowało, że wytworzył się specyficzny stosunek do tej kategorii,

2) z dość późnego zainteresowania teorii problematyką jakości; w naukach ekonomicznych problematyka jakości przez wiele dziesiątków lat nie była przedmiotem głębszych refleksji, wszelkie dociekania w tej materii były raczej przypadkowe i nie wynikały z celowych zainteresowań; w miarę upływu czasu w badaniach ekonomicznych nad zagadnieniami jakości przeważał raczej gałęziowy punkt widzenia, co nie pozostało bez wpływu na różnice w określaniu treści pojęcia jakości poszczególnych produktów [3, s. 14].

Przez jakość zatem należy rozumieć stopień, w jakim dana usługa zaspokaja stawiane przed nią wymagania względem celu, do którego została ona przeznaczona. Również w ten sposób można definiować jakość usługi zdrowotnej. Najpowszechniejsza definicja WHO określa ją jako stopień, do jakiego usługi zdrowotne, obejmujące jednostki i populacje, zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą [2, s. 145]. Najważniejszymi elementami jakości usługi zdrowotnej są:

- dostępność,
- realność świadczonej,
- kompetencja i rzetelność,
- powszechność [8, s. 62-63].

Wyżej wymienione elementy można uznać za czynniki będące kryteriami oceny jakości. Dostępność usługi związana jest z lokalizacją placówki opieki zdrowotnej, odległością od miejsca zamieszkania pacjenta i czasem dojazdu, możliwo-

ścią owego dojazdu, zaparkowania samochodu, a także z godzinami przyjęć i dyżurów. Prawo zapewnia nabywcy nieograniczony dostęp do wszystkich medycznie uzasadnionych usług zdrowotnych. Wyłączeniu podlegają tylko nieliczne świadczenia, np. zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej. Realność usługi zdrowotnej polega na tym, że zaspokaja ona potrzebę bezpieczeństwa jednostki, bez czego niemożliwe jest dalsze wspinanie się po drabinie potrzeb. Kompetencja usługi zdrowotnej jest konsekwencją zatrudnienia kadry odpowiednio wykształconej, dysponującej wiedzą, doświadczeniem i fachowością, ale także wrażliwością na cierpienie ludzkie. Rzetelność związana jest z dokładnym wykonywaniem usługi i pełną ochroną zdrowotną pacjenta. Powszechność usługi zdrowotnej wynika już choćby z ustawy zasadniczej (art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej) czy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i polega na tym, że ten rodzaj usług jest kierowany do wszystkich niezależnie od stanu zdrowia i realizowanej profilaktyki zdrowotnej.

4. Pomiar jakości usług zdrowotnych

Do pomiaru omawianego zjawiska na rynku usług medycznych trudno jest zastosować miary przyjmowane dla dóbr materialnych. Trwałość, estetyka, funkcjonalność czy rozmiar nie standaryzują usługi.

Wśród zewnętrznych metod zapewnienia wysokiej jakości usług zdrowotnych najbardziej na świecie sprawdzoną i najskuteczniejszą jest akredytacja. Jej rola we współczesnych systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczonych usług i bezpieczeństwo pacjentów. W tych obszarach tworzone są mierzalne kryteria oceny placówek opieki zdrowotnej określonego typu, np. szpitali, leczenia otwartego czy zakładów opieki długoterminowej, zwane standardami akredytacyjnymi. Standardy te mają charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądaných efektów. Dzięki temu spełnione jest założenie akredytacji polegające na stałym stymulowaniu do osiągania poziomu optimum, jaki wyznaczają standardy akredytacyjne. Każdorazowo wymogi standardów muszą być na poziomie możliwie wysokim, a przy tym jednak realnie osiągalnym. Dzięki akredytacji zakład opieki zdrowotnej może dokonać samooceny poprzez porównanie się z wzorcem przyjętym jako standard akredytacyjny.

W warunkach polskich jednostką akredytującą placówki opieki zdrowotnej i rekomendowaną przez Ministra Zdrowia jest Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (CMJ). Dla poszczególnych rodzajów podmiotów opieki zdrowotnej skonstruowała ona zestaw standardów. Grupa kryteriów dla podstawowej opieki zdrowotnej i praktyk lekarza rodzinnego składa się ze 136 wymagań, które skupiono w 8 grupach:

- 1) organizacja jednostki,
- 2) zespół pracowników,

3) poprawa jakości, w ramach której powoływany jest zespół do tworzenia programu poprawy jakości, jego wdrożenia, monitorowania i badania satysfakcji klientów,

- 4) prawa pacjenta,
- 5) bezpieczeństwo opieki medycznej,
- 6) wszechstronność opieki,
- 7) dokumentacja medyczna,
- 8) infrastruktura².

Jednakże proces akredytacyjny jest złożony, wymaga znacznych nakładów finansowych i, jak określają same zakłady opieki zdrowotnej, nie przynosi im wymiernych korzyści. Stąd na dzień 1 stycznia 2006 r. tylko 57 zakładów w Polsce posiadało akredytację CMJ, z czego tylko 3 zlokalizowane są na terenie województwa dolnośląskiego, tj. Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o., NZOZ w Kamiennej Górze, Centrum Pulmonologii i Alergologii w Karpaczu SA i SP ZOZ Dolnośląski Szpital im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu. Należy również zaznaczyć, iż po akredytację sięgają głównie szpitale.

Zakłady opieki zdrowotnej w ostatnich latach coraz częściej wdrażają system zarządzania jakością wg standardów ISO 9001:2000. Certyfikat uzyskało między innymi Centrum Medyczne Damiana w Warszawie, Medicover, NZOZ Poznańskie Centrum Zdrowia, ZOZ MSWiA w Koszalinie, wskazywane już wyżej Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji w Kamiennej Górze i wiele innych.

Na uwagę zasługuje to, że zakłady opieki zdrowotnej uczestniczą także w wielu rankingach i programach formułowanych dla wyróżnienia tych, które zapewniają najwyższy poziom jakości swoim klientom. Wśród najważniejszych programów należy wymienić:

- 1) Ogólnopolski Ranking Szpitali „Bezpieczny Szpital” – prowadzony przez „Rzeczpospolitą”,
- 2) Najlepszy Szpital w Polsce – organizowany przez „Wprost”,
- 3) Medal Europejski za usługi medyczne – dla przychodni i szpitali – przyznawany przez Urząd Komitetu Integracji Europejskiej i Business Center Club,
- 4) The Best Medical Center/Clinic – prowadzony przez „Warsaw Insider”,
- 5) Best Medical Clinic – przyznawany przez „New Warsaw Express”,
- 6) akredytacje i rekomendacje międzynarodowych firm ubezpieczeniowych.

W dobie kształtowania się zacieklej rywalizacji o klienta na rynku usług zdrowotnych należy jednak odstąpić od pomiaru ich jakości wewnątrz podmiotów opieki zdrowotnej, a szukać skutecznych metod jej oceny po stronie klienta – pacjenta. Ocena jakości usług medycznych jest tu wysoce subiektywna. Nawet dobrze wykonana usługa może być oceniona negatywnie. Postrzeganie jakości wykonanej

² Więcej na ten temat na stronach internetowych CMJ i Ministerstwa Zdrowia: www.cmj.org.pl i www.mz.gov.pl.

usługi opiera się bowiem na jej zgodności z oczekiwaniami. Dlatego równie istotne jak otrzymanie jakości jest wyobrażenie o niej. Mimo dużego subiektywizmu, systematyczny pomiar postrzegania jakości przez klientów jest ważnym elementem wczesnego ostrzegania. Obniżający się jej poziom daje placówkom ochrony zdrowia czas na podjęcie odpowiednich działań.

Pomiar poziomu jakości usług zakładów podstawowej opieki zdrowotnej wymaga wyboru właściwej metody badawczej. Metodologia badań jakości usług obejmuje dobór kryteriów ocen i określenie sposobów gromadzenia i analizy danych. W praktyce badawczej wzorce kryterialne zostały zaproponowane przez A. Parasurama w 1985 r. Obejmują one dziesięć wymiarów jakości usług:

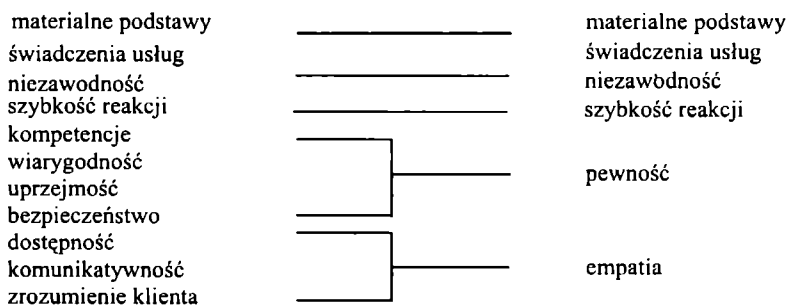
- 1) materialność: wygląd zewnętrzny i wystrój obiektu, wyposażenie, personel, materiały informacyjne,
- 2) solidność: zdolność dostarczenia/wykonania usługi zgodnie z obietnicą, niezawodnie i dokładnie,
- 3) wrażliwość: chęć pomocy pacjentom, szybkie dostarczenie im pożądanej usługi,
- 4) fachowość: posiadanie umiejętności i wiedzy niezbędnych do świadczenia usługi,
- 5) uprzejmość: kultura, szacunek i życzliwość personelu kontaktowego,
- 6) wiarygodność: spolegliwość i uczciwość usługodawcy,
- 7) bezpieczeństwo: wolność klienta od niebezpieczeństwa, ryzyka, niepewności,
- 8) dostępność: możliwość dostępu, łatwość kontaktu,
- 9) porozumiewanie się: informowanie klientów zrozumiałym dla nich językiem, słuchanie i rozumienie klientów,
- 10) zrozumienie klienta: ciągłe dążenie do poznania klientów i ich potrzeb [5, s. 135; 10, s. 30].

Pierwotna dziesięciopunktowa lista kryteriów została z czasem ograniczona do pięciu wyróżników jakości usług, tj. materialnego świadectwa usług, niezawodności usługodawcy, wrażliwości usługodawcy na potrzeby klientów, pewności i empatii³ (rys. 1).

W przypadku pomiaru usług opieki zdrowotnej pięć wskazanych wymiarów opisano osiemnastoma jednostkowymi kryteriami (tab. 1).

W literaturze zaprezentowano wiele metod badania jakości usług. Pozwalają one na identyfikację stopnia spełnienia oczekiwań klientów przez usługę. Jedną z najbardziej popularnych jest metoda Servqual. Badania prowadzone tą metodą oparte są na dwóch zestawach miar. Pierwszy jest wykorzystywany do pomiaru oczekiwań, drugi służy ocenie usługi wykonanej.

³ Znaczenie wskazanych cech jakości usług jest niezależne od branży usługowej. Największą wagę dla klienta posiada niezawodność usługodawcy (32 punkty na 100), następnie wrażliwość (23/100), pewność (19/100), empatia (17/100) i materialne aspekty świadczenia usług (11/100) [5, s. 135].



Rys. 1. Zagregowane zmienne opisujące jakość

Źródło: [4, s. 13].

Tabela 1. Kryterialny wzorzec jakości usług zakładów podstawowej opieki zdrowotnej

Wymiary jakości usług	Kryteria szczegółowe
Materialne podstawy świadczenia usług	– wyposażenie poczekalni – wyposażenie gabinetów lekarskich – wygląd personelu – materiały informacyjne – stosowane urządzenia medyczne
Niezawodność	– fachowość świadczonych usług (umiejętności i wiedza) – sposób rejestracji – punktualność świadczenia usług
Szybkość reakcji	– czas oczekiwania na usługę
Pewność	– życzliwość personelu – zaufanie do zakładu opieki zdrowotnej – uczciwość usługodawcy – poczucie bezpieczeństwa – pewność otrzymania usługi
Empatia	– łatwy dojazd do obiektu, parkowanie, połączenie telefoniczne – umiejętność przekazywania informacji – umiejętność słuchania pacjenta – zainteresowanie pacjentem i jego potrzebami

Źródło: opracowanie własne.

Praktyczna przydatność omawianej metody została sprawdzona wielokrotnie. Opisano szereg korzyści wynikających z jej stosowania, a mianowicie:

- określenie poziomu jakości usług przedsiębiorstwa w odniesieniu do każdego analizowanego elementu,
- wyróżnienie segmentów usługobiorców rynku mających odmienne oczekiwania względem usługodawców,
- wyliczenie ważonego poziomu jakości usługi,
- identyfikację zmian oczekiwań i doświadczeń w czasie [5, s. 136].

Wskazana metoda ma również pewne niedoskonałości, które doprowadziły do licznych jej weryfikacji i opracowywania nowych kwestionariuszy, np. pozwalających bezpośrednio oszacować występujące luki między oczekiwaniami i doświadczeniami. Pomimo wskazanych niedostatków metoda Servqual pozostaje nadal jedną z nielicznie wykorzystywanych do praktycznego pomiaru jakości usług.

W niniejszym artykule wykorzystano kryteria oceny stosowane w metodzie Servqual, a służące do pomiaru oceny jakości świadczenia usług zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie powiatu jeleniogórskiego. Zastosowana procedura badawcza odbiega jednak od opisywanej w literaturze, a odnoszącej się do metody Servqual, m.in. badaniu poddano wyłącznie percepcję poszczególnych wyróżników oceny jakości usług, a nie – jak w przypadku Servqual – oczekiwania i percepcję.

Do pomiaru poziomu usług podmiotów opieki zdrowotnej zbudowany został kwestionariusz ankietowy, złożony z czterech pytań i metryczki. Respondenci oceniali na skali od 1 do 6 poszczególne cechy usługi, występujące w rozszerzonej wersji modelu Servqual. Pytania uzupełniające dotyczyły przyczyn wyboru konkretnej placówki i propozycji zmian w wybranych elementach oceny jakościowej. Za najwyższy poziom jakości poszczególnych elementów usług przyjęto ocenę 6, za najniższy – 1. Różnica między otrzymanymi ocenami a oceną idealną została uznana za lukę w danej kategorii.

5. Ocena jakości usług placówek opieki zdrowotnej w powiecie jeleniogórskim

Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszego artykułu objęły 112 osób z obszaru powiatu jeleniogórskiego. Próba została dobrana w sposób celowy⁴ i znalazły się w niej jednostki typowe. Respondentom zadano 4 pytania, odnoszące się do:

- przyczyn wyboru danej placówki zdrowia (tab. 2),
- kryteriów oceny jakości usług świadczonych w wybranych przez respondentów obiektach (rys. 2),
- postawy personelu względem pacjenta,
- zmian, jakie wprowadziliby respondenci (rys. 3).

Potencjalni klienci poddanych analizie obiektów przy ich wyborze kierują się głównie dostępnością przestrzenną ośrodka zdrowia. Niespełna 64% respondentów wybiera placówki zlokalizowane w bliskiej odległości od miejsca zamieszkania, tj. do 2 km. Prawie co druga badana osoba korzysta z wybranego zakładu opieki zdrowotnej z przyzwyczajenia, a co trzecia bierze pod uwagę zaufanie do personelu,

⁴ Celowość doboru próby odnosiła się przede wszystkim do określenia struktury próby pod względem wieku, miejsca zamieszkania i deklarowanej przez respondentów znajomości własnego ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej.

Tabela 2. Przyczyny wyboru zakładu opieki zdrowotnej

Wyszczególnienie	Procent badanych
Odległość od miejsca zamieszkania	63,39
Przyzwyczajenie	46,43
Brak innej przychodni w okolicy	17,86
Zaufanie do personelu, kompetencje lekarzy	34,82
Kompleksowość usług podstawowych, specjalistycznych i diagnostycznych	20,54
Wygląd budynku, pomieszczeń	2,68
Nowoczesność	15,18
Przyjazna atmosfera	31,25
Stosowane procedury medyczne, techniki i technologie medyczne	6,25
Dostępność do innych usług: sprzedaż leków, ziół, usługi optyka, sprzedaż i naprawa sprzętu ortopedycznego, kawiarnia, parking itp.	5,36
Pozostałe przyczyny	2,68

Źródło: opracowanie własne.

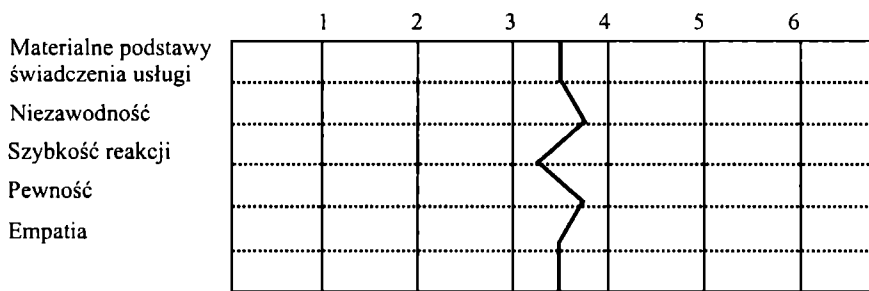
kompetencje lekarzy i przyjazną atmosferę. Najmniejsze znaczenie przy wyborze palcówki medycznej ma wygląd budynku i pomieszczeń przychodni, dostępność do innych usług i stosowane procedury, techniki i technologie medyczne. O ile estetyka budynku może mieć rzeczywiście małe znaczenie przy wyborze tego rodzaju usług, o tyle dziwi fakt przywiązywania tak niewielkiej wagi do dwóch pozostałych elementów.

Przedstawione powyżej przyczyny wyboru podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej przekładają się na wysoką ocenę dostępności usług medycznych oraz interakcji na płaszczyźnie pacjent – personel, dotyczącą głównie życzliwości personelu.

Wyłaniający się z badań obraz jakości usług zakładów ochrony zdrowia nie jest jednak zadowalający (rys. 2). Zastosowana do analizy i oceny metoda ujawnia, iż jakość większości przyjętych do kwantyfikacji kryteriów kształtuje się na poziomie dostatecznym.

Najwyższy poziom jakości jest uzyskiwany przez podmioty opieki zdrowotnej w obszarze pewności świadczenia usługi. Należy zauważyć, iż najwyższą średnią ważoną ocenę respondenci przypisali w tej grupie życzliwości personelu (4,14), następnie uczciwości usługodawcy i poczuciu bezpieczeństwa (po 4,06). Na wysoką ocenę personelu medycznego wpływa m.in. jego zainteresowanie i pomoc udzielana pacjentom.

Niższe oceny, kształtujące się niewiele poniżej określenia jakości usług jako dobrej, przypisali pacjenci w kolejności: pewności (3,92), materialnym podstawom świadczenia usługi (3,88) i empatii (3,81). Na uwagę zasługuje, że pierwszego kryterium oceny zdecydowanie najwyższą notę otrzymał wygląd personelu (4,10). Najniżej zostały ocenione materiały informacyjne (3,18). Dostępność badanych obiektów otrzymała również notę dobrą. Należy zauważyć, iż odbiega ona znac-

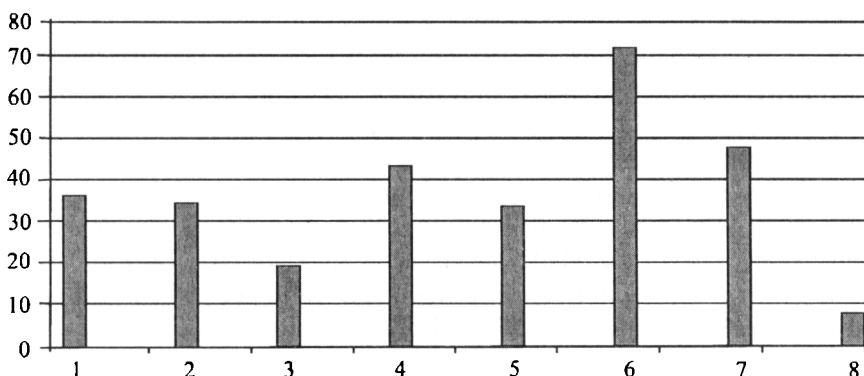


Rys. 2. Ocena kryteriów jakości ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

nie od ocen zadowolających, przypisanych pozostałym kryteriom szczegółowym w omawianej grupie empatii.

Interesujące wnioski nasuwa analiza kolejnego czynnika poddanego badaniu. Z rysunku 3 wynika bowiem, iż zdecydowana większość pacjentów poszerzyłaby zakres usług świadczonych w zakładzie opieki zdrowotnej, do którego należy (72,32% badanych). Jednak zaledwie co 18 respondent bierze pod uwagę ten czynnik przy wyborze analizowanych podmiotów.



1 – wydłużony czas dostępu do świadczonych usług, 2 – świadczenie usług w niedzielę i święta, 3 – możliwość rejestracji telefonicznej, 4 – świadczenia usług w domu pacjenta, 5 – skrócenie okresu oczekiwania na usługę, 6 – poszerzenie zakresu usług o usługi specjalistyczne, 7 – poszerzenie zakresu usługi o usługi diagnostyczne, 8 – inne elementy

Rys. 3. Elementy, które należy zmienić w ofercie ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Okolo 1/3 respondentów jest niezadowolona z dostępności do usług badanych obiektów i chciałaby ją zwiększyć poprzez wydłużony czas pracy oraz świadczenie usług w niedzielę i święta. Poddane badaniu osoby skróciłyby również czas oczekiwania na usługę, a tym samym zwiększyły szybkości reakcji personelu medycznego.

6. Wnioski końcowe

Badania poprawy jakości i oceny poziomu satysfakcji klientów podmiotów ochrony zdrowia powinny prowadzić m.in. do: efektywniejszej obsługi pacjentów, pozyskiwania nowych nabywców świadczonych usług oraz do zdobywania przewagi konkurencyjnej nad pozostałymi uczestnikami gry rynkowej. Stałe dążenie do podnoszenia poziomu oferowanych usług stanowi bowiem warunek konieczny rozwoju każdej organizacji działającej na obecnym rynku. Natomiast stopień satysfakcji klienta jest jednym z najlepszych wskaźników przyszłych zysków [7, s. 11].

Monitorowanie czynników wpływających na poziom jakości świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej usług oraz na zadowolenie klientów przekłada się na wymierne korzyści dla podmiotów gry rynkowej, z których do najważniejszych należy zaliczyć:

- pacjenta: dokonywane oceny standardów medycznych przyczyniają się niewątpliwie, chociaż nie zawsze w bezpośredni sposób, do wzrostu jego bezpieczeństwa, zakresu oferowanych mu usług, a publikowane informacje, mające zachęcić pacjentów do korzystania z usług medycznych, dostarczają mu cennych informacji, pomocnych w wyborze usługodawcy;
- kadrę medyczną: ocena stanowi ważne wyzwanie, wymagające wzrostu rzetelności pracy, m.in. w kontaktach z klientem, zwiększenia zakresu udzielanych mu informacji, podnoszenia własnych kwalifikacji;
- osoby zarządzające jednostką: uzyskują informacje dotyczące oceny realizacji zadań zawartych w programach, problemów, które nie zostały wcześniej zidentyfikowane, czynników sprzyjających osiągnięciu przewagi konkurencyjnej, potrzeb związanych z zakresem i kierunków usług medycznych; wyniki badań stanowią również źródło motywujące do poprawy integracji działań, zaangażowania personelu, wskazują na konieczność podejmowania ciągłej pracy nad podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych oraz planowaniem właściwego wykorzystania zasobów materialnych, finansowych i ludzkich;
- instytucje zewnętrzne, głównie płatnika usług zdrowotnych (NFI), który jest zainteresowany pożądanym poziomem usług świadczonych przez zakontraktowane podmioty: badania stwarzają podstawy informacyjne, a poziom jakości i satysfakcja klientów mogą stanowić swoisty rodzaj miernika, możliwy do wykorzystany przy kontraktowaniu świadczeń medycznych (fundusze inwestycyjne otrzymują istotne dla nich informacje bez angażowania własnych środków);
- jednostki samorządu terytorialnego: uzyskują informacje o poziomie zaspokojenia indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowotnych, podstawy informacyjne do planowania ochrony zdrowia na własnym terenie, do podejmowania decyzji inwestycyjnych i minimalizowania ich ryzyka;
- organy centralne administracji państwowej otrzymują podstawy informacyjne do oceny funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i wspierania samorządu terytorialnego w przygotowywaniu programów rozwoju rynku służby zdrowia.

Literatura

- [1] Błachut-Żugaj M., *Jakość jako strategia*, „Menadżer Zdrowia” 2003, nr 6.
- [2] Dobska M., Dobski P., *Zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Tracki, IPiS, Warszawa 2002.
- [3] Gołębiowski M., Janasz W., Prozorowicz M., *Polityka pro jakościowa w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo US, Szczecin 2000.
- [4] Jaremen D.E., *Jakość usług hotelarskich oferowanych przez hotele województwa dolnośląskiego w opinii konsumentów*, [w:] *Gospodarka turystyczna. Wybrane zagadnienia jej funkcjonowania*, red. A. Rapacz, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej nr 924, AE, Wrocław 2001.
- [5] Kachniewska M., *Zarządzanie jakością usług turystycznych*, Difin, Warszawa 2002.
- [6] Nieściór A., *Bieguny pojęcia jakości – Arystoteles i ujęcie procesowe*, „Problemy Jakości” 2000, nr 3.
- [7] Nieżurawski L., Kobylański A., Pawłowska B., *Pomiar satysfakcji klientów i jego znaczenie dla przedsiębiorstw – problemy badawcze*, „Problemy Jakości” 2003, nr 3.
- [8] Nowatorska-Romaniuk B., *Marketing usług zdrowotnych*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2002.
- [9] Rogoziński K., *Nowy marketing usług*, AE, Poznań 1998.
- [10] Rogoziński K., Nicholls R. F., *Marketing usług na przykładach*, AE, Poznań 2001.

Akty prawne

- [11] www.cmj.org.pl.
- [12] www.mz.gov.pl.
- [13] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whiffield, J. Klich, UJ, Kraków 2001.
- [14] Ustawa z dnia 14 października 1991 r.) o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 1991, nr 91, poz. 408).
- [15] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym tekst jednolity (DzU 1999, nr 45, poz. 439).
- [16] Ustawa z dnia 17 marca 2003 r. o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 03.45.391).
- [17] Ustawa z dnia 27 września 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (DzU 04. 210. 2135).

RESEARCH OF THE LEVEL OF MEDICAL TREATMENT ON THE EXAMPLE OF HEALTH SERVICE CENTRES OF JELENIA GÓRA ADMINISTRATIVE DISTRICT

Summary

The article tries to estimate the level of medical treatment done by health service centres. It shows the range of medical treatment quality and criterion of their estimation. The presentation of research results, which contain measurement of medical treatment valuation in Jelenia Góra district, is completed with theoretical speculations. The conducted research reveals that monitoring factors influencing the level of health centres service and the satisfaction of their clients has its reflexion in measurable benefits for a number of companies on the market.

Renata Przeorek-Smyka – dr, adiunkt w Katedrze Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu – Wydział w Jeleniej Górze.