

Grzegorz Zieliński

Percepcja jakości usług zdrowotnych w ujęciu relacyjnym

Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 39/2, 273-283

2015

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.

Grzegorz Zieliński*

Politechnika Gdańska

PERCEPCJA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH W UJĘCIU RELACYJNYM

STRESZCZENIE

W artykule zostały zaprezentowane podstawowe aspekty dotyczące jakości usług zdrowotnych. Autor odniósł się do głównych grup interesariuszy tego typu usług, a następnie zaprezentował model powiązań pomiędzy tymi grupami a pacjentem. Zaprezentowane zostały także badania związane z głównymi determinantami jakości usług zdrowotnych w percepcji pacjentów, odnosząc się jednocześnie do ich oczekiwań względem poszczególnych grup interesariuszy.

Słowa kluczowe: usługi, jakość, opieka zdrowotna, zarządzanie relacjami

Wstęp

Doskonalenie jakości usług zdrowotnych stanowi bardzo istotną kwestię, która wiąże się bezpośrednio ze specyfiką tego typu usług. Oczywisty jest bowiem fakt, iż mają one bezpośredni wpływ na zdrowie i życie ludzkie. W takim przypadku trudno jest zatem mówić o wystarczającym poziomie jakości, gdyż tak naprawdę niezbędne jest ciągle poszukiwanie koncepcji pozwalających na ich doskonalenie¹.

* Adres e-mail: Grzegorz.Zielinski@zie.pg.gda.pl

¹ Szerzej o koncepcjach doskonalenia jakości w usługach zdrowotnych w opracowaniu: G. Zieliński, *Quality Improvement in Health Care Services*, w: L. Zawadzka (red.), *The modern modeling conceptions of business systems – practice and theory*, Wyd. Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2009.

Każdy z klientów tego typu usługi będzie definiował swoje oczekiwania, a zgodnie z występującymi w literaturze definicjami jakości stopień spełnienia wymagań klienta będzie definiował określony poziom jakości². Duży stopień złożoności samej usługi będzie związany w głównej mierze z interakcją pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, jednakże w cały proces usługi zdrowotnej zaangażowanych jest szereg interesariuszy, pomiędzy którymi występują powiązania relacyjne. Każda z tych grup będzie podejmowała próby definiowania swoich oczekiwań wobec usługi poprzez zarówno świadome, jak i nieświadome oczekiwania kierowane wobec poszczególnych grup interesariuszy. Spośród tych wszystkich grup kluczowy będzie oczywiście pacjent. Wiąże się to chociażby z podejściem do kompleksowego zarządzania jakością ukierunkowanego m.in. na orientację na klienta³. Stąd też istotne jest podjęcie próby zidentyfikowania oczekiwań pacjenta wobec poszczególnych grup interesariuszy, które to oczekiwania mogą przełożyć się w dalszej konsekwencji na jego percepcje jakości tego typu usług.

Celem niniejszego opracowania jest zatem próba zbudowania mapy powiązań relacyjnych pomiędzy pacjentem a pozostałymi interesariuszami, a także identyfikacja oczekiwań pacjentów wobec poszczególnych grup, które mogą wpływać na percepcję jakości usług zdrowotnych. Autor ze względu na specyfikę różnych podmiotów leczniczych zawęził swoje rozważania do placówek szpitalnych.

1. Specyfika usług zdrowotnych

Usługi zdrowotne poza klasycznymi cechami⁴ odróżniającymi je od wyrobów materialnych cechują się szeregiem innych, które odzwierciedlają ich specyfikę. Wynika to w sposób bezpośredni ze zdefiniowania samej usługi zdrowotnej jako

² M. Urbaniak, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2004, s. 13–14.

³ Analiza orientacji na klienta w podmiotach leczniczych została zaprezentowana szerzej w: G. Zieliński, *Wzrost konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej poprzez orientację na klienta*, w: Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego nr 4/1 2010; a także: G. Zieliński, *Determinanty orientacji na klienta w nowoczesnym zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, w: M. Boguszewicz-Kreft (red.), *Trendy i wyzwania współczesnego marketingu*, Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, t. 21, Gdańsk 2013.

⁴ Patrz szerzej m.in. A. Payne, *Marketing usług*, Wyd. PWE, Warszawa 1997, s. 21; B. Hollins, S. Shinkins, *Zarządzanie usługami. Projektowanie i wdrażanie*, Wyd. PWE, Warszawa 2009, s. 24–25; A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing usług*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 15–18; D. Waters, *Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi*, Wyd. PWN, Warszawa 2001, s. 46.

„działania służącego zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”⁵. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na szereg cech, do których zaliczyć można m.in.:⁶

- złożoność procesu świadczenia usługi zdrowotnej,
- stres pacjenta przed i podczas procesu,
- stałą interakcję z personelem medycznym,
- wymóg fachowej wiedzy wobec personelu medycznego przy jednoczesnej asymetrii wiedzy i informacji,
- sytuacje z ograniczoną suwerennością i decyzywnością pacjenta,
- brak gwarancji skuteczności.

Tym samym można stwierdzić, iż specyfika usługi zdrowotnej może mieć bezpośredni wpływ na jej stopień złożoności, co w dalszej konsekwencji przełoży się na powiązania pomiędzy grupami interesariuszy. Pomiedzy poszczególnymi grupami będzie występował związek relacyjny o różnym stopniu nasilenia, ale przede wszystkim będzie związany z procesem świadczenia samej usługi. Wiąże się to z definicją relacji usługowej, która będąc „relacją interpersonalną, jest wzajemnym oddziaływaniem usługodawcy i usługobiorcy oraz jednoczesnym doświadczeniem tego oddziaływania”⁷. Przekładając to na usługę zdrowotną, można zatem podjąć próbę identyfikacji grupy interesariuszy oraz z jednej strony sieci powiązań pomiędzy tymi grupami, z drugiej zaś strony identyfikacji oczekiwań poszczególnych grup względem siebie. W niniejszym opracowaniu autor skoncentruje się na oczekiwaniach pacjentów względem każdej z grup w kontekście percepcji jakości usługi zdrowotnej, występujących w przypadku świadczenia usług zdrowotnych przez szpitale.

⁵ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2005, s. 192–193.

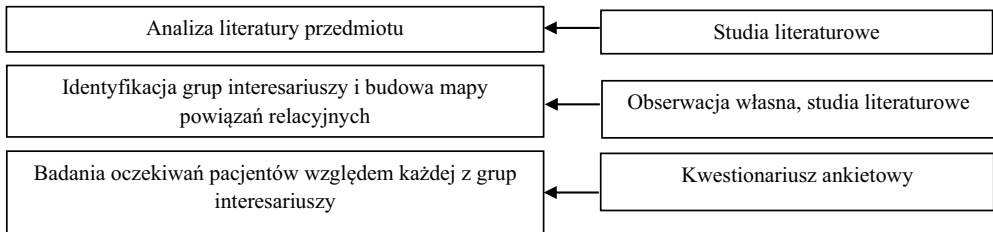
⁶ A. Bukowska-Piastrzyńska, *Marketing usług zdrowotnych*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2007, s. 18; K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość...*, s. 20–21.

⁷ K. Rogoziński, *Wpisanie relacji w marketingowy kontekst*, w: K. Rogoziński (red.), *Zarządzanie relacjami w usługach*, Difin, Warszawa 2006, s. 14.

2. Ujęcie relacyjne percepcji jakości usług z perspektywy pacjenta

Pacjenci mogą kreować swoje oczekiwania względem usług zdrowotnych w różnych ujęciach⁸. Jednym z nich może być zdefiniowanie oczekiwań względem każdej z grup zaangażowanych w proces usługi zdrowotnej. W celu identyfikacji determinant percepcji jakości usług w perspektywie pacjenta, przy jednoczesnym uwzględnieniu ujęcia relacyjnego, przeprowadzono badania zgodnie z przyjętą na rysunku 1 metodyką badawczą.

Rysunek 1. Zarys metodyki badawczej identyfikacji oczekiwań pacjentów względem grup interesariuszy usługi zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

Studia literaturowe wraz z przeprowadzoną obserwacją własną w kilku placówkach medycznych pozwoliły na zdefiniowanie wybranych głównych grup interesariuszy usług medycznych świadczonych przez szpitale, zarówno występujących wewnątrz, jak i na zewnątrz placówki medycznej (rysunek 2).

⁸ Przykładem innych ujęć może być zdefiniowanie głównych determinant względem składowych chronologicznych wizyty lekarskiej – odniesienie do tego typu ujęcia z punktu widzenia przechodni zawarto w opracowaniu G. Zieliński, *Determinanty jakości usług w zakładach opieki zdrowotnej*, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, nr 2/1 2009; a także rodzajowym względem np. lekarzy rodzinnych: G. Zieliński, *Obszary doskonalenia jakości obsługi pacjentów na przykładzie gabinetów lekarzy rodzinnych*, w: L. Zawadzka, J. Łopatowska (red.), *Metodyczne aspekty modelowania i projektowania systemów gospodarczych. Jakość, ryzyko, aplikacje*, Wyd. Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2010.

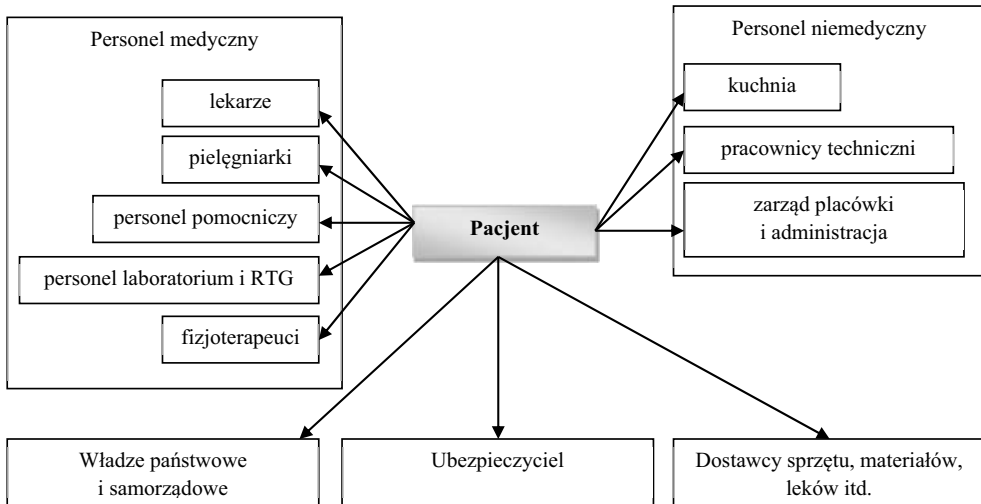
Rysunek 2. Kluczowe grupy interesariuszy usług zdrowotnych

Personel medyczny placówki		Personel niemedyczny placówki	
Pacjent			
Władze państwowe i samorządowe	Ubezpieczyciel	Dostawcy sprzętu, materiałów, leków itd.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2005, s. 13–14, 57–61, 66–70.

Na schemacie zaprezentowanym na rysunku 2 widoczne są kluczowe grupy interesariuszy, jednakże w poszczególnych grupach występujących wewnątrz placówki pojawiają się grupy elementarne, wobec których pacjenci będą mogli generować odrębne oczekiwania. Na rysunku 3 zaprezentowano wydzielenie z całego schematu relacji pomiędzy pacjentem a innymi grupami interesariuszy z uwzględnieniem grup elementarnych.

Rysunek 3. Sieć powiązań pacjenta z pozostałymi interesariuszami



Źródło: opracowanie własne na podstawie G. Zieliński, A. Kasińska-Sarnowska, *Determinanty jakości usług zdrowotnych związane z działaniami podejmowanymi przez personel szpitala*, w: G. Zieliński, M. Szymańska-Bralkowska (red.), *Wielowymiarowe ujęcie działań pro jakościowych w usługach i wytwarzaniu*, Wyd. Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2013, s. 48–49.

Przeprowadzone przez autora badania miały na celu zidentyfikowanie kluczowych oczekiwań pacjentów względem poszczególnych grup interesariuszy. W tym celu został przygotowany kwestionariusz ankietowy, w którym pacjenci mieli możliwość zdefiniowania swoich oczekiwań względem poszczególnych grup. Badania przeprowadzone zostały na przypadkowej grupie 250 osób, a ich celem była odpowiedź na pytanie badawcze – jakie są Pana/Pani oczekiwania względem poszczególnych grup zdefiniowanych na rysunku 3. Badania przeprowadzono na osobach niebędących w danym momencie pacjentami szpitala – ze względu na to, iż tego typu badanie w trakcie hospitalizacji, z uwagi na fakt zwiększonego stresu osób przebywających aktualnie w szpitalu, jak i chęć eliminacji emocjonalnej oceny poziomu jakości leczenia, mogłoby nie być miarodajne. Celem badania było bowiem zidentyfikowanie jak najbardziej obiektywnych oczekiwań względem poszczególnych interesariuszy. Przyjęty próg 250 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy udało się uzyskać w momencie rozdania 311 ankiet (61 nie zostało wypełnionych prawidłowo). Badania przeprowadzono na terenie jednego województwa, w ciągu 19 dni. Przedział wiekowy osób badanych zawierał się od 19 do 71 lat. Kwestionariusz został wypełniony przez 148 kobiet oraz 102 mężczyzn. Przyjęte założenia doboru próby spełniają wymogi, które są stawiane badaniom sondażowym w odniesieniu do zdefiniowania cech stałych, takich jak: cechy rzeczowe, czasowe oraz przestrzenne⁹. W tabeli 1 zaprezentowano najczęściej definiowane względem każdego z interesariuszy oczekiwania pacjentów związane z percepcją jakości usługi zdrowotnej. Ograniczono się jednak do tych wskazań, które pojawiły się u co najmniej 50% osób, przy jednoczesnym grupowaniu odpowiedzi związanych z bliskoznacznymi i podobnymi determinantami. Wynikało to bowiem z przyjętej konstrukcji kwestionariusza, w którym pytania miały charakter otwarty. Stąd też niezbędne stało się stworzenie pewnego rodzaju grup udzielonych odpowiedzi, co pozwoliło w dalszej konsekwencji na uniknięcie zbyt dużego rozdrobnienia w uzyskanych wynikach. Jednocześnie przyjęto założenie, że ankietowani mogli zdefiniować więcej niż jeden czynnik. Obok poszczególnych czynników w tabeli 1 zaprezentowano także, dla jakiego odsetka respondentów jakie oczekiwania są najważniejsze. Wyniki zaprezentowano także z podziałem odpowiedzi według płci.

⁹ M. Szreder, *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, Wyd. PWE, Warszawa 2010, s. 40.

Tabela 1. Determinanty percepcji jakości kreowane przez pacjentów względem grup interesariuszy usługi zdrowotnej

Interesariusze	Oczekiwania pacjentów wobec interesariuszy
1	2
personel medyczny	
lekarze	<ul style="list-style-type: none"> – trafność diagnozy (213 osób – 85% – z czego 125 kobiet i 88 mężczyzn), – fachowa wiedza (196 osób – 78% – z czego 121 kobiet i 75 mężczyzn), – doświadczenie (189 osób – 76% – z czego 128 kobiet i 61 mężczyzn), – umiejętności (187 osób – 75% – z czego 116 kobiet i 71 mężczyzn), – podejście do pacjenta (175 osób – 70% – z czego 127 kobiet i 48 mężczyzn), – dostępność lekarza (161 osób – 64% – z czego 101 kobiet i 60 mężczyzn), – dobór i dostosowanie badań do potrzeb wynikających z dolegliwości (149 osób – 60% – z czego 92 kobiety i 57 mężczyzn), – szybkość reakcji na sytuacje nagłe (145 osób – 58% – z czego 91 kobiet i 54 mężczyzn), – współczucie (139 osób – 56% – z czego 97 kobiet i 42 mężczyzn), – informowanie pacjenta o terapii i jej przebiegu (136 osób – 54% – z czego 86 kobiet i 50 mężczyzn), – delikatność (133 osoby – 53% – z czego 72 kobiety i 61 mężczyzn), – poczucie intymności wykonywania badań (133 osoby – 53% – z czego 104 kobiety i 29 mężczyzn), – wykorzystanie nowoczesnego sprzętu (130 osób – 52% – z czego 77 kobiet i 53 mężczyzn), – komunikatywność (127 osób – 51% – z czego 80 kobiet i 47 mężczyzn)
pielęgniarki	<ul style="list-style-type: none"> – fachowa wiedza pielęgniarska (189 osób – 76% – z czego 117 kobiet i 72 mężczyzn), – doświadczenie (179 osób – 72% – z czego 122 kobiety i 57 mężczyzn), – dostępność personelu pielęgniarskiego (158 osób – 63% – z czego 99 kobiet i 59 mężczyzn), – umiejętności (157 osób – 67% – z czego 108 kobiet i 49 mężczyzn), – delikatność (155 osób – 62% – z czego 74 kobiety i 81 mężczyzn), – współczucie i zrozumienie (140 osób – 56% – z czego 81 kobiet i 59 mężczyzn), – uprzejmość (138 osób – 55% – z czego 83 kobiety i 55 mężczyzn), – informowanie pacjenta o przeprowadzonych czynnościach pielęgniarskich (133 osoby – 53% – z czego 86 kobiet i 47 mężczyzn), – poczucie intymności wykonywania działań pielęgniarskich (129 osób – 52% – z czego 103 kobiety i 26 mężczyzn), – komunikatywność (128 osób – 51% – z czego 82 kobiety i 46 mężczyzn), – szybkość reakcji na sytuacje nagłe (128 osób – 51% – z czego 75 kobiet i 53 mężczyzn), – umiejętność współpracy z lekarzem (125 osób – 50% – z czego 67 kobiet i 58 mężczyzn)

1	2
personel pomocniczy	<ul style="list-style-type: none"> – zachowanie intymności podczas wykonywanych działań higienicznych (197 osób – 79% – z czego 119 kobiet i 78 mężczyzn), – delikatność (151 osób – 60% – z czego 83 kobiety i 68 mężczyzn), – uprzejmość (148 osób – 59% – z czego 96 kobiet i 52 mężczyzn), – zrozumienie pacjenta (146 osób – 58% – z czego 80 kobiet i 66 mężczyzn)
personel laboratorium i RTG	<ul style="list-style-type: none"> – bezpieczeństwo (169 osób – 68% – z czego 102 kobiety i 67 mężczyzn), – delikatność (162 osoby – 65% – z czego 99 kobiet i 63 mężczyzn), – nowoczesny sprzęt (138 osób – 55% – z czego 89 kobiet i 49 mężczyzn), – komunikatywność (130 osób – 52% – z czego 73 kobiety i 57 mężczyzn)
fizjoterapeuci	<ul style="list-style-type: none"> – współczucie (165 osób – 66% – z czego 98 kobiet i 67 mężczyzn), – dostosowanie zabiegów do potrzeby wynikającej z dolegliwości (152 osoby – 61% – z czego 82 kobiety i 70 mężczyzn), – delikatność (149 osób – 60% – z czego 90 kobiet i 59 mężczyzn), – komunikatywność (135 osób – 54% – z czego 78 kobiet i 57 mężczyzn), – zrozumienie pacjenta (129 osób – 52% – z czego 77 kobiet i 52 mężczyzn)
personel niemedyczny	
kuchnia	<ul style="list-style-type: none"> – dostosowanie posiłków do potrzeb pacjentów (209 osób – 84% – z czego 121 kobiet i 88 mężczyzn), – urozmaicenie posiłków (199 osób – 80% – z czego 108 kobiet i 91 mężczyzn), – zachowanie odpowiedniej temperatury (152 osoby – 61% – z czego 87 kobiet i 65 mężczyzn), – uprzejmość podczas wydawania posiłków (141 osób – 56% – z czego 75 kobiet i 66 mężczyzn)
pracownicy techniczni	<ul style="list-style-type: none"> – zachowanie czystości pomieszczeń (155 osób – 62% – z czego 98 kobiet i 57 mężczyzn), – uprzejmość wobec pacjentów (133 osoby – 53% – z czego 77 kobiet i 56 mężczyzn)
zarząd i administracja	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie odpowiednich kwalifikacji personelu (172 osób – 69% – z czego 99 kobiet i 73 mężczyzn), – redukcja niezbędnych działań biurowych (153 osoby – 61% – z czego 89 kobiet i 64 mężczyzn)
interesariusze zewnętrzni	
władze państwowe i samorządowe	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie odpowiedniego poziomu usług zdrowotnych przy redukcji czasu oczekiwania (215 osób – 86% – z czego 128 kobiet i 87 mężczyzn)
ubezpieczyciel	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie dostępności do badań (197 osób – 79% – z czego 112 kobiet i 85 mężczyzn), – skrócenie konieczności czekania na zabiegi planowane (165 osób – 66% – z czego 98 kobiet i 67 mężczyzn)
dostawcy sprzętu, leków itd.	<ul style="list-style-type: none"> – bieżące dostarczanie niezbędnych leków i środków wymaganych przez szpital (156 osób – 62% – z czego 87 kobiet i 69 mężczyzn), – dostarczanie sprzętu wysokiej jakości (138 osób – 55% – z czego 82 kobiety i 56 mężczyzn)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analiza treści zawartych w tabeli 1 pozwala na wyciągnięcie wniosków, iż kluczowe oczekiwania pacjentów wiążą się z personelem medycznym, w tym w głównej mierze z lekarzami i pielęgniarkami. Wynika to zapewne z faktu, iż to właśnie te dwie grupy są najczęściej identyfikowane z procesem leczenia, z drugiej zaś strony mają największy kontakt z pacjentem, a to z kolei wiąże się z przytaczanymi wcześniej specyficznymi cechami usługi zdrowotnej. Należy także zauważyć, iż w przypadku interesariuszy zewnętrznych ilość oczekiwań jest zdecydowanie mniejsza, jednocześnie o większym stopniu ogólnikowości. Zaprezentowane w tabeli 1 oczekiwania tworzą pewnego rodzaju zestaw determinant percepcji jakości z perspektywy pacjentów. Tego typu podejście poprzez identyfikację głównych determinant może pozwolić na podjęcie działań doskonalących względem oczekiwań określonych przez kluczową grupę interesariuszy, jaką są pacjenci. Tym samym przedstawiciele poszczególnych grup interesariuszy mogą podjąć działania doskonalące z uwzględnieniem najczęściej pojawiających się oczekiwań. Ocena skuteczności wdrożenia działań doskonalących mogłaby odbyć się z wykorzystaniem np. indeksów satysfakcji klienta, które w prosty sposób mogą wskazać zmiany poziomu satysfakcji po wdrożeniu działań doskonalących.

Należy jednak pamiętać, iż tego typu badania warto przeprowadzić względem oczekiwań każdej z grup interesariuszy wobec wszystkich pozostałych grup. Każda bowiem grupa będzie miała nieco inną percepcję jakości usługi zdrowotnej.

Podsumowanie

Podjęta w niniejszym opracowaniu tematyka stanowi zaczątek rozważań dotyczących bardzo złożonego zagadnienia, jakim jest jakość usług zdrowotnych w ujęciu relacyjnym. Specyfika tego typu usług wiąże się z koniecznością ustawicznych poszukiwań form ich doskonalenia. Autor celowo skoncentrował się na pacjencie jako kluczowej grupie interesariuszy, jednakże jak wcześniej wspomniano, warto jest kontynuować prace badawcze z uwzględnieniem zarówno każdej z pozostałych grup indywidualnie, jak i kompleksowo. Tym samym w dalszych pracach badawczych możliwe stanie się podjęcie próby budowy „kompleksowej mapy percepcji jakości usług zdrowotnych” z uwzględnieniem oczekiwań każdej z grup.

Literatura

- Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2007.
- Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W., *Marketing usług*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Hollins B., Shinkins S., *Zarządzanie usługami. Projektowanie i wdrażanie*, Wyd. PWE, Warszawa 2009.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2005.
- Payne A., *Marketing usług*, Wyd. PWE, Warszawa 1997.
- Rogoziński K., *Wpisanie relacji w marketingowy kontekst*, w: K. Rogoziński (red.), *Zarządzanie relacjami w usługach*, Wyd. Difin, Warszawa 2006.
- Szreder M., *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, Wyd. PWE, Warszawa 2010.
- Urbaniak M., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wyd. Difin, Warszawa 2004.
- Waters D., *Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi*, Wyd. PWN, Warszawa 2001.
- Zieliński G., *Determinanty orientacji na klienta w nowoczesnym zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, w: M. Boguszewicz-Kreft (red.), *Trendy i wyzwania współczesnego marketingu*, Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, t. 21, Gdańsk 2013.
- Zieliński G., Kasińska-Sarnowska A., *Determinanty jakości usług zdrowotnych związane z działaniami podejmowanymi przez personel szpitala*, w: G. Zieliński, M. Szymańska-Bralkowska (red.), *Wielowymiarowe ujęcie działań projakościowych w usługach i wytwarzaniu*, Wyd. Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2013.
- Zieliński G., *Determinanty jakości usług w zakładach opieki zdrowotnej*, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego nr 2/1 2009.
- Zieliński G., *Obszary doskonalenia jakości obsługi pacjentów na przykładzie gabinetów lekarzy rodzinnych*, w: L. Zawadzka, J. Łopatowska (red.), *Metodyczne aspekty modelowania i projektowania systemów gospodarczych. Jakość, ryzyko, aplikacje*, Wyd. Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2010.
- Zieliński G., *Quality Improvement in Health Care Services*, w: L. Zawadzka (red.), *The modern modeling conceptions of business systems – practice and theory*, Wyd. Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2009.
- Zieliński G., *Wzrost konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej poprzez orientację na klienta*, w: Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego nr 4/1 2010.

HEALTH CARE QUALITY PERCEPTION IN REALTION PERSPECTIVE

Abstract

In this article there were presented basic aspects of the quality in health care services. Author describes main groups of stakeholders in this type of services and present network model between these groups and patient. There were also presented research connected with the key health care quality determinants in patient perception, and patient expectation to each of the stakeholders groups.

Translated by Grzegorz Zieliński

Keywords: services, quality, health care, relation management

Kod JEL: L10, L80, I10, I11