

Postrzegana jakość w relacji usługowej jako element oceny efektywności w systemie ochrony zdrowia.

Wstęp

W krajach europejskich zainteresowanie jakością w usługach medycznych na szerszą skalę rozpoczęło się w drugiej połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, kiedy uległa zmianie sytuacja ekonomiczna, społeczna, demograficzna i technologiczna. Jednakże w Polsce na zjawisko to zaczęto zwracać uwagę z chwilą rozpoczęcia transformacji systemowej. Dopiero w ciągu ostatnich lat, wskutek zachodzących przemian społeczno – gospodarczych, do sfery opieki zdrowotnej wprowadzono reguły gospodarki rynkowej. Zapóźnienia strukturalne, organizacyjne i obyczajowe sprawiły, że zarządzanie jakością stało się szansą dostosowania ich funkcjonowania do społecznych potrzeb i oczekiwań. Proces świadczenia usług medycznych w Polsce wszedł w okres „paradygmatycznej niestabilności” [Dobska, Rogoziński, 2008, s. 261]. Proces zmian w opiece zdrowotnej w szerszym znaczeniu uznać należy za drogę poszukiwań nowych sposobów racjonalizacji działań tej sfery gospodarki publicznej. Wiąże się to z nurtem określanym jako nowe zarządzanie publiczne (*new public management*). Głównym celem tych dążeń jest zwiększenie efektywności funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej, lepsze dostosowanie usług do potrzeb społecznych oraz poprawa zasad gospodarowania ograniczonymi zasobami. Chodzi o wyzwolenie w gospodarce publicznej mechanizmów ekonomicznych – połączenie publicznego charakteru systemu opieki zdrowotnej z elementami rynku i konkurencji. Tak rozumiany, nowy sposób działania w sferze opieki zdrowotnej nie jest utożsamiany tylko i wyłącznie z podnoszeniem efektywności ekonomicznej, ale także z doskonaleniem jakości życia społeczeństwa [Golinowska, 2004, s. 13].

Celem artykułu jest przedstawienie problematyki postrzeganej jakości w relacji usługowej jako elementu oceny efektywności placówek

* Dr, Zakład Zarządzania Strategicznego, Instytut Zarządzania, Wydział Zarządzania i Administracji, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, szymon.jopkiewicz@ujk.edu.pl

sektora opieki zdrowotnej w świetle badań. Wykorzystaną techniką badawczą był kwestionariusz ankiety.

1. Instytucje i instrumenty nadzoru sektora usług zdrowotnych

W systemie opieki zdrowotnej nakłady i efekty nie są wyrażone w tych samych jednostkach, a oprócz zysku w znaczeniu finansowym można mówić o profitach społecznych. Korzyść ta właśnie rozumiana jest jako podnoszenie zdrowotności populacji objętej opieką [Rudawska, 2005, s. 43].

Pojawiający się w źródłach literaturowych termin urynkowienia zamiennie jest używany z terminem komercjalizacji w rozumieniu sprzedaży dóbr i usług na zasadach rynkowych, czyli „ekonomiczne traktowanie dóbr i usług zgodnie z prawami rynku” [Bogus, Kwiatkowski, Szablewski, 1985, s. 15]. Rzeczywista komercjalizacja oznacza podział dóbr poprzez zastosowanie mechanizmu rynkowego, a więc podporządkowanie sfery uznawanej wcześniej za społeczną – sferze działalności gospodarczej. Taka „częściowa” komercjalizacja stanowi kompromis między prawami rynku a wymogami polityki społecznej. Nie musi jednak oznaczać transferu własności. Urynkowienie sposobu funkcjonowania sektora publicznego zakłada bowiem pozostawienie praw majątkowych w gestii państwa [Golinowska, 2000, s. 19].

Aktywność państwa w sektorze publicznym jest widoczna zarówno w sferze regulacyjnej jak i realnej gospodarce narodowej, w większym lub mniejszym stopniu ingerując w rynek. Na gruncie opieki zdrowotnej możliwe są oba te kierunki działania. W pierwszym chodzi o regulacyjną funkcję państwa, w drugim o jego funkcję organizatorską i finansową [Ehrlich, 1979, s. 67]. Funkcje te realizowane są po podażowej stronie relacji pacjent – usługodawca, stanowiąc licencjonowanie zawodów medycznych, które można traktować jako formę nadzoru nad jakością. Działania regulacyjne, dopuszczają do praktyki medycznej jedynie osoby z potwierdzonymi kwalifikacjami. Ustanowienie standardów jakości dla placówek służby zdrowia jest formą zewnętrznej kontroli ich działania. Funkcję twórcy systemu zapewnienia jakości, poza organami państwowymi mogą pełnić instytucje typu non-profit, powołane przez innych uczestników sektora opieki zdrowotnej. W wielu państwach zadania certyfikujące wykonują izby lekarskie lub stowarzyszenia zawodów medycznych. Instytucje te mają znaczną kontrolę nad działalnością pojedynczego lekarza. Poddanie obserwacji zachowań przedstawicieli pro-

fesji medycznej zwiększa konkurencyjność podmiotów wewnątrz sektora. Rywalizacja usługodawców o lepszą pozycję na rynku, potwierdzoną certyfikatami i poziomem referencji, oznacza poszerzenie możliwości wyboru dla klienta – pacjenta. Certyfikaty i symbole jakości mają bowiem dla pacjenta również wartość symboliczną, gdyż zdobycie przez pacjenta rzetelnej informacji o profesjonalnej usłudze jest trudne [Rudawska, 2006, s. 48].

Należy zauważyć, że alternatywne wobec certyfikatów i licencjonowania formy dostarczenia stosownych informacji klientom, stosowane w wielu innych usługach konsumpcyjnych, tu jednak z uwagi na specyfikę sektora, jak również wysokie koszty, nie znajdują zastosowania.

W polskiej opiece zdrowotnej relacja pacjent – usługodawca jest normowana wieloma przepisami, w zależności od charakteru umowy między stronami omawianej relacji i formy prawnej usługodawcy. Podstawą odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone pacjentom jest przede wszystkim art. 417 Kodeksu cywilnego [Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., Dz.U. Nr 16, poz. 93], który normuje odpowiedzialność Skarbu Państwa za wszystkich funkcjonariuszy, bez względu na zakres ich uprawnień, czyli obejmuje każdą osobą pracującą w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Natomiast jednostki samorządu terytorialnego prowadzące publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) ponoszą odpowiedzialność na takich samych zasadach, jak Skarb Państwa (art. 420 KC) [Rudawska, 2006, s. 49-50].

2. Percepcja postrzeganej jakości w usłudze zdrowotnej

Podstawowym czynnikiem umożliwiającym uzyskiwanie przewagi konkurencyjnej na rynku jest jakość produktów i usług, które równocześnie tworzą wartość dodaną dla nabywcy [Maciąg i inni, 2007, s. 11]. Ponieważ jakość jest pojęciem bardzo względnym i zależnym od wielu czynników, to konsekwencją tego stanu jest wiele różniących się sposobów definiowania tego pojęcia, według S. Paysona można wyróżnić [Opolski, Dykowska, Moźdzonek, 2005, s. 24]:

1. Jakość związana z użytecznością „wartość dla użytkownika” (*user value*).
2. Jakość dobra, czyli odzwierciedlenie jakości jego składników „składnik użytkowy” (*user component*), np. jakość usługi medycznej

zależy od kwalifikacji personelu, przestrzegania standardów (procedur), ale także jakości aparatury i sprzętu medycznego itp.

3. Jakość dobra jako odzwierciedlenie kosztów składników dobra – „składnik kosztu” (*cost component*).
4. Jakość jako odzwierciedlenie całkowitego kosztu wytworzenia dobra „całkowity koszt” (*total cost*).

Pojęcie „wartości dla użytkownika” jest zgodne z potocznym rozumieniem, zgodnie z którym pacjenci oczekują, że w trakcie zakupu lub późniejszych eksploatacji otrzymują „wartość” zawartą w produktach. Wartość ta rozumiana jest jako związek między tym, co klienci otrzymują w zamian za to, co dają. Wartość oznacza przy tym coś więcej niż wymianę między ceną i jakością. Mogą bowiem dojść inne aspekty związane z użytecznością dla klienta takie jak np. zdrowie czy wygoda. Pacjent może poświęcić wygodę w poszukiwaniu niższej ceny, lub wyższej jakości, ale nie wykona tego w stosunku do zdrowia. Dlatego też, cechami wysokiej jakości usługi są te własności, które pozwalają na to, aby klient uważał, że dokonał sprawiedliwej wymiany wartości [Opolski, Dykowska, Moździonek, 2005, s. 25].

Zaproponowana przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną definicja jakości obiektu (usługi) w normie ISO 8402 brzmi: „jakość usługi, np. medycznej, to ogół właściwości usługi wiążący się z jej zdolnością do zaspokajania stwierdzonych i oczekiwanych potrzeb klienta” [Łańcucki, 2000, s. 32].

Najczęściej spotykaną opinią odzwierciedlającą punkt widzenia pacjenta, na pojęcie jakości w usługach medycznych, jest pogląd, że ważny jest końcowy wynik leczenia. Znaczenie przypisywane subiektywnemu pojęciu jakości zależy zatem od tego, jakie grupy interesów dana osoba reprezentuje (zawodowe, ubezpieczeniowe, władzę, pacjentów) [Elsner, 1999, s. 97].

Jedną z możliwości pomiaru jakości są trzy wymiary zaproponowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie wpływające na postrzeganie i ocenę jakości, które stanowią relacje interpersonalne, warunki bytowe (czystość, estetyka, temperatura, jakość posiłków) oraz procedury (przyjęcie, rejestracja) [Siwiec, 2000, s. 233].

Ze względu na złożoność i niepowtarzalność usług medycznych, których immanentnymi cechami są nietrwałość, niematerialność i nie-

podzielność, trudno jest podać jedną definicję jakości usług medycznych oraz jednoznacznie określić sposób ich pomiaru i oceny efektywności [Maciąg i inni, 2007, s. 24].

Jakość usług zdrowotnych oceniana jest według różnych kryteriów, w zależności od podmiotu dokonującego oceny. Usługę zdrowotną, jako produkt, cechuje niski poziom wymierności, ale wysoki poziom zróżnicowania w sensie ilościowym i jakościowym. W związku z powyższym można stwierdzić, iż jakość usług zdrowotnych kształtują pewne cechy, wartości oraz czynniki, mające na celu maksymalizowanie mierzalnego dobra pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki na wszystkich jej etapach. Indywidualizacja percepcji jakości usług zdrowotnych oraz subiektywizm oceny świadczenia przez pacjenta, skłaniają do posługiwania się pojęciem postrzeganej jakości usługi. Terminem tym określa się wynik komparatywnej oceny dwóch elementów: usługi doświadczonej i projektowanych oczekiwań [Zeithmal, Parasuraman, Berry, 1985, s. 41-50]. Potwierdza to A. Bukowska-Piastryńska mówiąc, że różnica między usługą oczekiwaną, a faktycznie otrzymaną jest sprawą indywidualną i subiektywną dla każdego nabywcy (stąd nie może być mierzona obiektywnie). Mierzona może być jedynie jakość techniczna, będąca rezultatem procesu świadczenia usługi z czysto narzędziowego, klinicznego punktu widzenia (prawidłowa diagnoza, terapia zgodna z aktualną wiedzą medyczną, bezbłędne wykonanie operacji) [Bukowska-Piastryńska, 2007, s. 51].

Postrzegana jakość usług nie musi być rezultatem bezpośredniego obcowania pacjenta z usługodawcą. Elementem pośredniczącym może być komunikacja nieformalna „z ust do uszu”. Jest ona wynikiem subiektywnych ocen i odczuć pacjenta, a więc kwestią indywidualną. W związku z tym nie może być mierzona obiektywnie.

Zainteresowanie nad pomiarem jakości usług doprowadziły do powstania wielu modeli, z których najważniejsze okazały się te zaproponowane przez C. Grönroosa i E. Gummessona. C. Grönroos zauważa, że usługa postrzegana jest indywidualnie, czyli subiektywnie, a jej ocena to wynik porównywania jakości oczekiwanej z jakością doświadczoną w usłudze. Natomiast E. Gummesson w zaproponowanym przez siebie modelu wprowadza cztery jakości cząstkowe (4Q), które są przesłankami postrzeganej jakości i satysfakcji. Model wyodrębnia zatem jakość: projektu, wykonania, dostaw i relacji. Pierwsza jakość - projektu

zakłada, że im projekt jest doskonalszy, tym lepiej spełnia oczekiwania klienta wewnętrznego, jak i zewnętrznego. Jakość wykonania to nie tylko najlepsza realizacja, co jest domeną świadczeniodawcy, ale także wszystkich zaangażowanych w ten proces. Jakość dostaw, to w tym przypadku terminowe świadczenie usługi, przekazanie właściwej komunikacji lub też sprawny transport. Natomiast ostatnia z wymienionych, jakość relacji, została wyodrębniona w celu oznaczenia i oceny tego, jakie sukcesy ma przedsiębiorstwo usługowe na płaszczyźnie tworzenia i kreowania zewnętrznych relacji (sieci) z klientami, partnerami i innymi współpracującymi organizacjami [Bukowska-Piestrzyńska, 2007, s. 275].

Reasumując, o jakości usług decyduje percepcja nabywcy, co wynika z porównania modeli E. Gummenssona i C. Grönroosa i stworzenia przez nich zintegrowanego modelu [Bukowska-Piestrzyńska, 2007, s. 275], który charakteryzują następujące cechy [Rogoziński, 2000, s. 209]:

- 1) ocena jakości usługi jest odwzorowaniem myślenia nabywcy, dla którego pomiar jakości jest sumą doświadczeń i spostrzeżeń wyniesionych z interakcji usługowej,
- 2) zawartość oferty, czyli dobra i usług stanowią niepodzielną całość. Jakości cząstkowe tworzą w tym modelu uzupełniającą się jakość wewnętrzną i zewnętrzną.

Ocenie usług medycznych, z punktu widzenia klienta, podlega nie tylko ich rezultat, ale również potencjał i cały proces świadczenia. Nastawienia i wyobrażenia klienta, co do usług (jakość oczekiwana), kształtują zasoby materialne usługodawcy i jego otoczenie fizyczne, ale przede wszystkim jego właściwości. Doświadczenia zebrane w ciągu usługowych interakcji wpływają na ocenę efektu końcowego – jakości otrzymywanej. Istotne miejsce zajmują także relacje zachodzące między różnymi wykonawcami usługi (lekarze, personel średniego i niższego szczebla). To właśnie one, jak i wizualne parametry miejsca, otrzymane świadczenia, określają klimat procesu usługowego [Rudawska, 2005, s. 155].

Wymiar funkcjonalny oceny usługi zdrowotnej dokonywanej przez pacjenta wynika z faktu zaistnienia asymetrii informacyjnej w relacjach usługowych pacjent – lekarz [Zifko-Baliga, Krampf, 1997, s. 28-35]. Patrząc z perspektywy pacjenta, na jakość składają się wszystkie drobne epizody zaistniałe w trakcie usługowej interakcji, m.in. interpersonalnego kontaktu z lekarzem, jak i kontaktu z materialną obudową usługi,

czyli jej nieosobowymi, wizualnymi składnikami. Koncepcją pozwalającą na identyfikację poszczególnych „momentów prawdy” w interakcji usługowej jest łańcuch jakości, który stanowi proces doświadczenia usługi przez pacjenta [Schaff, 1991, s. 63].

O postrzeganej jakości usług mogą decydować elementy pozamedyczne, jak np. właściwa komunikacja oparta na zaufaniu i zaangażowaniu, ale także czas oczekiwania na diagnozę. Nie bez znaczenia dla oceny usługi przez pacjenta jest również indywidualne, osobiste, emocjonalne nastawienie związane ze zmiennymi sytuacjami. Zadaniem organizacji jest zatem dostarczenie pacjentowi więcej niż oczekuje, tak by postrzegane przezeń korzyści znacznie przeważały poniesione koszty. Koszty te mają wymiar ekonomiczny (opłata za wizytę), jak i psychospołeczne (poświęcenie czasu i energii, empatyczne zachowanie, zmiana nawyków pacjenta) [Schaff, 1991, s. 156]. Dlatego jakość w opiece zdrowotnej polega na pełnym zaspokojeniu zapotrzebowania na usługi zdrowotne przy możliwie najniższych kosztach własnych i świadczeniodawców, w ramach obowiązujących regulacji i limitów ustalonych przez władze administracyjne i instytucję finansującą usługi (NFZ) [Markowski, Nowacki, Koronkiewicz, 1996, s. 12].

Wysoka jakość otrzymanej usługi jest niezwykle ważna, ponieważ pozytywne opinie i satysfakcja pacjentów gwarantują sukces placówce. Patrząc z perspektywy usługodawcy, to co szczególnie istotne, to fakt, że konkurowanie o korzystne kontrakty implikuje zmiany w zakresie jakości świadczeń. Chodzi tu zarówno o wykorzystanie jakości, jako instrumentu uzyskiwania przewagi w przetargu, jak i generowanie popytu na badanie jakości oferowanych usług. Oba przekształcenia powodują konieczność ustanowienia określonych standardów. Konkurowanie jakością jest bowiem możliwe tylko wtedy, gdy zapewnione są obiektywne warunki porównywalności przedstawionych ofert [Rudawska, 2005, s. 39].

Należy podkreślić, że brak jest w polskim systemie służby zdrowia dyrektywy nakładającej na jednostki opieki zdrowotnej obowiązek badania jakości świadczonych usług. Jest to wynikiem między innymi braku jednolitych wskaźników jakości, które stanowiłyby punkt odniesienia (np. ISO, certyfikat akredytacji). Jakość jest niezwykle istotnym elementem przewagi konkurencyjnej i pozostaje powiązana z usługą i ceną. W opinii B. Nowatorskiej – Romaniak rola jakości rośnie i ma to związek ze standaryzacją, co oznacza, że placówki służby zdrowia podobne są

do siebie pod względem oferty produktów, oraz tym, że coraz większego znaczenia nabiera indywidualne podejście do pacjenta [Nowatorska-Romaniak, 2002, s. 61].

Funkcjonujące w Polsce rozwiązania prawne dotyczące kontraktowania usług zdrowotnych uwzględniają jedynie jednostronną ocenę jakości, tj. z punktu widzenia poprawności medycznej i menadżerskiej [Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym..., 2003, art. 5, pkt 12].

Problem jakości usług w równym stopniu dotyczy w Polsce placówek publicznych i niepublicznych. Trudnością w zarządzaniu jakością usług medycznych jest ich wysoki stopień innowacyjności, komplikującą ocenę jakości *ex ante* i *ex post* [Lowendahl, 1997, s. 34].

3. Jakość postrzegana – wyniki badań

Badanie objęło grupę zróżnicowaną w zakresie miejsca zamieszkania, wieku i wykształcenia, a także płci. Cechy te wpłyną na zróżnicowanie opinii, wniosków w obszarze zagadnieniowym, co przyczyni się do pełniejszego zobrazowania zjawiska. W tym celu zastosowano technikę ankiety rozdawanej pacjentom oczekującym na wizytę w 21 wylosowanych placówkach POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej). W sumie za pomocą kwestionariusza ankiety przebadano 279 osób zamieszkujących teren województwa świętokrzyskiego, z czego kobiety stanowiły 195 osób, czyli 70,14%, mężczyźni zaś 84 respondentów, co stanowiło niemal 30,00%. Blisko połowa badanych zamieszkuje małe i duże miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców).

Struktura wieku badanej grupy była zróżnicowana, choć przewagę stanowiły osoby w przedziale wiekowym między 50 – 59 lat, obejmującą w sumie 243 osoby, czyli 87,10% ogółu badanych. Z czego 170 osób to kobiety, mężczyźni zaś 73.

Szczegółowa analiza czynników mających znaczenie dla postrzeganej jakości w relacji z lekarzem ujawnia, że bardzo ważne dla respondentów są wiedza i doświadczenie – 86%. Następnie szybkość podejmowania decyzji – 53,41% oraz posiadanie nowej aparatury technicznej w gabinecie – nieco ponad 50% respondentów. Prawie dla połowy badanych bardzo ważne są umiejętności techniczne. Niewiele ponad 44% badanych uznało za bardzo ważny autorytet wśród pacjentów oraz umiejętność dzielenia się wiedzą. Rezultaty badań przedstawia tablica 1.

Tablica 1. Postrzegana jakości w relacji z lekarzem

Opinia	Zupełnie nieważne	Raczej nieważne	Ani ważne ani nieważne	Dość ważne	Bardzo ważne
ubiór	6,09%	16,49%	23,66%	42,65%	11,11%
cechy fizyczne lekarza	8,96%	17,56%	35,13%	29,03%	9,32%
cechy osobowościowe	1,43%	5,73%	13,98%	56,99%	21,86%
umiejętności techniczne	1,08%	3,94%	6,09%	39,78%	49,10%
wiedza i doświadczenie	0,72%	0,36%	0,72%	12,19%	86,02%
autorytet wśród pacjentów	0,72%	0,72%	6,45%	47,67%	44,44%
dzielenie się wiedzą	0,72%	2,87%	8,96%	43,01%	44,44%
podjęcie decyzji	1,08%	3,58%	8,60%	33,33%	53,41%
czas leczenia	1,08%	2,15%	6,45%	41,22%	49,10%
tytuł naukowy	1,08%	6,45%	17,92%	46,95%	27,60%
wiek lekarza	8,24%	19,35%	35,84%	26,52%	10,04%
aparatura techniczna	1,79%	2,15%	7,17%	38,71%	50,18%
rejestracja telefoniczna	1,43%	0,72%	9,68%	44,80%	43,37%
oczekiwania na połączenie telefoniczne	2,15%	7,53%	15,41%	49,46%	25,45%
zmiana terminu wizyty	1,43%	2,15%	6,45%	55,91%	34,05%
przypominanie o wizycie	4,30%	8,96%	22,22%	44,44%	20,07%
wskazania/zalecenia lekarza	0,72%	1,43%	6,45%	50,90%	40,50%

Źródło: Opracowanie własne.

Należy zatem stwierdzić, że w ocenie postrzeganej jakości relacji usługowej w większym stopniu liczy się doświadczenie lekarza oraz jego cechy i umiejętności psychospołeczne. Za istotny uznać należy także wymiar nowoczesności w postaci nowej aparatury technicznej w gabinecie. Jak zatem wynika z badań postrzegana jakość, oparta jest w dużym stopniu na zewnętrznych atrybutach, które są stosunkowo łatwe do identyfikacji. Częściowo za taki stan rzeczy odpowiada fakt, że relacja pacjent – lekarz jest specyficzna, bowiem towarzyszy jej znaczna asymetria informacyjna. W związku z tym, tylko bardzo mała część pacjentów jest w stanie ocenić obiektywnie jakość usługi medycznej. Pogląd ten potwierdzają wyniki badań empirycznych wskazujące, że posiadanie tytułu naukowego jest bardzo ważne dla 27,60% badanych, jako logiczna konsekwencja wyższych kwalifikacji, a wiedza i doświadczenie uzyskały 86,06% poparcia. Taka dysproporcja w ocenie kategorii powiązanych ze sobą skłania do konstatacji, że pacjentom trudno jest ocenić jakość usługi lekarza, ponieważ brak im do tego kompetencji. Fakt ten, dowodzić może ponadto tego, że działania pro-jakościowe placówek

zdrowotnych są mało rozpowszechnione. Problematyka ta może zatem stanowić przedmiot dalszych badań i analiz.

Podjęto także analizę czynników mających znaczenie dla postrzeganej placówki medycznej. Wyniki ujawniają bardzo ważną rolę dostępności specjalistów, na co wskazało niemal 70% badanych. Znaczna część respondentów, bo 62% wskazało jakość obsługi, jako istotny czynnik oceny. Kolejnymi kategoriami uznanymi za bardzo ważne były: informacja o oferowanych usługach – 49,10% oraz informacja o godzinach pracy placówki – 48,75%, wizytówki (wywieszki) na drzwiach – 43,37%, a także zapach w budynku przychodni – blisko 42%. Prezentacja wyników poniżej w tablicy 2.

Tablica 2. Postrzegana jakość infrastruktury świadczeniodawcy

Opinia	Zupełnie nieważne	Raczej nieważne	Ani ważne ani nieważne	Dość ważne	Bardzo ważne
lokalizacja placówki	1,79%	3,23%	10,75%	55,20%	29,03%
wygląd budynku	3,58%	8,60%	27,60%	47,67%	12,54%
wielkość poczekalni	1,79%	6,09%	20,79%	54,84%	16,49%
estetyka pomieszczeń	1,79%	2,15%	4,30%	53,05%	38,71%
zapach w przychodni	0,36%	0,72%	7,53%	49,46%	41,94%
muzyka w poczekalni	5,38%	15,05%	37,63%	31,90%	10,04%
tablica informacyjna	1,08%	1,08%	7,17%	52,33%	38,35%
wizytówki na drzwiach	0,72%	2,15%	6,09%	47,67%	43,37%
przestrzeń gabinetu lekarza	1,43%	6,09%	17,92%	49,46%	25,09%
nazwa placówki	8,96%	12,54%	32,97%	30,82%	14,70%
godziny pracy placówki	0,00%	0,36%	3,23%	47,67%	48,75%
oferowane usługi	0,00%	0,72%	4,66%	45,52%	49,10%
dostępność specjalistów	0,00%	0,36%	1,43%	28,67%	69,53%
standard jakości obsługi	0,00%	0,72%	2,87%	34,41%	62,01%
jednolity ubiór personelu	5,38%	12,90%	31,18%	33,69%	16,85%
własna strona internetowa	3,58%	12,19%	29,03%	38,71%	16,49%
broszury edukacyjne	2,51%	7,53%	24,37%	47,31%	18,28%
certyfikaty jakości	0,36%	3,58%	9,68%	50,54%	35,84%
procedury rejestracyjne	1,43%	2,51%	12,19%	54,48%	29,39%

Źródło: Opracowanie własne.

Zakończenie

Pacjenci identyfikują problem jakości usług. Kluczowym zadaniem placówek i ich personelu staje się zatem badanie czynników odpowiedzialnych za postrzeganą jakość świadczonych usług. Dominującą rolę w identyfikacji czynników tworzących postrzeganą jakość przez pacjen-

ta stanowią doświadczenie lekarza oraz jego cechy i umiejętności psychospołeczne. Jak zatem wynika z badań postrzegana jakość, oparta jest w dużym stopniu na zewnętrznych atrybutach, które są stosunkowo łatwe do identyfikacji. W związku z powyższym można stwierdzić, iż jakość usług zdrowotnych kształtują pewne cechy, wartości oraz czynniki, mające na celu maksymalizowanie mierzalnego dobra pacjenta, mającego wpływ na ocenę efektywności świadczeniodawcy, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki na wszystkich jej etapach.

Wykorzystanie postrzeganej jakości do oceny efektywności wymaga zrozumienia istoty relacji usługowej i jej społecznego charakteru. Stąd działania te istotne są nie tylko dla sektora ochrony zdrowia, ponieważ pozwalają tworzyć łatwe do identyfikacji wspólne miary i tym samym stopniowo poprawiać jakość, ale także dla nauk o zarządzaniu. Dalszy rozwój teorio-poznawczy problematyki oceny efektywności będzie jednak zależny od zmian, jakie zachodzą w sektorze usług zdrowotnych.

Literatura

1. *Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia* (2003), Dz. U. Nr 45, poz. 391.
2. Bogus A., Kwiatkowski W., Szablewski A. (1985), *Komercjalizacja usług społecznych w opinii ludności*, „Polityka Społeczna” nr 8.
3. Bukowska-Piestrzyńska A. (2007), *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia pacjenta*, CeDeWu, Warszawa.
4. Dobska M., Rogoziński K. (2008), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa.
5. Ehrlich E. (1979), *Wstęp do nauki o państwie i prawie*, PWN, Warszawa.
6. Elsner D. (1999), *Doskonalenie kierowania placówką oświatową*, Chorzów.
7. Golinowska S. (2000), *Ład instytucjonalny w sferze społecznej*, „Working Papers” nr 20, Instytut Nauk Ekonomicznych PAN, Warszawa.
8. Golinowska S. (2004), *Pożądanee kierunki systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE, Warszawa.
9. Łańcucki J. (2000), *Czynniki wpływające na jakość usług profesjonalnych*, w: *Marketing usług profesjonalnych*, t. 2, Rogoziński K. (red.), Wyd. AE, Poznań.

10. Maciąg A., Kuszewski K., Topczewska – Tylińska K., Michalak J. (2007), *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, L-medica Press, Bielsko-Biała.
11. Markowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A. (1996), *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa.
12. Nowatorska –Romaniak B. (2002), *Marketing usług zdrowotnych*, Kantor Wydawniczy Zakamycze.
13. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., (2003), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa.
14. Rogoziński K. (2000), *Nowy marketing usług*, Wyd. AE Poznań.
15. Rudawska I. (2005), *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
16. Rudawska I. (2006), *Ekonomizacja relacji pacjent-usługodawca w opiece zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
17. Rudawska I. (2007), *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa.
18. Schaff R. (1991), *Marketing for Health Services*, Heinemann, London.
19. Siwiec J. (2000), *Aspekty opieki – wymiary do pomiaru*, materiały V Ogólnopolskiej Konferencji *Jakość w Opiece Zdrowotnej*, Kraków.
20. Zeithmal V., Parasuraman A., Berry L., 1985, *A conceptual model of service quality and its implications for future research*, „Journal of Marketing” nr 49.
21. Zifko-Baliga G.M., Krampf R.F. (1997), *Managing Perceptions of Hospital Quality*, „Marketing Health Services” nr 17, cz. 1.

Streszczenie

Badanie problematyki oceny efektywności poprzez postrzeganą jakość, wymaga zrozumienia istoty relacji usługowej i jej specyficznego, społecznego charakteru. Działania te istotne są nie tylko dla sektora zdrowia, ponieważ pozwalają tworzyć zestawy miar i tym samym stopniowo poprawiać jakość świadczeń, ale również są ważne dla rozwoju nauk o zarządzaniu. Dalszy rozwój teorio-poznawczy problematyki oceny efektywności będzie jednak zależny od rozwoju sektora społecznego. Pacjenci identyfikują atrybuty postrzeganej jakości usługi zdrowotnej, rolę zaś placówek i ich personelu stawać się będzie usprawnianie procesu świadczenia medycznego.

Słowa kluczowe

ocena efektywności, jakość postrzegana, usługi zdrowotne

Selected problems in evaluating the effectiveness the health care system. The perceived quality of the service relationship (Summary)

Study evaluating the effectiveness the problems with perceived quality, requires understanding of the relationship and the specific services, social character. These activities are important not only for the health sector, as it allows to create sets of measurements and thus gradually improve the quality of services, but also are important for the development of management sciences. Further development of the theory-cognitive problems, however, will evaluating the effectiveness depends on the development of the social sector. Patients identify attributes of the perceived quality of health services, the role of the institutions and their staff will become streamline the process of medical services.

Keywords

evaluation of effectiveness, perceived quality, health services

