

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowi
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

**Dorota Jachimowicz-Gawel (p.v. Jachimowicz-Woloszynek),
Krzysztof Leksowski**

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
e-mail: dwoloszynek@cm.umk.pl

Joanna Bajerska,

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu,
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, członek Studenckiego Koła Naukowego

**ANALIZA OCZEKIWAŃ PACJENTÓW
W WYBRANYCH ASPEKTACH OCENY JAKOŚCI
USŁUG ZDROWOTNYCH (INFRASTRUKTURA
ZEWNĘTRZNA, NIEZAWODNOŚĆ, WYMIAR
MATERIALNY, WARUNKI BYTOWE)**

**ANALYSIS OF PATIENTS' EXPECTATIONS
IN CHOSEN ASPECTS OF HEALTH SERVICES
QUALITY ASSESSMENT (OUTDOOR
INFRASTRUCTURE, RELIABILITY, MATERIAL
DIMENSION, LIVING CONDITIONS)**

DOI: 10.15611/pn.2015.410.13

Streszczenie: W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania badaniami związanymi z jakością usług zdrowotnych. Uzyskane wyniki mają aspekt poznawczy oraz praktyczny, gdyż pozwalają na podjęcie skutecznych działań w zakresie poprawy jakości opieki zdrowotnej. Celem badań podjętych przez autorów było poznanie oczekiwań pacjentów oraz stopnia ich zaspokojenia w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych w aspekcie: infrastruktury zewnętrznej, niezawodności oraz wymiaru materialnego i warunków bytowych. Grupę badaną stanowiło 106 pacjentów wybranej jednostki opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń stacjonarnych szpitalnych w zakresie onkologii. Badania przeprowadzono, korzystając z metody Servqual. Badania wykazały, że oczekiwania pacjentów zostały spełnione w wymiarze materialnym i pod względem warunków bytowych. Poziom usługi otrzymanej w zakresie infrastruktury oraz niezawodności był nieco niższy niż poziom oczekiwań. Największe oczekiwania badani prezentowali w zakresie niezawodności oraz wymiaru materialnego i warunków bytowych, najniższe – co do infrastruktury zewnętrznej.

Słowa kluczowe: jakość, pacjent, opieka zdrowotna, usługa oczekiwana, Servqual.

Summary: In recent years, there has been a surge of interest in studies related to the quality of health services. Of particular importance are the studies on the expectations and the level of compliance by service providers. The results obtained have a cognitive and practical aspects, as they allow to take effective actions in the field of quality health care. The aim of the research was to know the expectations of patients and their degree of satisfaction in terms of provided health benefits with respect to: external infrastructure, reliability and substantive dimension and living conditions. The test group consisted of 106 patients aged from 35 to 75 years, selected health care unit providing inpatient Oncology in desktop benefits. The research was conducted using the Servqual. Studies have shown that patients' expectations were met in terms of material and living conditions. The level of services received in the field of infrastructure and reliability was slightly lower than expectations. The greatest expectations of the sampled patients were in terms of reliability, and dimension of the material and living conditions, the lowest in terms of infrastructure.

Keywords: quality, patient, health care, expected service, service received, Servqual, reliability, external infrastructure, material and living conditions.

1. Wstęp

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization definiuje jakość jako „stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów”¹. Jakość usługi postrzegana jest w aspekcie struktury, procesu i wyniku². Aspekt wyniku wiąże się z pożądanymi efektami zdrowotnymi oraz satysfakcją klienta z otrzymanych usług zdrowotnych. Interesującą koncepcją umożliwiającą ocenę wspomnianego aspektu jest koncepcja A. Parasuramana, V.A. Zeithamla oraz L. Berry’go. Zdaniem autorów usługa jest postrzegana indywidualnie, a więc ma wymiar subiektywny i można mówić o postrzeganej jakości usług przez klienta³. Metoda opiera się na założeniu, że jakość uzyskuje się, spełniając oczekiwania klienta lub je przekraczając. Mają one związek z wyobrażeniami pacjenta na temat jakości usługi przed jej nabyciem i kształtują się pod wpływem wcześniejszych doświadczeń, indywidualnych potrzeb jednostki, opinii innych użytkowników oraz informacji przekazywanych przez placówkę. Metoda Servqual jest oparta na badaniu ankietowym, które przeprowadza się dwukrotnie: przed zrealizowaniem i po zrealizowaniu usługi. Celem badania jest określenie, które wyróżniki jakości mają dla odbiorców usług największe znaczenie oraz na ile zostały one zrealizowane (na ile spełniły się oczekiwania pacjentów). Różnica pomiędzy stanem pożądanym a faktycznie doświadczanym przez klienta jest

¹ Joint Commisision on the Accreditation of Health Organizations, Quality Assurance in Managed Health Care Organizations, Chicago 1989.

² M. Armstrong, *A Handbook of Management Techniques*, Kogan Page Ltd, London 1993, s. 192.

³ A. Parasuraman, V. Zeithaml, L. Berry, *Service quality and its implications for future research*, Journal of Marketing Fall 1985, nr 49.

postrzegana przez niego jakością usługi. Autorzy w postrzeganiu jakości usług i w ich świadczeniu dostrzegają wiele luk i rozbieżności, które mogą być przeszkodą w świadczeniu usług na wysokim poziomie. Metoda Servqual pozwala wskazać miejsca, w których jakość usług w istotny sposób odbiega od pożądanego stanu. Wyróżnia się następujące luki:

- luka pierwsza, dotycząca różnicy pomiędzy oczekiwaniami klienta a ich postrzeganiem przez kierownictwo organizacji,
- luka druga, stanowiąca różnicę pomiędzy postrzeganiem oczekiwań klientów oraz kadry zarządzającej a specyfikacją usług,
- luka trzecia, wskazująca na różnicę pomiędzy formalnymi standardami jakości a faktycznie wykonywaną usługą,
- luka czwarta, stanowiąca różnicę między jakością świadczenia usługi a informacjami, jakie otrzymał klient,
- luka piąta, określająca różnicę między usługą oczekiwaną a otrzymaną (z uwzględnieniem różnych kryteriów jakości usługi).

Luki 1-4 obrazują spadki jakości w obrębie organizacji, natomiast luka piąta postrzeganie jakości usługi przez pacjenta⁴.

Przedmiotem prezentowanych badań była luka piąta.

2. Materiał i metody badań

Celem badań własnych była ocena poziomu oczekiwań pacjentów oraz stopnia ich zaspokojenia w wybranych aspektach. Na podstawie celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jakie są oczekiwania badanej populacji dotyczące infrastruktury zewnętrznej szpitala?

2. Czy zostały spełnione oczekiwania pacjentów odnośnie do infrastruktury zewnętrznej placówki?

3. Jaki jest poziom oczekiwań w aspekcie niezawodności usług?

4. Czy zostały spełnione oczekiwania pacjentów odnośnie do niezawodności usług w badanej placówce?

5. Jaki jest poziom oczekiwań w zakresie warunków materialnych i bytowych badanej jednostki?

6. Czy zostały spełnione oczekiwania pacjentów w zakresie warunków materialnych i bytowych badanej placówki?

Badani udzielali odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie, mając do dyspozycji 7-stopniową skalę, gdzie 7 oznaczało zdecydowanie tak, a 1 – zdecydowanie nie.

W analizie opisowej zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariuszy. Graficzną interpretację tych danych zawarto w postaci wykresów słupkowych pionowych oraz wykre-

⁴ Tamże, s. 55.

sów typu „ramka-wąsy”. Zastosowano również średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi obliczono za pomocą współczynnika korelacji R Spearmana. Zastosowano również nieparametryczny test U Manna-Whitneya – posłużył on do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwiema populacjami (grupami). W pracy zastosowano również nieparametryczny test rang Kruskala-Wallisa, stosowany do porównania wielu prób niezależnych (grup). Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano za pomocą pakietu Statistica 10.0 i arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel, wykorzystując standardowe funkcje tego programu.

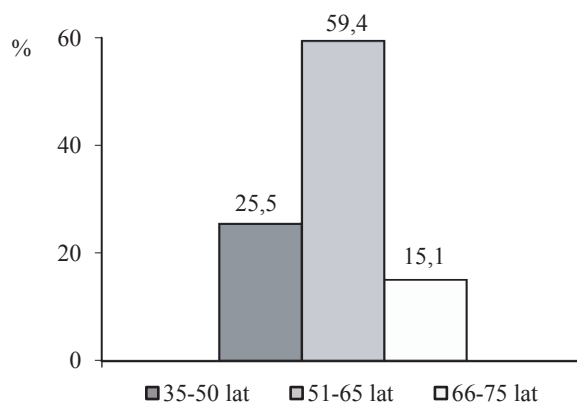
Grupę badaną stanowiło 106 pacjentów, w wieku od 35 do 75 lat, wybranej jednostki leczenia onkologicznego udzielającej świadczeń całodobowych stacjonarnych szpitalnych. Placówka dysponuje 11 oddziałami stacjonarnymi mieszczącymi 300 łóżek oraz 22 poradniami ambulatoryjnymi. Wśród badanej grupy 60% stanowiły kobiety i 40% mężczyźni.

Rozkład poszczególnych grup wiekowych ilustrują tab. 1 oraz rys. 1. Wynika z nich, że najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 51-65 lat.

Tabela 1. Rozkład badanej grupy z uwzględnieniem wieku

Wiek	liczba	%
35-50 lat	27	25,5
51-65 lat	63	59,4
66-75 lat	16	15,1
Razem	106	100,0

Źródło: opracowanie własne.



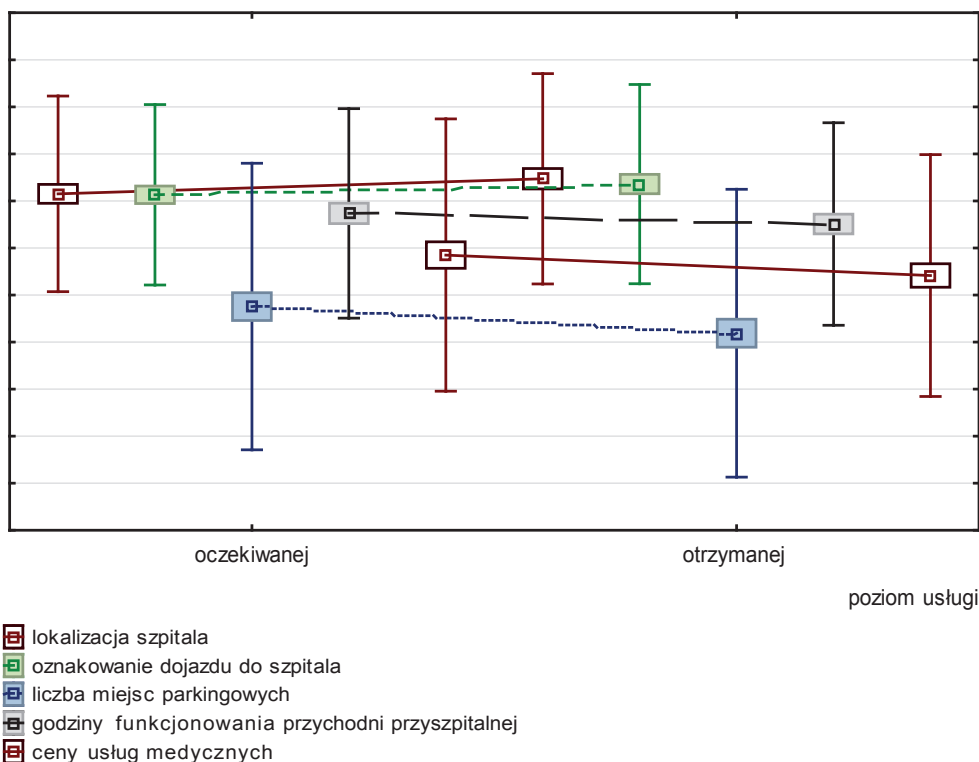
Rys. 1. Rozkład badanej grupy z uwzględnieniem wieku badanych

Źródło: opracowanie własne.

3. Wyniki

W obszarze dotyczącym infrastruktury zewnętrznej analizie poddane zostały takie aspekty, jak: lokalizacja szpitala, oznakowanie dojazdu do szpitala, liczba miejsc parkingowych, godziny funkcjonowania przychodni przyszpitalnej oraz ceny usług. W badanym obszarze ocena mogła przyjmować wartości od 7 do 35 punktów.

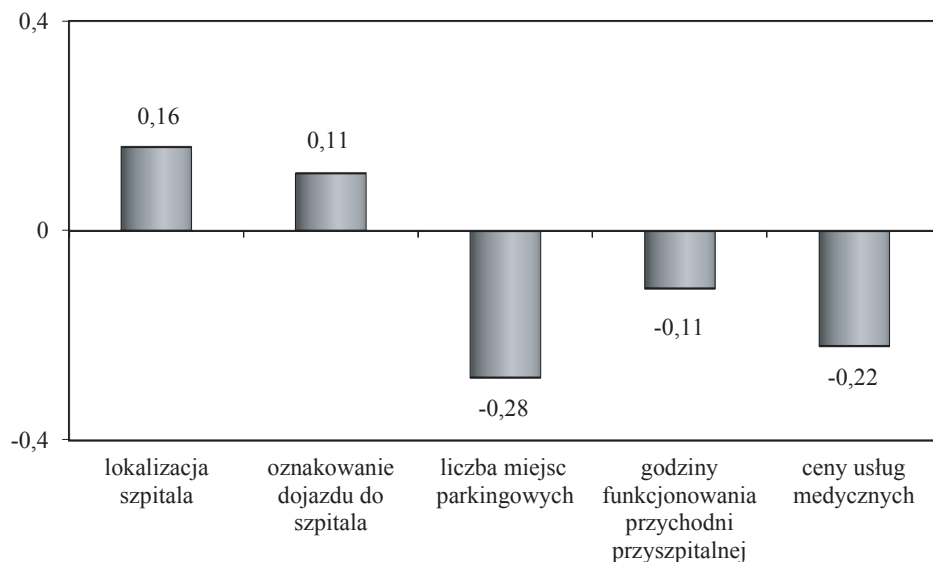
Rysunki 2 i 3 ilustrują uzyskane wyniki w badanym obszarze w poszczególnych aspektach.



Rys. 2. Rozkład średnich wartości poszczególnych aspektów usługi oczekiwanej i otrzymanej

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z wykresów na rys. 2 i 3, najwyższe oczekiwania badani pacjenci prezentowali w odniesieniu do lokalizacji szpitala (6,1), porównywalne do oznakowania dojazdu do szpitala (6,1), nieco niższe wartości przyjmowała ocena godzin funkcjonowania przychodni przyszpitalnej (5,8). Najniższą punktację przyjmowała ocena liczby miejsc parkingowych (4,8) – ten aspekt dla badanych pacjentów był najmniej istotny.



Rys. 3. Rozkład średnich różnic infrastruktury zewnętrznej

Źródło: opracowanie własne.

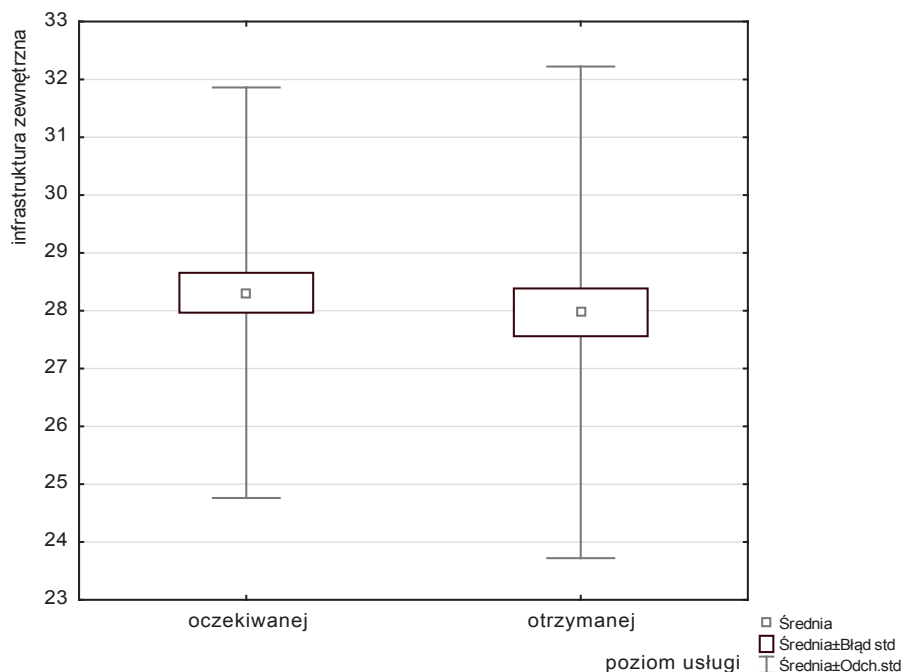
Poziom usługi otrzymanej przyjmował najwyższe wartości w odniesieniu do lokalizacji szpitala oraz oznakowania dojazdu do szpitala, nieco mniejsze wartości w odniesieniu do godzin funkcjonowania przychodni przyszpitalnej oraz liczby miejsc parkingowych. Ocena usługi oczekiwanej w porównaniu z otrzymaną w poszczególnych aspektach przyjmowała podobne wartości. Niewielkie różnice wystąpiły w odniesieniu do: liczby miejsc parkingowych oraz cen usług medycznych (oczekiwania w minimalnym stopniu nie zostały spełnione).

Tabela 2 oraz rys. 4 przedstawiają średnie wartości uzyskane dla obszaru infrastruktury zewnętrznej. Jak wynika z zamieszczonych danych, różnice w poziomie usług oczekiwanej i otrzymanej były niewielkie. Można zatem uznać, że w tym aspekcie zostały spełnione oczekiwania pacjentów. Różnice nie były istotne statystycznie.

Tabela 2. Zestawienie średnich infrastruktury zewnętrznej

Poziom usługi	Średnia	SD	Ufność -95%	Ufność 95%	Min.	Maks.	Q 25	Mediana	Q 75
Oczekiwana	28,31	3,549	27,63	28,99	17,0	35,0	26,0	28,0	31,0
Otrzymana	27,97	4,250	27,15	28,79	9,0	35,0	26,0	29,0	31,0

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 4. Rozkład średnich infrastruktury zewnętrznej

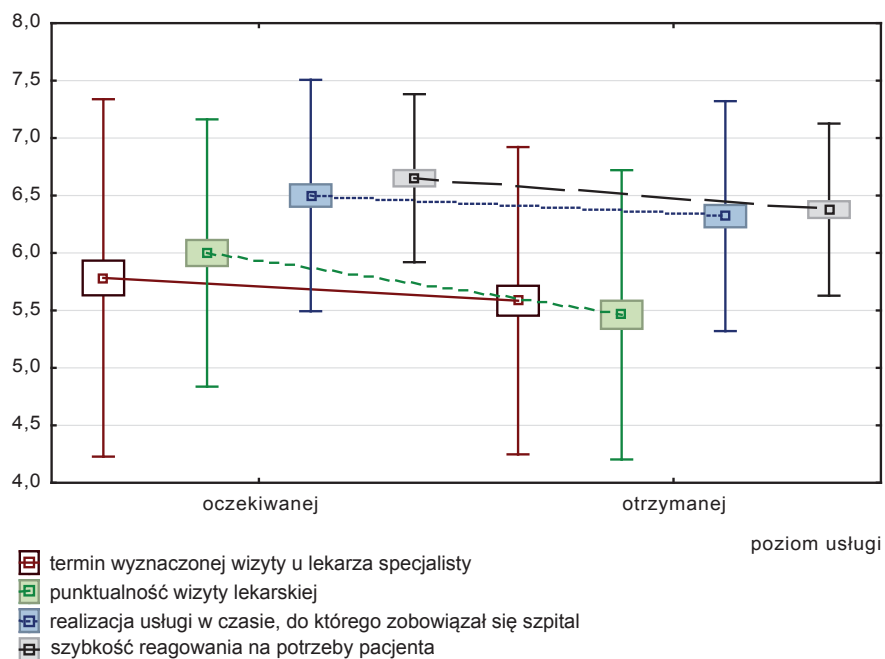
Źródło: opracowanie własne.

Poniżej zaprezentowane wyniki dotyczą wymiaru niezawodności. W obszarze tym ocenie zostały poddane takie aspekty, jak: termin wyznaczonej wizyty, punktualność wizyty lekarskiej, realizacja usługi w wyznaczonym czasie, do którego zobowiązał się szpital, oraz szybkość reagowania na potrzeby pacjenta.

Jak wynika z wykresów na rys. 5 i 6, najwyższe wartości przyjmowała ocena usługi oczekiwanej w aspekcie szybkości reagowania na potrzeby pacjenta (6,7), nieco niższe – realizacja usługi w czasie, do którego zobowiązał się szpital (6,5). Najniżej oceniono termin wyznaczonej wizyty u lekarza specjalisty (5,7) oraz punktualność wizyty lekarskiej (6,0).

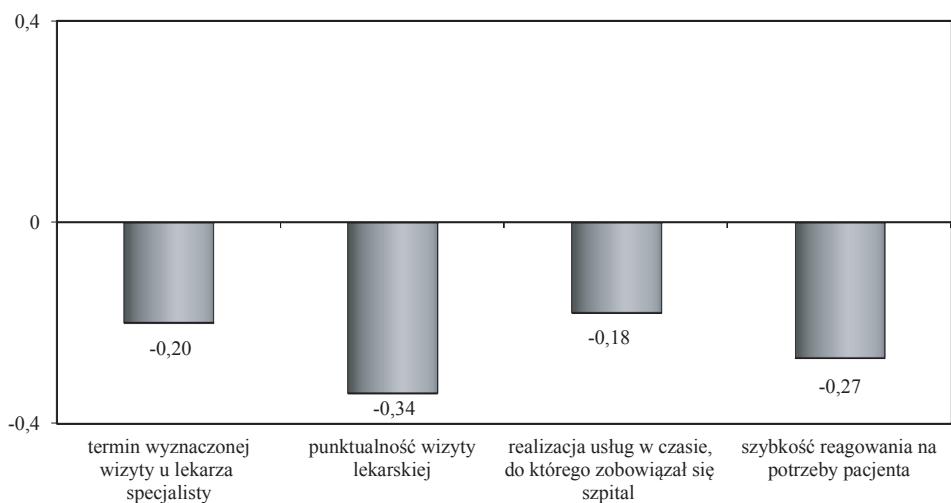
W odniesieniu do usługi otrzymanej najwyżej oceniono szybkość reagowania na potrzeby pacjentów, nieco niżej realizację usługi w czasie, do którego zobowiązał się szpital. Najniżej oceniono punktualność wizyty lekarskiej oraz termin wyznaczonej wizyty u specjalisty.

Oczekiwania w wymienionych powyżej aspektach nie zostały spełnione, chociaż różnica pomiędzy poziomem usługi oczekiwanej oraz otrzymanej była nieznaczna. Największa różnica dotyczyła punktualności wizyty lekarskiej (ten aspekt został w najmniejszym stopniu spełniony) oraz szybkości reagowania na potrzeby pacjen-



Rys. 5. Rozkład średnich wartości oczekiwanych i otrzymanych wymiaru niezawodności

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 6. Rozkład średnich różnic wymiaru niezawodności

Źródło: opracowanie własne.

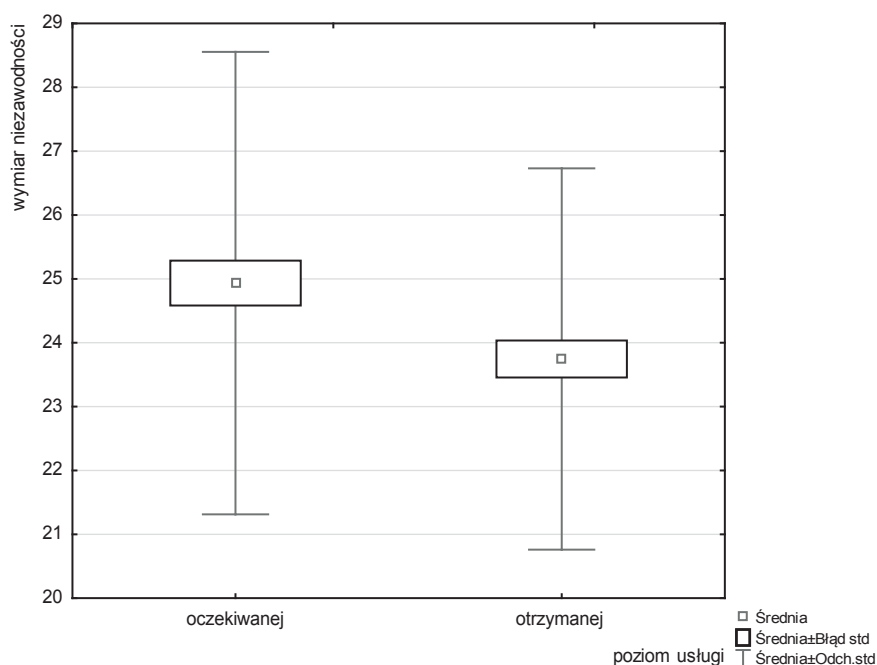
ta. Nieco mniejsze różnice uzyskano w aspekcie terminu wyznaczonej wizyty u lekarza specjalisty oraz realizacji usługi w czasie, do którego zobowiązał się szpital.

Tabela 3 oraz rys. 7 ilustrują średnie uzyskanych ocen w obszarze niezawodności.

Tabela 3. Zestawienie średnich wymiaru niezawodności

Poziom usługi	Średnia	SD	Ufność -95%	Ufność 95%	Min.	Maks.	Q 25	Mediana	Q 75
Oczekiwana	24,93	3,621	24,24	25,63	14,0	28,0	23,0	26,0	28,0
Otrzymana	23,75	2,986	23,17	24,32	14,0	28,0	22,0	24,0	26,0

Źródło: opracowanie własne.

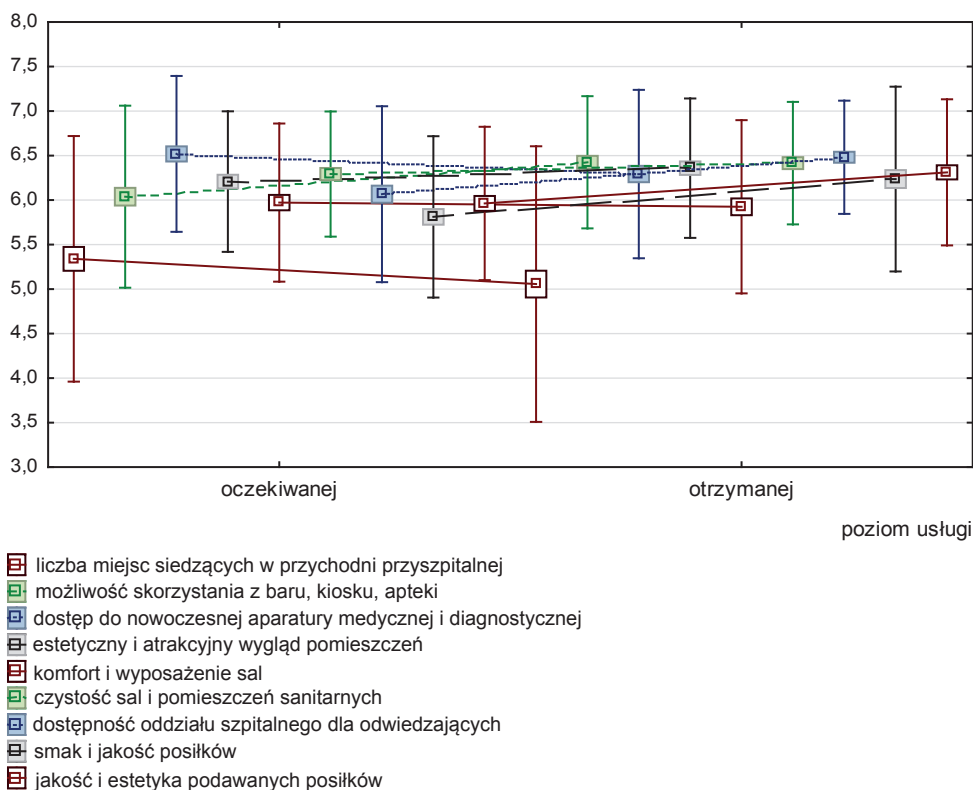


Rys. 7. Rozkład średnich wymiaru niezawodności

Źródło: opracowanie własne.

Wykresy na rys. 8 i 9 ilustrują uzyskane wyniki w zakresie wymiaru materialnego i warunków bytowych. W obszarze tym analizowano: liczbę miejsc siedzących w przychodni przyszpitalnej, możliwość korzystania z baru, kiosku, apteki, dostęp do nowoczesnej aparatury medycznej i diagnostycznej, estetyczny i atrakcyjny wygląd pomieszczeń, komfort i wyposażenie sal, czystość sal i pomieszczeń sanitarnych.

nych, dostępność oddziału szpitalnego dla odwiedzających, smak i liczbę posiłków oraz jakość i estetykę ich podawania.

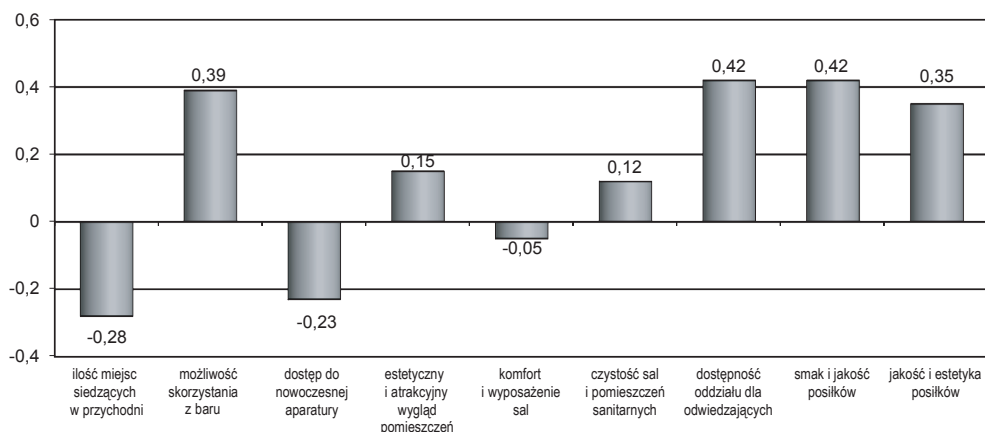


Rys. 8. Rozkład średnich wartości oczekiwanych i otrzymanych wymiaru materialnego/warunków bytowych

Źródło: opracowanie własne.

W badanym obszarze najwyższe oczekiwania prezentowali pacjenci w odniesieniu do dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej (6,5), porównywalne wartości przyjmowała czystość sal i pomieszczeń sanitarnych (6,3), estetyczny i atrakcyjny wygląd pomieszczeń (6,1) oraz dostępność oddziału szpitalnego dla odwiedzających (6,0), komfort i wyposażenie sal (6,0), możliwość korzystania z baru, kiosku, apteki (6,0). Nieco niższe wartości przyjmowały smak i jakość podawanych posiłków (5,7), a najniższe – liczba miejsc siedzących w przychodni przyszpitalnej (5,3).

W aspekcie usługi otrzymanej najwyższe wartości przyjmowała ocena: możliwości skorzystania z baru, kiosku, apteki, czystości sal i pomieszczeń sanitarnych oraz dostępności oddziału szpitalnego dla odwiedzających. Nieco niżej oceniono jakość i estetykę podawanych posiłków oraz smak i jakość posiłków oraz komfort



Rys. 9. Rozkład średnich różnic wymiaru materialnego/warunków bytowych

Źródło: opracowanie własne.

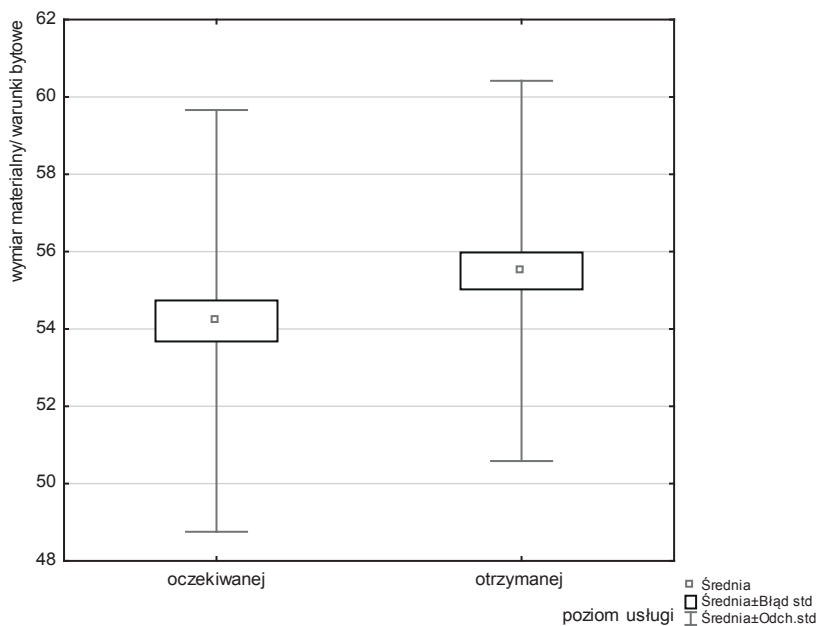
i wyposażenie sal, najniższą liczbę miejsc siedzących w przychodni przyszpitalnej. Wartości dodatnie uzyskano w obszarze dostępności oddziału dla odwiedzających oraz smaku i jakości posiłków oraz jakości i estetyki posiłków oraz możliwości skorzystania z baru, kiosku, apteki, nieco niższe wartości dodatnie uzyskano w odniesieniu do estetycznego i atrakcyjnego wyglądu pomieszczeń. Wartości ujemne uzyskano w odniesieniu do: liczby miejsc siedzących w przychodni, dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej oraz komfortu i wyposażenia sal.

Tabela 4 i rysunek 10 ilustrują średnie wyniki uzyskane w obszarze wymiaru materialnego oraz warunków bytowych. Jak wynika z analizy zaprezentowanych wyników, poziom usługi otrzymanej przewyższył poziom usługi oczekiwanej, co świadczy o spełnieniu oczekiwań pacjentów.

Tabela 4. Zestawienie średnich wymiaru materialnego/warunków bytowych

Poziom usługi	Średnia	SD	Ufność -95%	Ufność 95%	Min.	Maks.	Q 25	Mediana	Q 75
Oczekiwana	54,21	5,454	53,16	55,26	38,0	63,0	50,0	55,0	59,0
Otrzymana	55,50	4,917	54,55	56,45	42,0	63,0	52,0	55,0	59,0

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 10. Rozkład średnich wartości wymiaru materialnego/warunków bytowych

Źródło: opracowanie własne.

4. Omówienie wyników i dyskusja

Wraz ze zmianą zasad funkcjonowania systemu centralnie planowanego finansowanego z budżetu państwa na system finansowany ze środków pochodzących z ubezpieczeń zdrowotnych, wzrostem oczekiwań pacjentów, wdrożeniem regulacji prawnych związanych z prawami pacjenta oraz zmianą zasad funkcjonowania świadczeniodawców wzrosło zainteresowanie badaniami dotyczącymi poziomu oczekiwań i zadowolenia pacjentów.

Zastosowane w badaniach własnych narzędzie Servqual umożliwia ocenę oczekiwań oraz zadowolenia pacjentów z otrzymanej usługi. Narzędzie to pozwala również na wskazanie, na ile ważne są dla pacjenta poszczególne wyróżniki jakości usługi.

Przeprowadzone badania dotyczyły wybranych obszarów jakości usługi zdrowotnej, w tym infrastruktury zewnętrznej, niezawodności oraz wymiaru materialnego i warunków bytowych. Badania wykazały, że oczekiwania pacjentów w aspekcie wymiaru materialnego oraz warunków bytowych zostały przekroczone, poziom usługi otrzymanej był wyższy niż poziom usługi oczekiwanej, w zakresie pozostałych obszarów w nieznacznym stopniu poziom usługi otrzymanej był niższy niż

usługi oczekiwanej. W najmniejszym stopniu zostały spełnione oczekiwania dotyczące niezawodności.

Badania wykazały, że pacjenci ze wszystkich badanych aspektów w trzech obszarach najwyższe oczekiwania mieli w odniesieniu do szybkości reagowania na potrzeby pacjentów (6,7) oraz realizacji usług we wskazanym czasie (6,5). Oczekiwania w tym zakresie w minimalnym stopniu nie zostały spełnione (-0,27; -0,18). Badani najniższe oczekiwania prezentowali w zakresie: liczby miejsc parkingowych (4,8), liczby miejsc siedzących w przychodni (5,3), godzin funkcjonowania przychodni (5,8), smaku i jakości posiłków (5,7) oraz terminu wyznaczonej wizyty u specjalisty (5,7). Porównywalne oceny uzyskano w odniesieniu do: lokalizacji szpitala (6,1), oznakowania dojazdu do szpitala (6,1), punktualności wizyty lekarskiej (6,0), możliwości skorzystania z baru itp., (6,0), estetycznego wyglądu pomieszczeń (6,1), komfortu i wyposażenia sal (6,0), czystości sal i pomieszczeń sanitarnych (6,3) oraz dostępności oddziału dla odwiedzających (6,0). W zakresie badanych obszarów najwyższe oczekiwania dotyczyły niezawodności (90%), nieco niższe wymiaru materialnego oraz warunków bytowych (uzyskano 86% maksymalnej wartości), najniższe zaś infrastruktury (80%).

W najwyższym stopniu zostały spełnione oczekiwania dotyczące czystości sal, dostępności oddziałów dla odwiedzających, możliwości skorzystania z baru itp. oraz smaku i jakości otrzymywanych posiłków. Najmniej zadowoleni pacjenci byli z punktualności wizyty lekarskiej, terminu wyznaczonej wizyty u specjalisty oraz liczby miejsc parkingowych.

Podobne badania z wykorzystaniem wskazanej metody przeprowadził A. Rudzewicz. Grupą badaną były pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych w szpitalach „publicznych” i „niepublicznych”. Ogólna ocena poziomu jakości świadczonych usług w szpitalu publicznym i prywatnym była na podobnym, wysokim poziomie⁵. W badaniach K. Krot ankietowane respondentki zwracały baczniejszą uwagę na funkcjonalne aspekty procesu usługowego, takie jak: chęć pomocy, wsparcie psychiczne i emocjonalne, zaufanie⁶. Badania z użyciem Servqual prowadziła również D. Jachimowicz-Wołoszynek z zespołem⁷. Analizy dotyczyły oceny poziomu oczekiwań i zadowolenia w materialnym wymiarze usługi w „niepublicznej” jednostce opieki zdrowotnej. Badania oparte na koncepcji Parasuramane’a i zespołu prowadziła również B. Demowicz⁸.

⁵ A. Rudzewicz, *Jakość usług medycznych*, Problemy Jakości 2008, no. 3, s. 38-47.

⁶ K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008, s. 49-66.

⁷ D. Jachimowicz-Wołoszynek, A. Weber, D. Rogala, Ż. Skinder, *Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty*, [w:] *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, red. M. Łyszczak, M. Wegrzyn, D. Wasilewski, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 138.

⁸ B. Demowicz, *Jakość usług zdrowotnych w percepcji pacjentów szpitala – doniesienia wstępne*, Hygeia Public Health 2013, no. 3, s. 352-354.

Szersze zastosowanie Servqual w badaniach dotyczących jakości usług medycznych pozwoliłoby na dokonywanie analiz porównawczych usług świadczonych przez różne podmioty oraz wskazanie obszarów, które zdaniem pacjentów są najważniejsze. W dostępnej literaturze znajdujemy niewiele badań dotyczących jakości usług zdrowotnych z użyciem narzędzia Servqual. Najczęściej prezentowane są badania prowadzone z użyciem narzędzi własnej konstrukcji, które nie zostały poddane procesowi walidacji, co uniemożliwia przeprowadzenie analiz porównawczych.

5. Zakończenie

Sektor usług zdrowotnych wymaga opracowania i analizy szeregu wskaźników dotyczących różnych aspektów jego funkcjonowania. O skutecznym zarządzaniu można mówić tylko w sytuacji posiadania precyzyjnych danych, które pozwolą na rozpoznawanie problemów, wdrażanie działań naprawczych i ocenę skuteczności tych działań. Wskazane dane powinny dotyczyć analizy kosztów, oceny efektywności działania świadczeniodawców, badania potrzeb i oczekiwań odbiorców świadczeń, satysfakcji i zadowolenia pacjentów z konsumowanych świadczeń oraz pracowników z wytwarzanych świadczeń. Prezentowana praca jest częścią cyklu badań obejmujących analizę różnych aspektów funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej.

Literatura

- Armstrong M., 1993, *A Handbook of Management Techniques*, Kogan Page Ltd, London.
- Bajerska J., 2012, *Analiza oczekiwań pacjentów względem świadczeń ze strony opieki zdrowotnej*, praca magisterska napisana pod kierunkiem Doroty Jachimowicz-Wołoszynek, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Demowicz B., 2013, *Jakość usług zdrowotnych w percepcji pacjentów szpitala – doniesienia wstępne*, Hygeia Public Health, no. 3.
- Jachimowicz-Wołoszynek D., Weber A., Rogala D., Skinder Ż., 2011, *Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty*, [w:] *Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów*, red. M. Łyszczak, M. Wegrzyn, D. Wasilewski, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Joint Commisision on the Accreditation of Health Organizations, *Quality Assurance in Managed Health Care Organizations*, Chicago 1989.
- Krot K., 2008, *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kulwer Polska, Warszawa, s. 49-66.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L., 1985, *Service quality and its implications for future research*, Journal of Marketing, Fall, nr 49.
- Rudzewicz A., 2008, *Jakość usług medycznych*, Problemy Jakości, no. 3.
- Weber A., 2010, *Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów na przykładzie wybranego zakładu opieki zdrowotnej*, praca magisterska napisana pod kierunkiem Doroty Jachimowicz-Wołoszynek, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.