

Karolina Garbacz, Dariusz Guziak

Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem

Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 28, 37-51

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Karolina Garbacz

Uniwersytet Szczeciński

Dariusz Guziak

Uniwersytet Szczeciński

ZNACZENIE JAKOŚCI W USŁUGACH MEDYCZNYCH W ZARZĄDZANIU SZPITALEM

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie znaczenia jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem. Znaczenie jakości w odniesieniu do zarządzania szpitalem będzie rozpatrywane w oparciu o szeroką definicję tego pojęcia, co oznacza wskazanie jej ważności z punktu widzenia nie tylko kadry zarządzającej, ale także pracowników, świadczeniobiorców i płatnika.

Słowa kluczowe: jakość, usługi medyczne, zarządzanie.

Wprowadzenie

Współczesne realia zwracają szczególną uwagę na znaczenie jakości usług świadczonych we wszystkich gałęziach gospodarki. Powodowane jest to zarówno przez rozwój technologii, wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań z zakresu zarządzania, wzrost konkurencyjności na poszczególnych rynkach krajowych oraz światowych, jak również przez podwyższenie świadomości klientów co do własnych oczekiwań i wymagań.

Omawiane w niniejszym artykule usługi medyczne należą do kategorii usług najbardziej pożądanych przez społeczeństwo. Nie ma bowiem osoby, która choć raz w swoim życiu nie skorzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej. Należy wspomnieć także, że usługi medyczne wchodzą w skład grupy najbardziej specyficznych usług, które nie mogą być jednakowo dookreślone ze względu na swoją charakterystyczną wartość ilościową, jakościową, kosztową i dochodową. Usługi te charakteryzują się także dużą pracochłonnością i niepewnością pozytywnego rezultatu ich wykonania.

Placówki medyczne poprzez polepszanie jakości oferowanych usług dążą do zdobycia optymalnej liczby klientów (pacjentów), co zwiększa szanse na ich sprawne funkcjonowanie i całkowite wykorzystanie kontraktu z NFZ. Należy zaznaczyć, że wzrost poziomu jakości usług medycznych jest dodatkowo wymuszany przez oczekiwania pacjentów oraz ustawodawcę regulującego przepisami problematykę jakości. Z tego względu celem artykułu jest wykazanie, że jakość realizowanych świadczeń medycznych nie zawsze idzie w parze z osiąganym efektem finansowym, szczególnie w sytuacji, kiedy funkcja płatnika jest zmonopolizowana i ograniczona do jednej instytucji. W tym celu przeprowadzono analizę relacji płatnik–świadczeniobiorca i ich wpływu na jakość realizowanych świadczeń ze szczególnym uwzględnieniem konkurencji między świadczeniodawcami.

1. Definiowanie jakości w usługach medycznych

Już w czasach starożytnych ludzie domagali się rzetelnego i zgodnego z ich wymaganiami wykonania zleconej usługi, co w konsekwencji przyczyniło się do powstania pojęcia jakości. Ze starożytności też wywodzi się zwyczaj karania usługodawcy za nienależyte wykonanie usługi. Przykładowy wykaz kar stosowanych za poszczególne uchybienia można znaleźć m.in. w Kodeksie Hammurabiego z 1750 r. p.n.e.). Należy zaznaczyć, że kary uzależnione były od dziedziny usług, a najsurowszą z nich była kara śmierci.

Za twórcę omawianego terminu uznaje się znanego myśliciela i filozofa Platona¹, który jako pierwszy nakreślił definicję jakości, twierdząc, że „jakość

¹ K. Opolski, G. Dykowska, M. Mózdzanek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny*, CeDeWu, Warszawa 2005, s. 35.

jest to pewien stopień doskonałości”. Powyższe stwierdzenie stanowiło zaczątek dla kształtowania się koncepcji jakości, stanowiącej istotny element w rozwoju społeczeństwa. Obecnie w literaturze spotkać można znaczną liczbę proponowanych definicji interesującego nas pojęcia. Wynika to przede wszystkim z subiektywnego spojrzenia na dany problem przez każdego człowieka. Należy jednak w tym miejscu przytoczyć najważniejsze definicje największych autorytetów z omawianej dziedziny, twierdzących, że jakość to: P.B. Crossy – „zgodność z wymaganiami”², E.W. Deming – „Przewidywany stopień jednorodności i niezawodności przy możliwie niskich kosztach dopasowaniu do wymagań rynku”³, J.M. Juran – „Przydatność użytkowa”⁴.

Jak zostało wspomniane we wstępie niniejszego artykułu, to właśnie gwałtowny rozwój technologiczno-informatyczny, globalizacja rynków oraz wciąż zmieniające się preferencje klientów zmusiły przedsiębiorstwa do poszukiwania skutecznych rozwiązań umożliwiających im dalszą egzystencję we współczesnym świecie. Jednym z takich rozwiązań stało się wprowadzenie wysokich norm jakości, jakimi powinna szczyścić się każda wprowadzona na rynek usługa. Tak też stało się w przypadku zakładów opieki zdrowotnej, które nie tylko chcą, lecz obecnie wręcz muszą świadczyć usługi na najwyższym poziomie w celu zadowolenia nie tylko pacjentów (klientów), ale wszystkich uczestników obszaru, w którym działają.

Zdefiniowanie terminu jakości usług medycznych, czyli zawężenie pojęcia tylko do jednego obszaru gospodarki, nie jest sprawą prostą. Wynika to ze specyficznego charakteru usług medycznych, będących składową następujących cech⁵: społeczny charakter, nieoczekiwany odbiór usługi, przymus oddzielenia funkcji płatnika i usługobiorcy, niepewność i ryzyko (skutek usługi i odpłatność za jej wykonanie). Konsolidując zebrane elementy, można definicję jakości usług medycznych rozpatrywać jako⁶:

² M. Sobkowski, R. Staszewski, *Jakość w opiece zdrowotnej. Zewnętrzne systemy oceny jakości ISO*, Konferencja naukowa, Swarzędz 2003, s. 88–98.

³ www.jakosc.pl, 13.03.2012.

⁴ J.M. Juran, *Upper Management and Quality*, Juran Institute, Nowy Jork 1982, s. 72.

⁵ www.jakosc.biz, 13.03.2012.

⁶ *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznej*, red. T.B. Kulik, M. Latański, wyd. Czelej, Lublin 2002, s. 117.

1. Zgodność z wyznaczonymi standardami, czyli dostosowanie dostarczanych usług do wymaganych bądź zalecanych norm.
2. Użyteczność dla odbiorcy sprecyzowaną poprzez jego określone wymagania.

W 1951 roku powstała znacząca organizacja podejmująca działania w obszarze jakości w ochronie zdrowia. Zespólna Komisja do spraw Akredytacji Szpitali (Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) swoimi działaniami objęła następujące obszary⁷:

- opracowanie standardów jakości,
- opracowanie wskaźników jakości,
- opracowanie wytycznych postępowania w określonych sytuacjach klinicznych,
- opracowanie systemu zbierania i przetwarzania danych,
- opracowanie systemu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej.

Jednocześnie JCAHO dokonała zdefiniowania pojęcia jakości w ochronie zdrowia, podając, że jest to „stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów”⁸.

Wymiar jakości i jej znaczenie zależy niewątpliwie od subiektywnego spojrzenia badanej grupy. Wynika to z wielości interesów, którymi kierują się zainteresowani. Pacjenci zwracają uwagę przede wszystkim na wynik uzyskany z danej usługi oraz na materialne elementy danego świadczenia. Pracownicy skupiają się na wykonaniu danej usługi w sposób najbardziej profesjonalny i rzetelny, oparty na wiedzy. Władze danej placówki na konkurencyjności, nowoczesności oraz bardzo ważnym końcowym aspekcie finansowym związanym z podażą danej usługi.

⁷ www.mz.gov.pl, 9.03.2012.

⁸ *Zdrowie publiczne, op.cit.*, s. 117.

2. Znaczenie jakości usług medycznych w zarządzaniu szpitalem z punktu widzenia poszczególnych uczestników rynku medycznego

Rynek usług medycznych stanowi złożoną sieć powiązań między poszczególnymi jego elementami. Świadczenia zdrowotne ze swojej natury z trudem poddają się analizie, a ich ocena pod względem jakości w istotny sposób zależy od tego, kto jej dokonuje i jakimi kryteriami się kieruje. Analiza przebiegu oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych winna rozpocząć się od ustalenia, jakie podmioty są uczestnikami rynku medycznego i jaką pozycję w nim zajmują. Zarządzanie szpitalem z uwzględnieniem jakości świadczonych przez ten podmiot usług medycznych do pewnego stopnia zdeterminowane jest przez fakt, do jakiego odbiorcy skierowana jest usługa i – co nie mniej ważne – jaki podmiot występuje w roli płatnika. Jakość sama w sobie nie jest celem do osiągnięcia. Celem podstawowym jest takie świadczenie usług, które przynosi maksymalne zyski. Mowa tu nie tylko i nie przede wszystkim o zyskach wymierzonych dających się przełożyć na sukces finansowy szpitala, ale również o konkretnych zyskach dla indywidualnego świadczeniobiorcy oraz dla społeczności lokalnej, na terenie której działa dany zakład opieki zdrowotnej. Rozpatrując znaczenie jakości dla zarządzania szpitalem jako przedsiębiorstwem, należy wziąć pod uwagę przede wszystkim wielkość nakładów poniesionych w celu zapewnienia optymalnej jakości usług do osiągniętych przez szpital zysków. Zmiany wprowadzone przez ustawę o działalności medycznej rozróżniają dwa rodzaje podmiotów świadczących usługi medyczne⁹:

- podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcą,
- podmioty lecznicze będące przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (DzU z 2010 r., nr 220, poz. 1447 i nr 239, poz. 1593) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej.

Szpital będący przedsiębiorcą ze swej natury musi być instytucją nastawioną na osiągnięcie zysku. Zarządzanie szpitalem w aspekcie jakości świadczonych usług nie może być prowadzone w oderwaniu od istniejącej rzeczywistości i obowiązujących uregulowań prawnych. Zgodnie z nimi na rynku świadczeń

⁹ Art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654.

zdrowotnych istnieją trzy podmioty o kluczowym znaczeniu dla systemu opieki zdrowotnej:

- świadczeniobiorca – podmiot korzystający z usług zdrowotnych,
- świadczeniodawca – podmiot udzielający usługi zdrowotne,
- płatnik – podmiot finansujący usługi zdrowotne.

Przedstawiony wyżej podział jest niezwykle uproszczony i w rzeczywistości funkcje płatnika, świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy przeplatają i przenikają się wzajemnie. Na przykład świadczeniobiorca może być jednocześnie płatnikiem, w przypadku gdy samodzielnie pokrywa koszty udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Zarządzanie jakością świadczeń zdrowotnych w szpitalu ma wymiar wieloaspektowy. Możemy mieć do czynienia z sytuacją, gdy odbiorcą usług medycznych szpitala jest świadczeniobiorca ubezpieczony przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dla tego typu świadczeniobiorcy najbardziej istotnym elementem jest osiągnięcie podstawowego celu, jakim jest powrót do zdrowia lub zatrzymanie postępu choroby i możliwość prowadzenia życia na możliwie najwyższym poziomie. Pojawia się tu pytanie, czy szpital jest zainteresowany udzieleniem świadczeń najwyższej jakości? Odpowiedź tylko z pozoru wydaje się oczywista. Działają tutaj mechanizmy związane z procesem kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można założyć, że świadczenie usług na najwyższym poziomie zachęci dotychczasowych klientów do ponownego odwiedzenia konkretnego szpitala (jeżeli zajdzie taka potrzeba) oraz spowoduje pojawienie się nowych klientów zachęconych dobrą opinią o szpitalu. W tym momencie pojawia się problem. Szpital poniósł konkretne koszty związane z wytworzeniem usługi najwyższej jakości, czego efektem jest pojawienie się dużej liczby potencjalnych klientów generujących realne koszty, ale też adekwatny przychód. Na obecnym poziomie finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ nie zawsze to ma miejsce. Kontraktując świadczenia zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia, szpital umawia się na wykonanie konkretnej liczby świadczeń, która nie do końca wynika z możliwości szpitala, a raczej z możliwości finansowych NFZ. Szpital cieszący się dobrą renomą zaczyna świadczyć usługi, za które Narodowy Fundusz Zdrowia nie chce bądź nie może zapłacić. Z punktu widzenia zarządzania przez jakość szpitala efekty są niepożądane i szkodliwe dla przedsiębiorstwa. Pojawia się strata finansowa będąca konsekwencją wytworzenia usług, które niosą za sobą określony koszt, a nie generują adekwatnego przychodu.

Diametralnie inną sytuacją jest świadczenie przez szpital usług w pełni komercyjnych. W tym przypadku im wyższa jakość i lepsza marka szpitala, tym wyższy przychód. Działalność taka oparta jest na zdrowych zasadach rynkowych prowadzących do maksymalizacji zysku przy optymalnych nakładach.

Przedstawione wyżej dwa skrajne przykłady są jedynie zasygnalizowaniem problemu. Między nimi istnieje całe spektrum możliwości, które wykorzystane w zarządzaniu szpitalem mogą prowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu. Szpital jako przedsiębiorstwo funkcjonujące w określonych warunkach otoczone jest przez inne podmioty świadczące te same usługi medyczne, przez co musi z nimi konkurować i kooperować. Ponadto funkcjonuje w otoczeniu płatników usług medycznych, którzy stawiają konkretne wymagania. Sam szpital w końcu jako złożona struktura organizacyjna, rządząca się własnymi uregulowaniami wewnętrznymi, stawia ogromne wymagania przed zarządzającymi, którym muszą oni sprostać.

3. Metody zapewnienia jakości i jej prawne uwarunkowanie

Usługi medyczne, jak wcześniej wspomniano, należą do charakterystycznej grupy usług mających ogromny wpływ i znaczenie dla człowieka. Są to bowiem usługi, których wykonanie przy użyciu nieodpowiedniego sprzętu w niedostosowanym do tego miejscu i przez nieodpowiedni personel może doprowadzić do trwałego uszczerbku na zdrowiu lub utraty życia dla przyjmującego określoną usługę. Jest to główna i najważniejsza przyczyna wyjaśniająca, dlaczego jakość ma tak ogromne znaczenie w ochronie zdrowia. W związku z koniecznością rozwiązywania tego problemu wprowadzono metody mające na celu zapewnienie jakości. Są to¹⁰:

1. Metody wewnętrzne – opracowywane i wdrażane przy użyciu własnych zasobów programy zapewnienia jakości przez zakłady opieki zdrowotnej. Do głównych metod zalicza się tu m.in.: dokonywane przez kadrę kierowniczą badanie i ocena jakości opieki pielęgniarskiej, monitorowanie zdarzeń niepożądanych (szczególnie zakażeń szpitalnych) i wdrażanie programów zapobiegania. Do stosowanych powszechnie badań należy badanie satys-

¹⁰ B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, *Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Założenia teoretyczne*, wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 465–466.

fakcji pacjentów, które stanowi jednocześnie wskaźnik efektywności. Bada on bowiem poziom zadowolenia pacjentów poprzez ich indywidualną i subiektywną ocenę podyktowaną ich oczekiwaniami i wymaganiami.

2. Metody zewnętrzne – są stosowane wobec wszystkich zakładów na terenie całego kraju przez nadrzędne instytucje, grupy ekspertów bądź pozarządowe organizacje zajmujące się certyfikowaniem wytwórców wyrobów usług;
 - licencjonowanie – obejmuje zarówno publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Zależy to od ustawodawcy i wpływa na dystrybucyjne (poprzez poprawę ich geograficznego rozmieszczenia polepsza dostęp do usług medycznych) i jakościowe (poprzez promowanie wybranych ośrodków) aspekty licencjonowania¹¹. Wpływa także na efektywność dostarczania świadczeń medycznych i pomaga w ograniczeniu kosztów,
 - rekomendacja – to zestaw wytycznych i zaleceń dotyczących wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych. Wydawana jest przez zespoły ekspertów-konsultantów krajowych lub wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycznych, pielęgniarstwa, opieki położniczej albo instytuty naukowo-badawcze¹²,
 - certyfikat – poświadczenie zapewniające, że wyrób, proces lub usługa są zgodne z określoną normą lub przepisem prawnym¹³. Wydawany jest przez uprawnione jednostki certyfikujące. Wpływa na poprawę jakości i utrzymanie jej na wymaganym poziomie we wszystkich obszarach poprzez m.in.: pogłębianie świadomości personelu, monitorowanie wskaźników jakości, podnoszenie stopnia zadowolenia klientów,
 - akredytacja – to formalne oświadczenie wydane przez upoważnioną jednostkę w celu potwierdzenia, że dana organizacja lub osoba jest kompetentna do wykonywania określonych zadań. Zakładom opieki zdrowotnej, które uzyskały wysoką ocenę zgodności, akredytacja nadawana jest przez Krajową Radę Akredytacyjną. Według Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Polsce akredytację posiada 112 szpitali (stan na 09.02.2012 r.)¹⁴.

¹¹ Raport TNO, *Standardy świadczeń zdrowotnych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce: Kontrakt nr 3.4.1.41. Opracowanie i wdrożenie systemu licencjonowania działalności medycznej w oparciu o potrzeby zdrowotne*, sierpień 2001, s. 42.

¹² B. Ślusarska, *op.cit.*, s. 465–466.

¹³ www.centrum.jakosci.pl, 15.03.2012.

¹⁴ www.cjm.org.pl, 15.03.2012.

W Polsce zagadnienia jakości usług medycznych regulowała jeszcze do niedawna ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁵. Odnosiła się do obszarów działalności zakładu opieki zdrowotnej, rozwiązując między innymi kwestie dotyczące¹⁶:

- pomieszczeń i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,
- standardów postępowania i procedur medycznych,
- sposobu nabywania i stosowania wyrobów medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej,
- świadczeń zdrowotnych, które winny być udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny,
- wymagań wobec osób zajmujących stanowiska kierownicze.

Obecnie sprawy jakości reguluje ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r. Nie mniej jednak rząd widzi konieczność głębszego skupienia się nad problemem jakości w służbie zdrowia, dlatego trwają prace nad projektem ustawy o jakości w ochronie zdrowia określającej m.in.¹⁷:

1. zasady i tryb funkcjonowania systemu monitorowania i oceny jakości w ochronie zdrowia;
2. zasady i tryb różnicowania poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie lecznictwa szpitalnego;
3. zasady prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością przez podmioty wykonujące działalność leczniczą;
4. zasady i tryb udzielania oraz cofania akredytacji;
5. zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji do spraw Jakości w Ochronie Zdrowia, zwaną dalej „Agencją”, i Rady Akredytacyjnej działającej przy prezesie Agencji, zwanej dalej „Radą Akredytacyjną”;
6. zasady prowadzenia oceny zewnętrznej przez Agencję;
7. zasady sprawowania nadzoru nad Agencją.

Rząd poprzez nową ustawę chce umożliwić obiektywną ocenę jakości świadczonych usług przez zakłady opieki zdrowotnej, wprowadzić agencję

¹⁵ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., DzU 1991, nr 91, poz. 408 z późn. zm.

¹⁶ www.mz.gov.pl, 09.03.2012.

¹⁷ www.rynekzdrowia.pl/Pliki/113510.html, 14.03.2012.

ds. jakości w ochronie zdrowia. Ustawa ma gwarantować jednostkom, które osiągną wymagany poziom akredytacji, premie w postaci 3% wartości kontraktu z NFZ. Jak twierdzi minister zdrowia B. Arłukowicz, ustawa o jakości ma stworzyć podstawy dla rzetelnego systemu wyceny świadczeń medycznych. Ocena świadczeń medycznych pod kątem jakości oparta będzie na tych samych kryteriach, jakie brane są pod uwagę przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przy udzielaniu akredytacji.

4. Badanie i ocena jakości usług medycznych

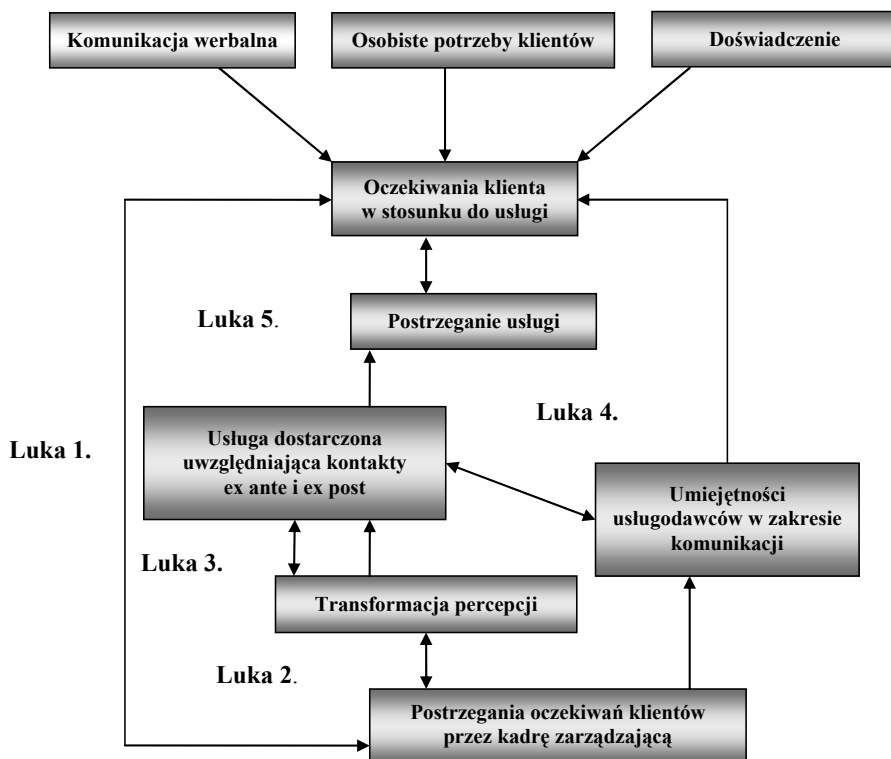
Zadowolenie pacjenta z usług danego szpitala jest podstawowym determinantem warunkującym sukces placówki. Należy jednak pamiętać, że spełnienie oczekiwań klientów po pierwsze nie jest łatwe, a po drugie uwarunkowane przez wiele czynników. Na jakość świadczonej usługi składa się bowiem jakość całej jednostki. W związku z tym kadra zarządzająca powinna podejmować wszelkie działania zmierzające do uzyskania informacji o oczekiwaniach i wymaganiach pacjentów celem lepszego dostosowania usług.

Do powszechnie stosowanych metod badania jakości w ochronie zdrowia należą metoda Servqual oraz jej uproszczona wersja metoda Servperf¹⁸. Metoda Servqual została opracowana w latach 1983–1985 przez A. Parasurmana, V.A. Zeithamla oraz L. Berry'ego. Metoda bada poziom jakości usługi poprzez dokonanie pomiaru różnic między subiektywnym postrzeganiem usługi a faktycznym poziomem zaspokajania oczekiwań (różnica między usługą otrzymaną a oczekiwaną)¹⁹.

¹⁸ J.J. Cronin, S.A. Taylor, *Servpref versus Servqual: reconciling performance- based and perceptions – minus- expectations measurement of service quality*, „Journal of Marketing” 1994, nr 58, s. 126–130.

¹⁹ D. Chmielewski, *Servqual – Metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, „Zarządzanie Jakością” 3/2008 (13), http://www.dgc.pl/pliki/pl/art/2009servqual/DGC_Art_kul_Servqual.pdf, 13.03.2012.

Rys. 1. Model jakości usług



Źródło: A. Paraserman, V.A Zeithaml, L. Berry, *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, „Journal of Marketing”, Fall 1985, s. 49.

Poprzez wyróżnienie pięciu luk w modelu jakości usług możliwe jest ustalenie głównych przeszkód mających znaczenie dla indywidualnego postrzegania jakości danej usługi²⁰:

- Luka 1 wskazuje na różnicę między oczekiwaniami zarządzających a oczekiwaniami klientów.

²⁰ M. Sobkowski, M.D. Głowacka, *Zastosowanie modelu Servqual w procesie oceny usług medycznych*, „Nowiny Lekarskie” 2005, r. 74 nr 2, s. 163–167.

- Luka 2 to różnica między postrzeganiem oczekiwań pacjentów przez kierownictwo i jakością specyfikacji usług.
- Luka 3 to różnica między specyfikacją jakości danej usługi a faktyczną jakością jej świadczenia.
- Luka 4 określa różnicę pomiędzy jakością danej usługi a informacją posiadaną przez świadczeniobiorcę.
- Luka 5 mierzy różnicę między jakością usługi dostarczonej a odbieranej przez pacjentów.

Cztery pierwsze luki wskazują na spadek jakości w danej placówce, natomiast luka 5 pokazuje braki danej usługi z punktu widzenia pacjenta. Metoda Servqual ma duże znaczenie w praktyce, bowiem poprzez zastosowanie narzędzia badawczego, jakim jest kwestionariusz, możliwe jest wskazanie i zrozumienie problemów związanych z jakością świadczonych usług, a w konsekwencji zastosowanie środków naprawczych i udoskonalenie danej usługi.

Druga metoda pomiaru jakości usług, metoda Servperf, w przeciwieństwie do metody Servqual, nie bada oczekiwań pacjentów co do jakości, a jedynie jej postrzeganie przez nich. W związku z faktem, że jest to wersja uproszczona, łatwiej ją zastosować. Zawiera mniej pytań, przez co jest mniej pracochłonna i dostępniejsza w swej formie dla ankietowanych. Opiera się na skali porządkowej pięcio- lub siedmiostopniowej wartościującej określone cechy najważniejsze z punktu widzenia pacjenta. W konsekwencji poprzez obliczenia tzw. median wyznacza mocne i słabe strony badanej usługi. Metodę tę należy jednak stosować wyłącznie do tej grupy usług, w której powyższe uproszczenie nie będzie fałszowało wyniku przeprowadzonego badania.

Do przeprowadzenia badań, a następnie dokonania oceny ich wyników niezbędne jest wykorzystanie podziału jakości na pięć następujących obszarów najważniejszych dla pacjenta²¹:

- wymiar materialny – zewnętrzny i wewnętrzny wygląd placówki medycznej,
- niezawodność – rzetelne i zgodne z przyjętymi normami świadczenie usługi,
- szybkość i gotowość reakcji do spełnienia oczekiwań pacjenta,

²¹ *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautscha, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 327–329.

- profesjonalizm – wykonywanie swoich obowiązków w oparciu o wiedzę i doświadczenie,
- empatia – właściwe odczuwanie uczuć i potrzeb pacjentów.

Wyżej wymienione obszary stanowią podstawę do stworzenia narzędzia badawczego (kwestionariusza) metody Servqual i Servperf. Dzięki określeniu obszarów najważniejszych z punktu widzenia klienta można dokonać końcowej oceny jakości świadczonej usługi. Ujemne wartości rezultatu Servqual (różnica między oczekiwaniami klientów a faktycznym doznaniem otrzymanej usługi) są sygnałem niskiej jakości usługi. Przykładowo: przyjmując, że wartość oczekiwana odnosząca się do profesjonalizmu kadry medycznej ma wynosić 5 punktów, przy czym w rzeczywistości został on oceniony przez respondentów jedynie na 3 punkty. Różnica wskazuje, że wybrany obszar otrzymał wartość ujemną, tj. -2 punkty. Należy jednak pamiętać, że oczekiwania klientów (pacjentów) zawsze są maksymalne, co skutkuje tym, że w praktyce rzeczywista usługa nigdy nie przewyższy ich oczekiwań. Wątpliwości natomiast nie budzą wartości dodatnie, które zawsze świadczą o zgodności jakości z oczekiwaniami klientów.

Podsumowanie

Jakość świadczonych usług medycznych ma ogromne znaczenie dla wszystkich uczestników rynku świadczeń zdrowotnych, zarówno dla ich odbiorców, jak i podmiotów realizujących te zadania oraz płatnika. Równowaga między ponoszonymi nakładami na zapewnienie świadczeń możliwie najwyższej jakości a osiągniętymi z tego tytułu przychodami jest źródłem sukcesu dla wszystkich stron systemu ochrony zdrowia. Warto w tym miejscu pamiętać o fakcie, że system opieki zdrowotnej jest w fazie rewolucyjnej transformacji. Nowe uregulowania prawne stawiają przed zarządzającymi szpitalem nieznanne do tej pory wyzwania, które determinują podejmowanie działań dotychczas niestosowanych, również w odniesieniu do jakości świadczonych usług. Warto więc konfrontować teoretyczne podstawy zapewnienia jakości z praktyką dnia codziennego. Tylko w ten sposób możliwe jest wypracowanie właściwych oraz najbardziej efektywnych zasad postępowania w zarządzaniu szpitalem.

Literatura

- Cronin J.J., Taylor S.A., *Servpref versus Servqual: reconciling performance- based and perceptions – minus expectations measurement of service quality*, „Journal of Marketing” 1994, nr 58.
- Juran J.M., *Upper Management and Quality*, Juran Institute, Nowy Jork 1982.
- Opolski K., Dykowska G., Mózdzanek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny*, CeDeWu, Warszawa 2005.
- Paraserman A., Zeithaml V.A., Berry L., *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, „Journal of Marketing”, Fall 1985.
- Sobkowski M., Głowacka M.D., *Zastosowanie modelu Servqual w procesie oceny usług medycznych*, „Nowiny Lekarskie” 2005, r. 74 nr 2.
- Sobkowski M., Staszewski R., *Jakość w opiece zdrowotnej. Zewnętrzne systemy oceny jakości ISO*, konferencja naukowa, Swarzędz 2003.
- Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Założenia teoretyczne*, wyd. Czelej, Lublin 2008.
- Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautscha, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznej*, red. T.B. Kulik, M. Latański, wyd. Czelej, Lublin 2002.

Dokumenty i materiały

- Raport TNO, *Standardy świadczeń zdrowotnych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*: Kontrakt nr 3.4.1.41. Opracowanie i wdrożenie systemu licencjonowania działalności medycznej w oparciu o potrzeby zdrowotne, sierpień 2001.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej DzU 2011, nr 112, poz. 654.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 r., nr 91, poz. 408 z późn. zm.

Źródła internetowe

- Chmielewski D., *Servqual – metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, „Zarządzanie Jakością” 3/2008, http://www.dgc.pl/pliki/pl/art/2009servqual/DGC_Artykuł_Servqual.pdf, 13.03.2012.
- www.centrum.jakosci.pl, 15.03.2012.
- www.cjm.org.pl, 15.03.2012.

www.jakosc.biz, 13.03.2012.

www.jakosc.pl, 13.03.2012.

www.mz.gov.pl, 9.03.2012.

www.rynekzdrowia.pl/Pliki/113510.html, 14.03.2012.

MEANING OF QUALITY IN MEDICAL SERVICES IN HOSPITAL MANAGEMENT

Summary

This article aims at presenting the meaning of quality in medical services in hospital management. The meaning of quality in terms of hospital management will be considered basing on the wide spectrum of this subject, which means pointing at its importance not only from the point of view of the managerial staff but also from the point of view of employees and service providers as well as the payer.

Keywords: quality, medical services, management.

Translated by Agata Kania