

Anna Ludwiczak

Uniwersytet Zielonogórski
e-mail: a.ludwiczak@wez.uz.zgora.pl

**POZYSKIWANIE INFORMACJI OD KLIENTA
W KSZTAŁTOWANIU JAKOŚCI USŁUG
ZDROWOTNYCH W UJĘCIU PROCESOWYM**

**THE ROLE OF THE INFORMATION FROM
THE CUSTOMER IN SHAPING THE QUALITY
OF HEALTH SERVICES IN THE PROCESS APPROACH**

DOI: 10.15611/pn.2017.463.17

Streszczenie: W artykule poruszono problem doskonalenia usług zdrowotnych w podejściu procesowym z wykorzystaniem informacji od klienta. Celem artykułu jest identyfikacja i ocena narzędzi i metod wykorzystywanych do pomiaru jakości tych usług, sprzyjających udziałowi klienta w procesie ich doskonalenia w szpitalach, na przykładzie woj. lubuskiego. W pierwszej części scharakteryzowano usługi zdrowotne oraz zdefiniowano ich jakość. Następnie przedstawiono potencjalny wpływ podejścia procesowego oraz zasady orientacji na klienta na kształtowanie jakości usług zdrowotnych w kontekście wdrożonych w tych organizacjach systemów zarządzania jakością zgodnych z wymaganiami normy ISO 9001. Ponadto dokonano analizy metod i narzędzi wykorzystywanych do pomiaru jakości usług sprzyjających udziałowi klienta w kształtowaniu tych procesów. Zaprezentowano również wyniki badań własnych odnoszące się do tego, z jakich metod i narzędzi pomiaru jakości usług korzystają szpitale w województwie lubuskim oraz podjęto próbę ich oceny pod kątem przydatności w doskonaleniu procesów.

Słowa kluczowe: współtworzenie, usługa zdrowotna, jakość świadczenia, podejście procesowe.

Summary: The article addresses the problem of improving health services in the process approach using information from the client. The aim of this article is to identify and evaluate tools and methods used to measure the quality of services which encourage a customer to participate in the process of their improvement in hospitals on the example of the Lubuskie Voivodeship. The first part of the article characterizes health services and defines their quality. The second part presents a potential impact of the process approach and the principles of customer focus on the development of quality of health services in the context of quality management systems complying with the requirements of ISO 9001 implemented in those organizations. In addition, the article presents the analysis of methods and tools used to measure the quality of services which favor customer participation in the development of these processes. It also shows study results of methods and tools used to measure the quality of services in hospitals in Lubuskie Voivodeship and attempts to assess their suitability in process improvement.

Keywords: co-creation, health service, quality of health service, process approach.

1. Wstęp

Podstawowym zadaniem podmiotów leczniczych jest świadczenie usług zdrowotnych. Jednostki te powinny również dążyć do zapewnienia ich wysokiej jakości. Jednym z popularniejszych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę jakości, stosowanych przez polskie podmioty lecznicze, są systemy zarządzania jakością zgodne z wymaganiami normy ISO 9001. Stosując się do wymogów stawianych przez normę, organizacje te zobowiązują się do implementacji podejścia procesowego oraz orientacji na klienta. Oznacza to, że powinny one mierzyć, analizować i doskonalić procesy w kierunku maksymalizacji satysfakcji klienta, której osiągnięcie nie jest z kolei możliwe bez określenia jego wymagań. W związku z tym podmioty lecznicze powinny dobierać odpowiednie metody i narzędzia do zbierania, pomiaru i analizy danych, pozwalające na uzyskanie informacji od klienta. Dzięki temu możliwe będzie doskonalenie jakości usług w kierunku jak najlepszego dostosowywania ich do wymagań klientów. Współczesne organizacje idą nawet dalej. Zgodnie z koncepcją logiki usługowej dominacji klient powinien nie tylko być podmiotem oceniającym usługę, ale również współtworzyć jej wartość [Jonas 2014, s. 25, za: Vargo, Lusch 2004; Vargo, Lusch 2008]. Podejście takie wydaje się szczególnie ważne w przypadku usług zdrowotnych z uwagi na możliwą do wystąpienia wartość dodaną takiego podejścia, polegającą na szybszym powrocie do zdrowia pacjentów, dzięki bardziej odpowiadającym mu warunkom leczenia.

Identyfikacja potrzeb i oczekiwań pacjentów, jak również ich satysfakcji była do tej pory prowadzona na gruncie m.in. nauk ekonomicznych, humanistycznych i społecznych. Badania ukierunkowane na próbę określenia oczekiwań pacjentów względem opieki medycznej, w tym zwłaszcza w odniesieniu do personelu udzielającego świadczeń, prowadzili między innymi: R. Robaszekiewicz-Bouakaz i in. [2015, s. 27–33], I. Rotter i in. [2013, s. 381–393], W. Kapała i J. Skrobisz [2006, s. 351–358], G. Juszczyk i in. [2014, s. 116–126], A. Zieniuk [2009, s. 17–27]. Autorzy ci wskazują, że pacjenci najczęściej oczekują pełnej informacji o chorobie i przebiegu leczenia, wsparcia emocjonalnego oraz empatii ze strony personelu medycznego. Niektórzy autorzy, między innymi: D. Jachimowicz-Gaweł [Jachimowicz-Gaweł i in. 2015, s. 180–193], D. Jachimowicz-Wołoszynek [Jachimowicz-Wołoszynek i in. 2011, s. 139–149], R. Lewandowski [2008, s. 30–35], dokonują pomiaru różnicy pomiędzy oczekiwaniami pacjentów a postrzeganą jakością usług medycznych z wykorzystaniem metody Servqual. Duża część badań odnosi się również do satysfakcji pacjentów, a ich wyniki prezentują między innymi: A. Rosiek i K. Leksowski [2012, s. 79–86] oraz A. Waszkiewicz i B. Białecka [2012, s. 259–273].

Powyższe wyniki stanowią tylko niewielką część ogółu badań prowadzonych w zakresie pomiaru jakości usług medycznych. Niemniej jednak ich wspólnym mianownikiem jest to, że są one w przeważającej części badaniami prowadzonymi przez jednostki zewnętrzne, a nie same szpitale. W analizowanej literaturze zauważalna jest luka w zakresie informacji dotyczących tego, z jakich metod i narzędzi do pomiaru

jakości usług medycznych, w tym w zakresie pozyskiwania informacji od klienta, korzystają same szpitale oraz w jaki sposób uzyskiwane wyniki przekładają się na podejmowane działania doskonalące.

Celem artykułu jest identyfikacja i ocena narzędzi i metod wykorzystywanych do pomiaru jakości usług zdrowotnych sprzyjających udziałowi klienta w procesie ich doskonalenia w szpitalach, na przykładzie woj. lubuskiego. Do realizacji celu badawczego posłużono się kwestionariuszem ankiety, który skierowano do wszystkich placówek szpitalnych w województwie lubuskim. W pierwszej części artykułu zdefiniowano usługi zdrowotne oraz przedstawiono rolę klienta we współtworzeniu ich jakości. Następnie, w kontekście doskonalenia usług, omówiono orientację na klienta oraz podejście procesowe. W dalszej części scharakteryzowano wybrane metody i narzędzia pomiaru jakości usług, a następnie zaprezentowano wyniki badań własnych w zakresie wykorzystania przez lubuskie szpitale metod i narzędzi zbierania i analizy informacji od klienta.

2. Usługi zdrowotne – rola klienta we współtworzeniu jakości procesów

W literaturze można odnaleźć wiele definicji usług, do których zaliczamy również świadczenia zdrowotne. Ch. Grönroos definiuje usługę jako działanie lub grupę działań charakteryzujących się mniej lub bardziej niematerialną naturą, które zwykle zachodzą podczas interakcji klienta z usługodawcą lub klienta z fizycznym otoczeniem/systemem usługodawcy [Czubała i in. 2012, s. 14]. Rozpatrując usługę w takim znaczeniu, można przyjąć, że usługą zdrowotną może być każde świadczenie zdrowotne, które zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oznacza „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” [Ustawa z 15 kwietnia 2011, s. 2].

Jakość jest pojęciem względnym, które jest uzależnione od wielu czynników, co skutkuje mnogością definicji ją opisujących. I tak przykładowo według normy ISO jakość definiowana jest jako „stopień, w jakim zbiór inherentnych właściwości spełnia wymagania” [Norma...2006, s. 25], gdzie właściwości interpretuje ona jako cechy wyróżniające przedmiot oceny jakościowej, natomiast wymagania jako wyznaczniki potrzeb i oczekiwań jego odbiorców. M. Bugdol za twórcami normy zwraca uwagę, że pojęcie to jest o wiele bardziej zawile, wyodrębniając przy tym osiem podstawowych podejść definicyjnych do terminu jakość, tj.: transcendentalne, produktowe, użytkownika, wytwórcy, wartości, strat społecznych, wielowymiarowe, strategiczne, które wzajemnie się uzupełniają, tworząc spójną całość [Bugdol 2011, s. 16].

Jakość usług jest pojęciem trudnym do zinterpretowania. Jedna z najprostszych definicji jakości usług, mająca swoje źródło w normie ISO, interpretuje ją jako stopień, w jakim zaspokaja ona potrzeby i oczekiwania klientów. Zgodnie z dwuwymiarową koncepcją jakość usług można podzielić na jakość techniczną oraz funkcjonalną [Krot

2008, s. 37]. Jakość techniczna polega na osiągnięciu jej zgodności ze stawianymi warunkami, normami oraz wymaganiami technicznymi. W przypadku świadczeń zdrowotnych jakość techniczną można zatem odnieść do działań zgodnych z tzw. sztuką lekarską przez kompetentny personel z wykorzystaniem wszelkiej dostępnej wiedzy, technologii, aparatury medycznej. Z kolei jakość funkcjonalna odnosi się do subiektywnej oceny klienta, czyli tego, w jaki sposób postrzega on poziom jakości otrzymanej usługi (np. w kontekście swoich wcześniejszych doświadczeń czy też na tle innych znanych mu jednostek, z których usług korzystał lub o których słyszał). Istotne jest, że w dążeniu do osiągnięcia wysokiej jakości świadczonych usług zdrowotnych podmioty lecznicze powinny doskonalić jakość zarówno w aspekcie technicznym, jak i funkcjonalnym. Biorąc pod uwagę powyższe, można stwierdzić, że aby osiągnąć wysoką jakość świadczonych usług, należy zrozumieć potrzeby i oczekiwania klienta, aby maksymalizować jego satysfakcję. Nacisk na takie podejście do jakości usług kładzie zasada orientacji na klienta.

2.1. Jakość usług a zasada orientacji na klienta

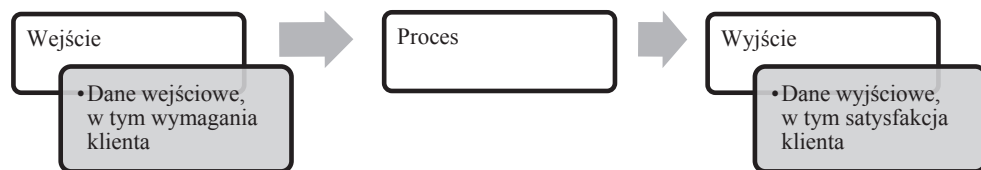
Orientacja na klienta uważana jest obecnie za jedną z najważniejszych zasad zarządzania jakością w koncepcjach projakościowych, ukierunkowanych na podejście procesowe. Jest ona wymieniana jako pierwsza z ośmiu zasad zarządzania jakością w serii norm ISO 9000, w tym w PN-EN ISO 9001:2015-10 [Norma... 2015, s. 6] oraz PN-EN ISO 9004:2010 [Norma... 2010, s. 85]. Zasada ta mówi, że organizacje są zależne od swoich klientów. Aby spełnić wymagania klientów (a nawet je przewyższyć), zgodnie z ISO 9000, organizacje powinny zrozumieć obecne i przyszłe ich potrzeby.

Istotne z punktu widzenia doskonalenia usług medycznych w kontekście lepszego zaspokajania potrzeb i oczekiwań klientów są zapisy zawarte w punkcie 5.1.2 normy PN-EN ISO 9001:2015-10, które zawierają zapis, że najwyższe kierownictwo powinno zapewnić określenie, zrozumienie oraz spełnienie wymagań klienta, jak również identyfikować ryzyka i szanse, które wpływają na zgodność usług z tymi wymaganiami [Norma... 2015, s. 12]. W zakresie wymagań stawianych organizacji względem jej wyrobów i usług obliguje ona do komunikowania się z klientami między innymi poprzez dostarczanie im informacji na temat wyrobów i usług oraz uzyskiwania informacji zwrotnej od klienta [Norma... 2015, s. 19]. Ponadto organizacja powinna zapewnić, że „wymagania dotyczące wyrobów i usług zostały zdefiniowane”, oraz być „w stanie spełnić deklaracje dotyczące wyrobów i usług, które oferuje” [Norma... 2015, s. 19]. Co istotne, norma w punkcie 8.3.2 zachęca również organizacje do angażowania klientów w proces projektowania i rozwoju [Norma... 2015, s. 20].

Ponadto zgodnie z PN-EN ISO 9001:2015-10 [Norma... 2015, s. 26] w zakresie monitorowania i pomiarów jedną z miar funkcjonowania systemu zarządzania jakością powinny być wyniki analizy informacji dotyczących percepcji klienta odnoszącej się do spełnienia przez organizację jego wymagań. W tym celu powinna ona określić metody uzyskiwania i wykorzystywania tych informacji.

2.2. Jakość usług a podejście procesowe

Badania wskazują na to, że doskonaleniu usług sprzyja stosowanie podejścia procesowego, które może również wspomóc dopasowywanie usług zdrowotnych do wymagań klientów. Z perspektywy możliwości doskonalenia usług warto jest zanalizować, czym jest usługa zdrowotna w kontekście podejścia procesowego. W literaturze przedmiotu proces jest różnie definiowany, w zależności od koncepcji zarządzania, której jest częścią, oraz celów, jakim służy dana definicja. M. Hammer [1999, s. 15] definiuje proces jako powiązaną grupę zadań, których wspólny rezultat stanowi wartość dla klienta. Z kolei G. Rummler i A. Brache [2000, s. 75] interpretują proces jako ciąg czynności zaprojektowanych tak, aby w ich wyniku powstał produkt lub usługa. Według A. Stabryły [1984, s. 86] proces to ciąg działań będących określonymi funkcjami, które ułożone są w pewnej kolejności, wyrażającej związek przyczynowo-skutkowy zjawisk oddziałujących na jakiś obiekt, w normie zaś PN-EN ISO 9000:2006 [Norma... 2006, s. 33] znajduje się zapis, że proces to zbiór działań wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących, które przekształcają wejścia w wyjścia. Analizując procesy usług zdrowotnych z perspektywy wyżej przedstawionych definicji, można je zatem określić jako ukierunkowany zbiór lub ciąg czynności, którego celem jest zachowanie, ratowanie, przywracanie lub poprawa zdrowia osoby będącej odbiorcą wyniku procesu, przy czym czynności te mają swój początek, tj. wejście (np. informacje o stanie zdrowia pacjenta, czynniki niezbędne w procesie leczenia itp.), oraz zakończenie, tj. wyjście (np. poprawa stanu zdrowia pacjenta po przebytych leczeniu). Organizacje posiadające wdrożone znormalizowane systemy zarządzania jakością zgodne z ISO 9001 powinny posiadać procesy ukierunkowane między innymi na wykazywanie zgodności procesów usługowych z wymaganiami [Norma... 2015, s. 26], w tym również klientów.



Rys. 1. Schemat procesu wraz z wejściem i wyjściem

Źródło: opracowanie własne.

Łącząc wymagania dotyczące orientacji na klienta z podejściem procesowym, istotne jest, aby w zakresie doskonalenia procesów realizacji usług zdrowotnych zarówno rozpoznawać potrzeby i oczekiwania klientów, jak i analizować ich satysfakcję po zrealizowanej usłudze. Należy zatem badać pod kątem klienta zarówno wejścia, jak i wyjścia procesu (rys. 1). Na podejście takie wskazuje między innymi M. Bugdol, który wyróżnia dwa sposoby analizy procesów, tj. tradycyjny – obejmujący analizę

wnętrza procesu i jego „wyjście”, oraz nowoczesny – uwzględniający cały proces wraz z „wejściem” [Bugdol 2011, s. 84]. Podejście nowoczesne zobrazowano na rys. 1.

Podsumowując: aby skutecznie doskonalić procesy z uwzględnieniem orientacji na klienta, konieczne jest dobranie właściwych narzędzi zbierania danych i metod pomiaru jakości.

3. Metody i narzędzia pomiaru jakości usług – informacja od klienta

Teoria zarządzania jakością wyróżnia wiele instrumentów służących do pomiaru i oceny jakości. Według M. Kujawińskiego można je sklasyfikować wg następujących kryteriów:

- badanie z perspektywy klientów lub oferujących usługi polegające na zbieraniu informacji od klientów;
- badanie obiektywne lub subiektywne, odnoszące się do jakości w aspekcie technicznym i funkcjonalnym;
- badanie różnicujące i nieróżnicujące, gdzie pierwsze z nich koncentruje się na tzw. jakościach cząstkowych, a drugie na ogólnej ocenie jakości;
- badania zorientowane na mocne lub słabe strony [Stoma 2012, s. 58–59, za: Kujawiński 1998, s. 461–462].

Przy czym wskazuje się, że najczęściej w praktyce stosuje się subiektywne metody pomiaru jakości zorientowane na klienta, a więc metody zmierzające między innymi do rozpoznania poziomu jego satysfakcji. Wybrane z nich przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Wybrane subiektywne metody pomiaru jakości zorientowane na klienta

Grupy metod	Warianty metod
Wieloatributowe metody pomiaru (WMP) – subiektywna i różnicująca ocena klientów, która zakłada, że ogólna ocena jakości jest sumą jakości cząstkowych	WMP zorientowane na „nastawienie” klienta
	WMP zorientowane na zadowolenie klienta
	Servqual
	Metoda kary-nagrody
	Metoda Vignette
Metody badania zdarzeń – zakładające, że pewne sytuacje występujące w trakcie realizacji procesów usługowych odbierane są przez klientów jako szczególnie istotne dla ich jakości	Metoda zdarzeń sekwencyjnych
	Metoda zdarzeń krytycznych (CIT)
	Metoda „Problem detecting”
	Częstotliwościowo-znaczeniowa analiza problemów FRAP
Pomiar zażaleń	Ogólny wskaźnik reklamacji
	Wskaźnik reklamacji gwarancyjnych
	Pisemne lub ustne skargi klientów

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Stoma 2012, s. 59–61, za: Kujawiński 1998, s. 461–467].

Spośród wyżej wymienionych metod, z punktu widzenia możliwości pozyskiwania informacji od klienta przydatnej w procesie doskonalenia jakości usług zdrowotnych, na uwagę, zdaniem autorki, zasługuje metoda Servqual oraz grupa metod badania zdarzeń. Ponadto należy wspomnieć również o niewymienionej w tabeli metodzie Servperf. Metoda Servqual, inaczej nazywana systemem pomiaru jakości obsługi, służy do porównania różnic, jakie występują pomiędzy oczekiwaniami klienta przed skorzystaniem z usługi a jakością postrzeganą przez klienta po jej otrzymaniu. Odnosi się ona zatem do różnicy pomiędzy stanem pożądanym a faktycznymi doświadczeniami klienta w odniesieniu do otrzymanej usługi. Warto również zwrócić uwagę na metodę Servperf (*Service Performance*), która powstała na podbudowie krytyki Servqual. Uważana jest ona za metodę prostszą od poprzedniczki z uwagi na to, że doświadczoną przez klientów jakość porównuje się ze stanem „idealnym”, nie zaś w zestawieniu z jakością oczekiwaną.

Szczególnie przydatne z punktu widzenia analizy procesu są metody badania zdarzeń. Metoda zdarzeń sekwencyjnych pozwala na ocenę sytuacji, w których następuje kontakt klienta z personelem. Jej zastosowanie w obszarze usług zdrowotnych może powodować jednak pewne trudności z uwagi na to, że wspomniane interakcje mogą występować na niemal wszystkich etapach realizacji procesu. Bardziej adekwatna w tym przypadku wydaje się metoda zdarzeń krytycznych, gdzie w trakcie wywiadu z pacjentem ustala się sytuacje bądź zdarzenia, które szczególnie pozytywnie bądź negatywnie oddziaływały na pacjenta. Kolejne dwie metody, tj. „Problem detecting” oraz FRAP, koncentrują się na analizie problemów występujących w procesie.

W trakcie planowania nowych usług zdrowotnych czy też doskonalenia już istniejących niezwykle istotnym zagadnieniem jest właściwy wybór narzędzi pozyskiwania danych od klientów. Część z nich została przedstawiona wyżej. Należy jednak zauważyć, że odnoszą się one do badania tzw. wyjścia procesu, związanego z badaniem, poziomu satysfakcji klienta. Jak już wcześniej wspomniano przy analizie procesowej oprócz satysfakcji klientów, powinno badać się ich potrzeby i oczekiwania względem usług. Ich identyfikacja i zrozumienie w przypadku usług zdrowotnych jest zadaniem bardzo trudnym i wymaga właściwego podejścia. Rozwiązań tego problemu zdaniem autorki należy poszukiwać w grupie badań jakościowych, gdzie najpopularniejszymi formami są między innymi pogłębione wywiady.

4. Wyniki badań w zakresie wykorzystania przez lubuskie szpitale metod i narzędzi zbierania i analizy informacji od klienta

Przedstawione w niniejszym opracowaniu wyniki badań pozyskano w efekcie realizacji przez autorkę w pierwszym kwartale 2016 roku przedsięwzięcia badawczego pt. „Doskonalenie jakości usług zdrowotnych”. W badaniu posłużono się narzędziem kwestionariusza ankiety, który skierowano do najwyższego kierownictwa 25 szpitali w województwie lubuskim¹, z czego poprawnie wypełnione kwestionariusze otrzy-

¹ Badaniem objęto wszystkie placówki szpitalne umiejscowione na terenie województwa lubuskiego, do których zaliczono, zgodnie z danymi Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, 25 jednostek (LUW, 2016).

mano z 14 jednostek. W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę badanych szpitali pod względem ich formy prawnej, profilu działalności oraz wielkości.

Tabela 2. Charakterystyka badanych szpitali

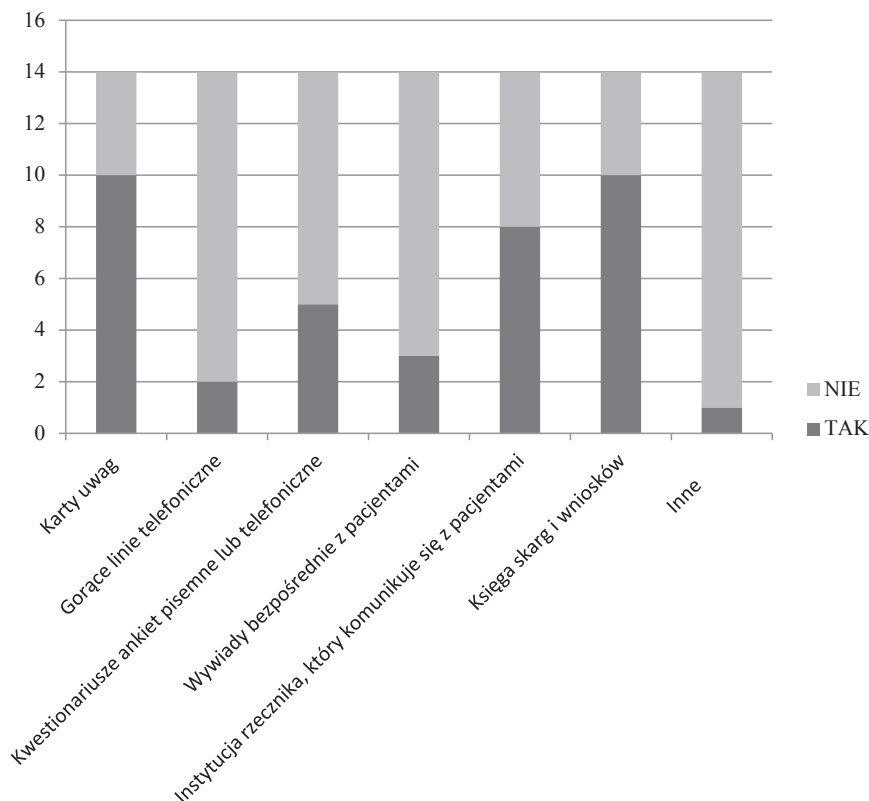
Charakterystyka	Forma prawna		Liczba szpitali	
Forma prawna	Sp. z o.o.		9	
	SP ZOZ		1	
	N ZOZ		4	
Profil działalności	Profil		Liczba szpitali	
	wielospecjalistyczny		10	
	monospecjalistyczny		4	
Wielkość	Liczba oddziałów	Liczba szpitali	Liczba łóżek	Liczba szpitali
	do 10	9	do 100	2
	od 11 do 20	2	od 101 do 500	9
	pow. 20	3	pow. 500	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

W zakresie stosowania rozwiązań systemowych 13 badanych szpitali posiada wdrożony system zarządzania jakością (np. wg normy ISO 9001), a jeden znajduje się obecnie w fazie przygotowania do wdrożenia tego systemu. Znacznie mniej, bo tylko 5 z 14 badanych jednostek, posiada akredytację Centrum Monitorowania Jakości. Natomiast tylko jeden podmiot zadeklarował wykorzystywanie w procesie doskonalenia modeli samooceny, a dwa szpitale posiadają system zarządzania środowiskowego [Ludwiczak 2016, s. 428–441]. Jak wynika z przedstawionych wyżej danych, niemal wszystkie badane jednostki posiadają wdrożony system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami normy ISO 9001. Oznacza to, że zobligowane są one do stosowania zarówno podejścia procesowego, jak i orientacji na klienta. W kwestionariuszu poproszono ankietowanych o wskazanie, z jakich metod i narzędzi najczęściej korzystają w celu pozyskania informacji od klientów. Aby zwiększyć jego przejrzystość, zestaw metod i narzędzi podzielono na dwie części, gdzie pierwsza z nich koncentruje się na procesie zbierania danych od klientów, druga zaś wymienia metody pomiaru jakości usług charakteryzujące się większym stopniem złożoności.

Najwięcej spośród ankietowanych (10 jednostek) wskazało, że w procesie pozyskiwania informacji od klienta korzysta z kart uwag (tj. kwestionariuszy ankiet, które klienci po wypełnieniu mogą wrzucić do skrzynek umieszczonych np. w widocznym miejscu na oddziale) oraz z książki skarg i wniosków. Osiem szpitali posiada instytucję rzecznika pacjenta, którego zadaniem jest m.in. komunikacja z klientem oraz zbieranie danych do doskonalenia. Znacznie mniejszy odsetek (5 jednostek) stosuje pisemne lub telefoniczne ankiety skierowane do określonej grupy respondentów. Niewiele szpitali wykorzystuje narzędzia umożliwiające uzyskanie pogłębionej informacji od klientów

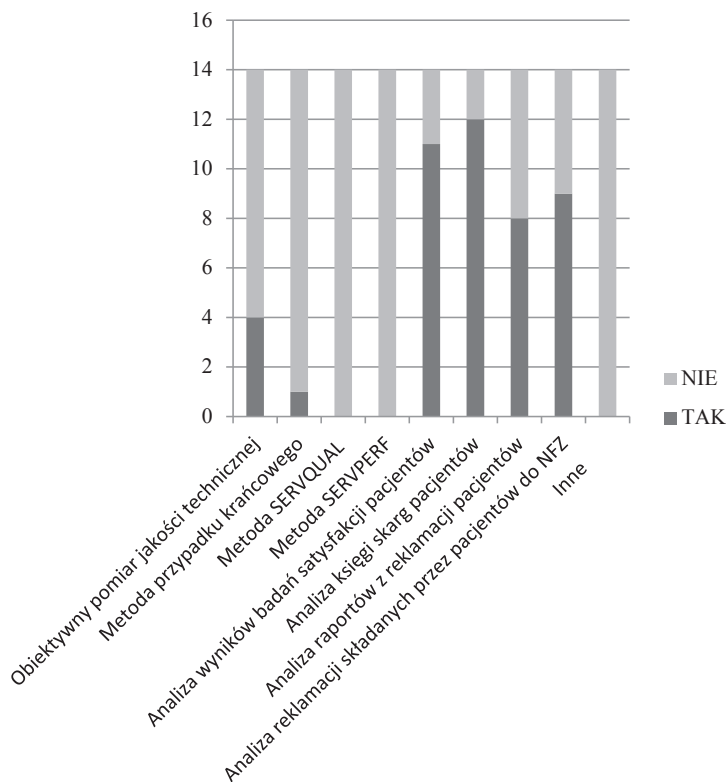
(badania jakościowe), do których zaliczyć można wywiady bezpośrednie z pacjentami (3 jednostki) oraz narzędzia pozwalające na szybkie dopasowanie usług do bieżących potrzeb pacjentów (tzw. szybką reakcję), czyli np. gorące linie telefoniczne, które umożliwiają szybkie skontaktowanie się z osobą reprezentującą szpital (2 jednostki).



Rys. 2. Narzędzia zbierania danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań własnych.

W zakresie stosowanych metod pomiaru jakości usług zdrowotnych najczęściej szpitale dokonuje analiz: księgi skarg i wniosków pacjentów (12 jednostek), wyników badań satysfakcji klientów (11 jednostek), reklamacji składanych na szpital do Narodowego Funduszu Zdrowia (9 jednostek.) oraz raportów z reklamacji pacjentów złożonych w szpitalu (8 jednostek). Cztery szpitale zadeklarowały prowadzenie obiektywnych pomiarów jakości technicznej, a jeden z nich korzystał z metody przypadku krańcowego (gdzie w osobistym wywiadzie, za pomocą otwartych bezpośrednich pytań, pacjenci są proszeni o wymienienie wszystkich zdarzeń w kontaktach z usługodawcą, które były dla niego szczególnie pozytywne lub negatywne). Żadna z jednostek nie korzystała natomiast z SERVQUAL oraz SERVPERF.



Rys. 3. Metody pomiaru jakości usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań własnych.

5. Wnioski

Ciągła i systematyczna poprawa jakości usług zdrowotnych jest istotnym czynnikiem oddziałującym na zdrowie oraz jakość życia społeczeństwa. W artykule wskazano na to, że oprócz jakości technicznej ogólną jakość usług warunkuje również jakość funkcjonalna. Aby zatem maksymalizować warunkującą tę jakość satysfakcję klientów, należy doskonalić procesy w oparciu o wymagania klienta, określone na podstawie ich potrzeb i oczekiwań. Do tego celu niezbędne jest posiadanie pełnej i wiarygodnej informacji od klienta. Celem artykułu była identyfikacja i ocena narzędzi oraz metod wykorzystywanych do pomiaru jakości usług zdrowotnych sprzyjających udziałowi klienta w procesie ich doskonalenia, w szpitalach na przykładzie woj. lubuskiego. Badania wykazały, że stosowane przez szpitale w województwie lubuskim narzędzia i metody pomiaru jakości koncentrują się na badaniu ich ogólnej satysfakcji, bez odniesienia do konkretnych procesów. Może to być uwarunkowane niskim poziomem dojrzałości funkcjonujących w nich systemów zarządzania jakością w zakresie stoso-

wania podejścia procesowego, polegającym na nierozwijaniu go ponad wymagania stawiane przez normę ISO 9001. Korzystne dla tych jednostek wydaje się być ukierunkowanie analizy procesów na pozyskiwanie informacji od klientów zarówno na wejściu, jak i wyjściu procesu, aby rozwijać proces współtworzenia przez nich usług i współdecydowania między innymi o przebiegu procesu leczenia. Przy czym pisząc tu o współdecydowaniu, autorka ma na myśli aspekty organizacyjne, a nie medyczne. Szczególnie trafionymi rozwiązaniami wydaje się zwłaszcza stosowanie przez nie metod badania zdarzeń oraz pogłębione wywiady jakościowe.

Literatura

- Bugdol M., 2011, *Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej. Teoria i praktyka*, wyd. 2, Difin, Warszawa.
- Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W., 2012, *Marketing usług*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Hammer M., 1999, *Reinżynieria i jej następstwa*, PWN, Warszawa.
- Jachimowicz-Gawęł D., Leksowski K., Bajerska J., 2015, *Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 410, UE, Wrocław.
- Jachimowicz-Wołoszynek D., Weber A., Rogala D., Skinder Ż., 2011, *Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 226, UE, Wrocław.
- Jonas A., 2014, *Postrzeganie przez klienta jego udziału w procesie kształtowania jakości usług*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 354, Usługi 2014. Wybrane uwarunkowania rozwoju usług, Wrocław.
- Juszczak G., Koperny M., Kuźma M., Czerw A., Strzępek Ł., 2014, *Oczekiwania pacjentów wobec opieki szpitalnej przy wykorzystaniu portalu społecznościowego*, Journal of Health Sciences, vol. 4(15).
- Kapała W., Skrobisz J., 2006, *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych*, Nowiny Lekarskie, nr 75, s. 4.
- Krot K., 2008, *Jakość i marketing usług medycznych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Kujawiński J., 1998, *Niektóre metody oceny jakości usług*, Marketing 2001, t. 2, Katedra Turystyki i Usług Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot, s. 461–462.
- Lewandowski R., 2008, *Pomiar jakości usług medycznych z wykorzystaniem metody SERVQUAL*, Problemy Jakości, nr 9.
- Ludwiczak A., 2016, *Customer requirements and the quality improvement of health care services*, Management, vol. 20, no. 2.
- Norma PN-EN ISO 9000:2006, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2006.
- Norma PN-EN ISO 9001:2015-10, *Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2015.
- Norma PN-EN ISO 9004:2010, *Zarządzanie ukierunkowane na trwały sukces organizacji. Podejście wykorzystujące zarządzanie jakością*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2010.
- Robaszkiewicz-Bouakaz R., Gawrońska K., Jurczak A., Wieder-Huszla S., Szkup M., Starczewska M., Stanisławska M., Grochans E., 2015, *Oczekiwania wobec ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wśród osób pozbawionych wolności*, Medical & Health Sciences Review, vol. 1(1).

- Rosiek A., Leksowski K., 2012, *Infrastruktura szpitala a satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego. Analiza czynników wpływających na satysfakcję z leczenia szpitalnego u chorych po cholecystektomii laparoskopowej*, XVI Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków, 28–29 V 2012. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Rotter I., Stańczak K., Laszczyńska M., Kemicer-Chmielewska E., Żułtak-Bączkowska K., Jasińska M., Karakiewicz B., 2013, *Oczekiwania wsparcia emocjonalnego pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od wybranych czynników demograficznych*, Family Medicine & Primary Care Review, vol. 15(3).
- Rummler G.A., Brache A.P., 2000, *Podnoszenie efektywności organizacji. Jak zarządzać „białymi plamami” w strukturze organizacyjnej?*, PWE, Warszawa.
- Stabryła A., 1984, *Analiza systemowa procesu zarządzania*, Ossolineum, Wrocław.
- Stoma M., 2012, *Modele i metody pomiaru jakości usług*, Q&R Polska Sp. z o.o., Lublin.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.
- Vargo S.L., Lusch R.F., 2004, *Evolving to a new dominant logic marketing*, Journal of Marketing, vol. 68, no. 1.
- Vargo S.L., Lusch R.F., 2008, *Service-dominant logic: continuing the evolution*, Journal of the Academy of Marketing Science, vol. 36, no. 1.
- Waszkiewicz A., Białecka B., 2012, *Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria Organizacja i Zarządzanie, z. 63a, nr kol. 1891.
- Zieniuk A., 2009, *Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego*, Psychoonkologia, nr 1–2.