

Honorata TRZCIŃSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, Polska

ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ USŁUG W JEDNOSTKACH SEKTORA OCHRONY ZDROWIA W DOBIE PANDEMII W OPINII KLIENTÓW – GŁÓWNE PROBLEMY, REKOMENDACJE

Streszczenie

Zarządzanie podmiotem leczniczym, w tym jakością usług, jest zadaniem wymagającym rozległej wiedzy i silnej determinacji w kreowaniu kultury organizacji usługowej. Pojawiające się problemy zarządzania podmiotem leczniczym powodują, że staje się ono interesującym obiektem badawczym i analitycznym. Problematykę zarządzania można badać z wielu perspektyw. W niniejszym artykule poruszono kwestię związaną z zaprezentowaniem wyników badań empirycznych na temat poziomu zadowolenia pacjentów z funkcjonowania ochrony zdrowia, w wybranych aspektach, podczas pandemii oraz oceny jakości usług w ramach przyjętych przez Autorkę różnych kryteriów.

Prowadzone analizy wyników badań pozwoliły wskazać, że ważnym zadaniem jednostek zarządzających jest wypracowanie kultury usługowej – pro-jakościowej w paradygmacie współpracy z klientami, czerpanie z dobrych wzorców organizacyjnych oraz branie pod uwagę trendów i opinii konsumenckich.

Słowa kluczowe: jakość, jakość usług medycznych, system zarządzania jakością.

SERVICE QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH SECTOR UNITS IN TIMES OF A PANDEMIC AS PERCEIVED BY CLIENTS – MAIN PROBLEMS, RECOMMENDATIONS

Summary

The management of a health care unit, including the quality of services is a task requiring extensive knowledge and strong determination in creating the service organization culture. Emerging problems of medical entity management make it an interesting object of research and analysis. The issue of management can be studied from many perspectives. This article deals with issues related to the presentation of the results of empirical studies on patient satisfaction with the functioning of health care during the pandemic and the evaluation of service quality within the framework of various criteria adopted by the author. The conducted analysis of the research results allowed to indicate that an important task of the managers is to develop a service culture – pro-quality in the paradigm of cooperation with customers, drawing on good organizational models as well as taking into account trends and consumer opinions.

Key words: quality, quality of medical services, quality management system.

Wprowadzenie

Charakterystyczną cechą obecnych czasów jest wzrost znaczenia funkcji jakości we wszystkich dziedzinach życia. Odpowiednia jakość jest szczególnie istotna w obszarach, gdzie zależy od niej nie tylko zadowolenie i satysfakcja klienta, ale przede wszystkim zdrowie i życie człowieka. Takim obszarem niewątpliwie jest opieka zdrowotna, gdzie potrzeba jakości nie była nigdy kwestionowana, a często jednak podejmowane są działania zmierzające w kierunku jej poprawy. Biorąc pod uwagę obecną sytuację, jaka występuje na świecie, w tym również w Polsce, rynek ochrony zdrowia w najbliższych latach będzie się zmieniał w szybkim tempie.

Zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jakość w opiece zdrowotnej jest jednym z najwyższych priorytetów, gdzie jednostki sektora ochrony zdrowia muszą dążyć do zadowolenia pacjenta¹, uwzględniając jego potrzeby oraz poprawiać jakość świadczonych usług.

Nowe podejście do tego problemu wymaga wdrożenia wielu skutecznych mechanizmów, które pozwolą na podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych i przyczynią się do zwiększenia zadowolenia, satysfakcji klienta/pacjenta, zwłaszcza w obecnej sytuacji epidemiologicznej. Pandemia COVID-19 stanowi obecnie bezprecedensowe wyzwanie dla sektora ochrony zdrowia. Trzeba podkreślić, że jakość jest jednym z najważniejszych wyznaczników konkurencyjności przedsiębiorstw na współczesnym rynku. Są jednak dziedziny, gdzie jakość świadczonych usług powinna sięgać poziomu doskonałości, gdyż dotyczy najważniejszych wartości ludzkich. Są to właśnie usługi w opiece zdrowotnej. Zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług medycznych i wyznaczenie odpowiednich standardów działań są niezbędne w podmiotach działających w sektorze ochrony zdrowia.

Jakość usług w opiece zdrowotnej, jak chyba żaden inny obszar działalności ludzkiej, ma ogromny wpływ na kondycję zdrowotną społeczeństwa. Współczesne organizacje dla przetrwania w zmiennym otoczeniu, szczególnie obecnie, nieustannie poszukują metod usprawniających ich funkcjonowanie. Aby mogły sprostać temu zadaniu, muszą działać zgodnie z wytycznymi systemu zarządzania jakością, który obliguje do ciągłego usprawniania procesów pracy. Jakość we współczesnych teoriach zarządzania jest jednym z najważniejszych czynników definiujących dany produkt lub usługę, gdyż w dużej mierze decyduje o sukcesie rynkowym. Niezwykle interesujące wydaje się przyjęcie w nowoczesnych systemach zarządzania orientacji na klienta, która warunkuje i w wielu przypadkach znacząco modyfikuje strategię zarządzania organizacją. Jej opis ma na celu udowodnienie, że właściwe założenia mają doprowadzić do usystematyzowania procesów pracy, przejrzystego podziału kompetencji, odpowiedzialności, zdobycia marki i poprawy wizerunku, jak również umożliwić zidentyfikowanie i zredukowanie błędów.

Pojęcie „jakość usług zdrowotnych” koresponduje z marketingową koncepcją obsługi rynku. Relacje zachodzące między poziomem świadczenia usług zdrowotnych, zadowoleniem pacjentów i stopniem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa wskazują na rosnącą potrzebę wyznaczania kryteriów jakości usług zdrowotnych, umożliwiających wartościowanie tych usług. Wyniki oceny jakości usług zdrowotnych są jedną z podstaw ich doskonalenia, a jednocześnie warunkują realizację zasady orientacji na klienta – pacjenta. Realizacja takich badań pomaga menedżerom zarządzającym zakładami opieki zdrowotnej zdobyć wiedzę o ewentualnych kierunkach poprawy jakości usług medycznych i zaplanować właściwą strategię w przyszłości – wobec wyzwań, jakie teraz istnieją. Tego rodzaju badania niosą ze sobą możliwość zidentyfikowania opinii pacjentów (klientów) na temat poziomu jakości oferowanych im usług, ale również pozwalają wskazać ewentualne słabości i problemy w analizowanych obszarach funkcjonowania placówek – biorąc pod uwagę nową sytuację na rynku usług medycznych, gdzie pandemia to obecnie jedna z najtrudniejszych prób dla naszego systemu ochrony zdrowia.

¹ Pacjentem, według WHO, jest każda osoba korzystająca z usług medycznych, ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego czy jest zdrowa, czy chora. Pacjent jest klientem podmiotów świadczących usługi medyczne m.in. zakładów opieki zdrowotnej. Pacjent, jako klient placówki medycznej, ma pewne prawa, które muszą być uwzględnione przez świadczeniodawcę. W przeciwnym razie organizacja nie ma szans na osiągnięcie zamierzonych celów zarządzania jakością. *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, K. Opolski, B. Dykowska, M. Możdżonek, 2021, Warszawa: CedeWu.

Niniejsze opracowanie jest jedynie wprowadzeniem do złożonego problemu jakości i jednocześnie punktem wyjścia do prowadzenia badań w tym zakresie, jakim jest doskonalenie i poprawa jakości usług medycznych czy też dostosowywanie standardów jakości do specyfiki usług medycznych. Artykuł jest częścią dyskursu dotyczącego zarządzania jakością usług w podmiotach systemu ochrony zdrowia w dobie pandemii, a przede wszystkim w opinii jej klientów. W literaturze przedmiotu ocena satysfakcji pacjenta i metody jej poprawy zajmują istotne miejsce. Ma to znaczenie tym większe, że wzrasta poziom świadomości zdrowotnej i edukacji prozdrowotnej wskutek gwałtownie rosnącej liczby informacji na tematy medyczne, przekazywanych przez personel medyczny, jak również w środkach masowego przekazu.

Autorka pokłada nadzieję, że zaprezentowane wyniki badań pozwolą na rozpoznanie oczekiwań pacjentów, określenie przyczyn braku zadowolenia pacjentów z uzyskanych usług oraz wdrożenie działań naprawczych w praktyce, służących zarówno poprawie jakości usług, jak i podniesieniu poziomu zadowolenia pacjentów, a być może przyczynią się do budowy innowacyjnych rozwiązań funkcjonowania zarządzania w omawianych placówkach.

Z tego też powodu charakterystyka i przedstawienie możliwości prowadzenia polityki pro jakościowej na podstawie literatury przedmiotu, badań własnych oraz analiza wyników dotycząca zadowolenia pacjentów z funkcjonowania ochrony zdrowia podczas pandemii, oceny jakości usług w ramach przyjętych przez Autorkę różnych kryteriów stanowi główny cel artykułu. Uzyskane wyniki badań dotyczą klientów korzystających z jednostek sektora ochrony zdrowia na terenie województwa małopolskiego.

Istota i rola zapewnienia jakości w zarządzaniu jednostkami w sektorze ochrony zdrowia

Ochrona zdrowia była od zawsze jednym z najważniejszych tematów w wymiarze społecznym i jednostkowym. Kluczowym zagadnieniem dla ochrony zdrowia w każdym państwie jest jego system – zarówno przyjęty model, jak i jego funkcjonowanie.

Zgodnie z syntetycznym podejściem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), system ochrony zdrowia (system zdrowotny) łączy wszystkie aktywności, których pierwotnym celem jest promowanie, odtwarzanie i utrzymywanie zdrowia (Paszowska, 2020). System ochrony zdrowia można zatem określić jako system społeczny, złożony, dynamiczny, funkcjonalny i używany przez społeczeństwo w celu stworzenia medycznych i społecznych środków dla ochrony i poprawy zdrowia oraz ciągłego kumulowania się i przekazywania wiedzy medycznej. W literaturze definiuje się go jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę zdrowia jednostek zbiorowości² (Matysiewicz, Smyczek, 2012). Każdy system zdrowotny jest nakierowany na zaspokajanie zdrowotnych potrzeb określonej populacji, a realny stopień i poziom tych potrzeb, potwierdzony w zachowaniach konsumentów co do ilości i jakości wykorzystywanych świadczeń, jest zdeterminowany przez wiele elementów, a szczególnie przez jego zasoby. Efektem działań systemu ochrony zdrowia powinna być wysoka jakość świadczonych usług, a następnie poprawa stanu zdrowia populacji lub co najmniej utrzymanie go na istniejącym poziomie.

² To także wszelka działalność społeczeństwa, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymywanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, zapewnienie zdrowego rozwoju następnych pokoleń, którego charakterystycznymi cechami są: społeczny charakter, hierarchiczna organizacja, dynamika, wykazywanie wskaźników ilościowych i jakościowych oceny celu głównego, czyli poprawy lub utrzymanie stanu zdrowia ludności.

Pierwsze udokumentowane zapisy dotyczące jakości pochodzą ze starożytnego Babilonu, gdzie za pomocą przepisów prawnych próbowano rozwiązać problemy w kwestii jakości w budownictwie (Dobska, Dobski, 2016). Rozkwit koncepcji uwzględniającej jakość w działaniu profesjonalnym nastąpił jednak dopiero niedawno – w XX wieku. Pojęcie „jakość w usługach medycznych”, podobnie jak w innych dziedzinach, ewaluowało i systematycznie rozwijało swoją semantykę.

Kształtowanie definicji jakości opieki zdrowotnej – rozumianej jako rodzaj usługi świadczonej dla klienta/pacjenta – mimo wielu prób, nie doprowadziło do przyjęcia jednej, uniwersalnej formuły rozumienia tego terminu. Autorzy wielu publikacji z tego zakresu formułują szereg istotnych definicji, stosowanych później w praktyce. Na potrzeby niniejszego opracowania przytoczone zostaną jedynie wybrane definicje, mając świadomość, że nie wyczerpują one w pełni tematu. Jest to niewątpliwie pojęcie złożone, składające się z wielu komponentów i przede wszystkim interdyscyplinarne. Jakość usług, w szczególności jakość usług medycznych, jako problem badawczy pojawił się w Polsce stosunkowo niedawno, zwłaszcza w wyniku komercjalizacji rynku usług medycznych i nasilającej się konkurencji. Ważną kwestią jest też fakt, że ocena jakości opieki zdrowotnej jest uzależniona głównie od podmiotu oceniającego. Z jakością usług medycznych wiążą się także sprzeczności interesów różnych uczestników rynku. Płatnik publiczny szuka odpowiedniej jakości usługi przy możliwie najmniejszych kosztach, konsument oczekuje wolności wyboru jednostki i wysokich standardów, a świadczący usługę chce utrzymać lub zwiększyć swoje dochody. Ten sposób rozumienia jakości uzależniony jest od podmiotu zainteresowanego oceną jakości – pacjenta, świadczeniodawcy lub płatnika. Każdy z wymienionych podmiotów oceniających jakość świadczonych usług stosuje inne kryteria.

Zgodnie z syntetycznym podejściem Światowej Organizacji Zdrowia, jakość to rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (wydajność ekonomiczna), organizacji usług i satysfakcja pacjenta. Jakość opieki to wartość techniczna (wiedza, umiejętności kliniczne, technologia), wartość stosunków międzyludzkich (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny) i oprawa usług, tj. komfort, estetyka (Opolski, Dykowska, Moźdzzonek, 2021). Model tworzenia jakości usług medycznych jest procesem dynamicznym. Pacjent/klient oczekuje zmiany poziomu jakości i tego, że jednostka będzie stale dostosowywała się do jego potrzeb, ponieważ jego wymagania i potrzeby są zmienne. Organizacja powinna przewidzieć, jakie będą potrzeby za kilka lat i już teraz dostosowywać jakość do przyszłych potrzeb. Istotne również elementy w jakości usług medycznych to koszty działalności i zewnętrzne regulacje związane z administrowaniem i finansowaniem usług medycznych. Wobec powyższego, jakość w opiece zdrowotnej polega na pełnym zaspokojeniu zapotrzebowania na usługi zdrowotne przy możliwie najniższych kosztach własnych i świadczeniodawców, w ramach obowiązujących regulacji i limitów ustanowionych przez władze administracyjne i instytucje finansujące usługi (Murkowski, Nowacki, Koronkiewicz, 1996). Tak definiowana jakość usług medycznych wymaga dobrej, zgodnej z ustalonymi na wysokim poziomie standardami, realizacji jednostki medycznej w kilku sferach. Należą do niej (Opolski, Dykowska, Moźdzzonek, 2021):

- sfera opieki medycznej (profesjonalna) – obejmująca obszar, w którym pacjent zwraca szczególną uwagę na kontakty z personelem medycznym;
- sfera informacyjna – zasób informacji, który jest dostarczony pacjentowi na temat przebiegu jego leczenia (w trakcie np. wizyty);
- sfera techniczna – poziom stosowanej technologii w urządzeniach diagnostycznych, dotyczy to również takich elementów, jak wygląd placówki, gabinetu, poczekalni wygląd i ubiór personelu;

- sfera zarządzania i sfera ekonomiczno-administracyjna – zarządzanie zasobami ludzkimi, efektywne, wydajne wykorzystanie zasobów w ramach limitów ustanowionych przez płatnika czy władze administracyjne³;
- sfera marketingu – spojrzenie na organizację z punktu widzenia odbiorcy, jego potrzeb i oczekiwań (np. poziom kultury obsługi w recepcji, szybkość reagowania, stosunek personelu i jego podejście podczas świadczenia usług).

Definiując pojęcie „jakość usługi medycznej”, należy mieć również na uwadze, kto jest nią zainteresowany – pacjent, świadczeniodawca czy płatnik (NFZ, budżet państwa, samorząd terytorialny, pracodawcy), czyli w jakim kontekście mówimy o usłudze. Na szczególną uwagę zasługują wspomniane oczekiwania pacjentów w stosunku do jakości otrzymywanych usług zdrowotnych. Opinia i satysfakcja pacjentów są kluczowe dla osiągnięcia sukcesu jednostki. Jeżeli usługi zdrowotne mają być postrzegane jako wysokiej jakości, to powinny spełniać oczekiwania swoich klientów/pacjentów. Jednostki ochrony zdrowia, aby zdobyć zaufanie pacjentów, przy jednoczesnym świadczeniu wysokiej jakości usług, powinny też spełniać ich oczekiwania dotyczące cech jakości (Ibidem). Należą do nich m.in. niezawodność, wrażliwość, wygląd, dostępność, kompetencja, uprzejmość, przejrzystość. Niektórzy autorzy uzupełniają powyższą listę o równie istotne dla osiągnięcia jakości usług medycznych, tj. odpowiedzialność, komunikatywność, bezpieczeństwo, satysfakcję (Lawthers, 1999).

Zarządzanie jakością w podmiocie gospodarczym – w ogólnym rozumieniu – jest systemowym działaniem na wszystkich poziomach struktury organizacyjnej i na każdym stanowisku pracy. Poprawnie zaprojektowany system zarządzania jakością, niezależnie od formy prawnej przedsiębiorstwa i rodzaju prowadzonej działalności, powinien uwzględniać aspekt strukturalny, podmiotowy, funkcjonalny, instrumentalny i celowościowy (Hamrol, Mantura, 1998).

Organizacja, która w dobre jakości chce, by jej usługi były odpowiedniej jakości, musi być uporządkowana wewnętrznie i działać w sposób zaplanowany. Dopiero wtedy podejmowane wysiłki przyniosą zamierzony skutek. Jednym ze sposobów uporządkowania jest zbudowanie organizacji wokół systemu jakości, czyli wdrożenie systemu zarządzania jakością. System zarządzania jakością określa strukturę organizacyjną, działania wykonywane w zakresie jakości, zasoby umożliwiające wdrożenie zarządzania jakością, odpowiedzialność za jakość, uprawnienia do wykonywania zadań, sposób przepływu poleceń, informacji dokumentów. Ma on za zadanie sprawić, aby produkty/usługi spełniały wymagania klientów, umożliwić kontrolę nad całą działalnością w zakresie jakości i pomagać w osiąganiu celów jakościowych. Systemy zarządzania jakością nie ograniczają się jedynie do kwestii związanych z kontrolą końcowych produktów czy usług, ale koordynują cały proces świadczenia usługi, integrują wszystkich w organizacji oraz jasno formułują wymagania wobec sposobu postępowania. Odwołują się jednocześnie do najważniejszej definicji jakości, tzw. jakości subiektywnej, czyli takiej, jakiej wymaga klient/pacjent (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2021).

W systemie ochrony zdrowia wyróżnia się wiele rozmaitych jednostek organizacyjnych. Największymi i najbardziej rozpoznawalnymi wśród nich są szpitale, a następnie przychodnie. Mają one istotny wpływ na kreowanie wizerunku służby zdrowia w społeczeństwie. Wysoka jakość świadczonych usług medycznych, a zwłaszcza zarządzanie przez jakość, zwiększenie satysfakcji klienta/pacjenta, m.in. przez coraz trafniejsze dopasowanie oferty do ich potrzeb, jak Autorka już podkreślił, to zatem jeden z wielu niedocenianych, jednak bardzo istotnych problemów w zarządzaniu jednostkami sektora ochrony zdrowia.

³ Nie są to sfery bezpośrednio istotne i widoczne dla pacjenta, jednak odgrywają dużą rolę dla kadry zarządzającej jednostką medyczną i pośrednio wpływają na wszystkie inne sfery.

Placówka medyczna, jako współczesna organizacja zorientowana na zarządzanie jakością, powinna przyjąć orientację przyszłościową, co oznacza, że staje wobec nowych wyzwań, tj. kompleksowego podejścia do problemu zarządzania jakością, przełożenia wieloaspektowego pojęcia jakości usługi na konkretne działania operacyjne w wielu zakresach, profilaktyki oraz promocji zdrowia, szerokiej diagnostyki i mierzenia jej rezultatów. Zapewnienie wysokiej jakości usług powinno więc pomagać w bardziej efektywnym zarządzaniu instytucją, wspomagać proces gospodarowania posiadanymi zasobami, m.in. takimi jak medyczne, kadrowe, finansowe i infrastrukturalne, co znacząco może wpływać na obniżenie kosztów działalności.

System zarządzania jakością jest narzędziem umożliwiającym każdemu przedsiębiorstwu, w tym jednostkom medycznym, podnoszenie poziomu jakości oferowanych usług poprzez ciągłe doskonalenie metod oraz sposobów działania. To również część systemu zarządzania organizacją ukierunkowaną na osiągnięcie wyników odniesionych do celów dotyczących jakości spełniających potrzeby, oczekiwania i wymagania stron zainteresowanych. Jakość usług należy do jednych z podstawowych czynników, determinujących wyniki prowadzonej działalności placówki ochrony zdrowia. Wymagania im stawiane przez pacjentów oraz innych odbiorców w odniesieniu do jakości usług stale rosną. Sprostanie tym wymaganiom, a także osiągnięcie i utrzymanie dobrych wyników ekonomicznych możliwe jest jedynie poprzez systematyczną poprawę jakości. System zarządzania jakością, jeżeli jest zgodny ze wszystkimi normami, gwarantuje placówkom medycznym stabilną pozycję na rynku, jak również stały postęp oraz rozwój.

Poprawa jakości zapewnia sprawne i efektywne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w tym jednostek tego sektora⁴, prowadzi do zadowolenia pacjentów z otrzymanych usług, satysfakcji pracowników z wykonywanej pracy, ograniczenia kosztów prowadzonej działalności, lepszego i bardziej efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów. Wysoka jakość warunkuje skuteczną opiekę zdrowotną, zgodną z wymogami społecznymi, dlatego też powinna być obowiązkową cechą usług zdrowotnych. Nie powinny być akceptowane niskiej jakości nie tylko świadczone usługi medyczne, ale też składające się na nią materiały, sprzęt medyczny, aparatura czy zatrudniona kadra.

Percepcja jakości świadczenia usług medycznych z perspektywy pacjenta – w świetle wyników badań empirycznych

W zarządzaniu jakością niezwykle istotne jest poznanie potrzeb i stopnia zadowolenia klientów – odbiorców usług medycznych. Dzięki prowadzonym systematycznie badaniom ich opinii możliwe będzie uzyskanie wiedzy na temat tego, jak pacjent postrzega otrzymaną usługę zdrowotną. Badania satysfakcji pacjenta⁵ z otrzymanych usług określają zarówno jakość otrzymanej usługi, jak i motywy wyboru konkretnego świadczeniodawcy – szpitala czy przychodni. Badanie opinii klientów/pacjentów jest użyteczne nie tylko w projektowaniu oferty usług, lecz również przy jej modyfikacji. Oprócz prowadzonych badań, istotna jest ich analiza z punktu widzenia obsługi pacjenta, co wymaga systematycznego gromadzenia i oceny

⁴ Jednostki ochrony zdrowia są to wszystkie jednostki, które oferują bezpośrednio usługi zdrowotne pacjentom (przychodnie, szpitale), jak również te, które nawiązują kontakt z pacjentem przez system ochrony zdrowia (*Modele relacji jednostek medycznych z pacjentami*, J. Matysiewicz, S. Smyczek, 2012, Warszawa: Placet).

⁵ Najważniejsze obszary potrzeb i oczekiwań pacjenta to przede wszystkim dobra dostępność do opieki zdrowotnej, dobra komunikacja z personelem medycznym, indywidualne podejście do oczekiwań i potrzeb jak również koordynacja całego procesu leczenia, respektowanie jego praw czy zapewnienie dyskrecji i komfortu psychicznego („Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem”, K. Garbac, D. Guziak, 2012, *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 28).

informacji dotyczących obecnych oraz przyszłych potrzeb konsumenta usług medycznych. Badania takie można przeprowadzać m.in. na podstawie analizy wyników ankiet badania satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej, bezpośrednio po jej wykonaniu, jak również poddać analizie wielkość sprzedaży czy liczbę wniesionych skarg.

Przeprowadzone badanie, którego wyniki są prezentowane w niniejszym artykule, ze względu na przyjętą metodologię oraz użyte narzędzia pomiarowe, ma charakter pierwotny. Jednocześnie liczba zastosowanych narzędzi pozwala Autorce stwierdzić, że ma ono charakter złożony. Głównym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który dla pełniejszego opisu badanego środowiska uzupełniono o obserwację oraz swobodny wywiad (niesformalizowany), przeprowadzony z pracownikami szpitali oraz przychodni, którzy nie uczestniczyli w badaniu ankietowym. Wywiad przeprowadzony był z osobami na stanowiskach kierowniczych różnego szczebla i z pracownikami operacyjnymi różnych grup zawodowych, w celu zidentyfikowania problemów występujących w jednostkach sektora ochrony zdrowia w czasie pandemii.

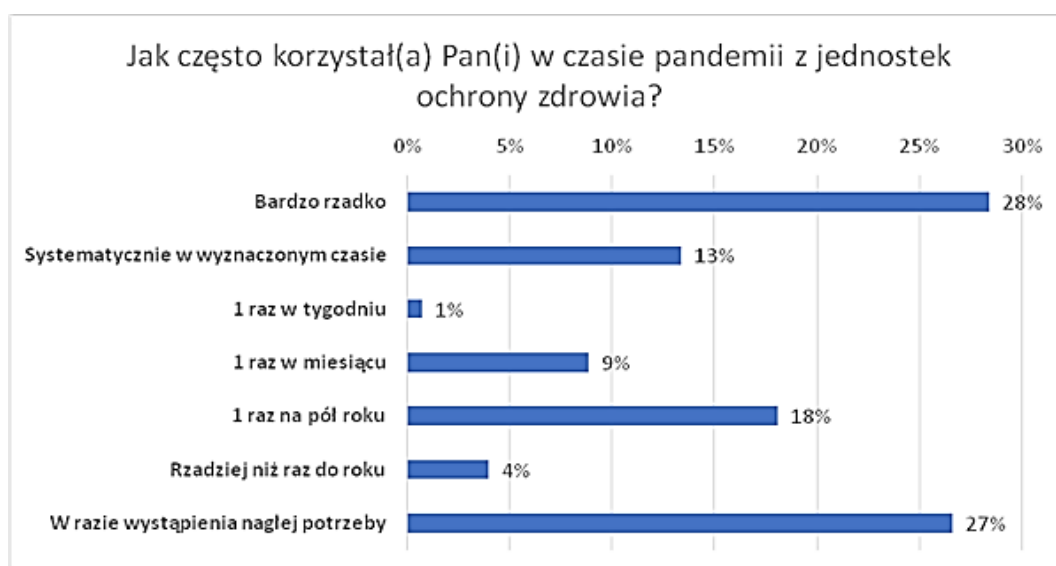
Pytania zawarte w kwestionariuszu stanowiły pytania zamknięte, półotwarte, filtrujące i sformułowane w postaci skali. Kwestionariusz składał się z 35 pytań. W większości pytań zapis kafeterii odpowiedzi był kategoryzujący, tzn. uwzględniono możliwe warianty odpowiedzi, aby badanym łatwiej było ustosunkować się do danego zagadnienia, przy czym respondent w wielu przypadkach miał możliwość wpisania dodatkowej odpowiedzi w wariancie „inne”. Oprócz pytań podstawowych w kwestionariuszu badawczym zamieszczono również część identyfikacyjną respondenta. Wzięto tu pod uwagę wiek, płeć, wykształcenie, częstotliwość korzystania z usług medycznych w okresie pandemii, liczbę osób pozostających w gospodarstwie domowym, w tym te, które nie ukończyły 18. roku życia oraz sytuację materialną gospodarstwa domowego respondenta. Badanie, przeprowadzone w pierwszym kwartale 2022 roku, było anonimowe i dobrowolne, a wzięło w nim udział 553 klientów/pacjentów korzystających z usług medycznych w województwie małopolskim⁶. Badania przeprowadzone były za pomocą ankiety elektronicznej do samodzielnego wypełniania przez Internet (Cawi), a dobór próby był losowy.

Dla potrzeb artykułu Autorka przyjęła, że dane badawcze będą analizowane według pięciu kryteriów identyfikacyjnych respondentów: wiek, płeć, wykształcenie, częstotliwość korzystania z usług medycznych w okresie pandemii i sytuacja materialna gospodarstwa domowego respondenta.

Wśród badanych dominowały kobiety – 66,1% ogółu badanych. Najliczniejsze grupy osób w badanej populacji to respondenci w wieku 18-25 lat (63,1%) oraz w wieku 36-45 lat (13,2%), zaś kolejne stanowiły osoby w wieku 26-35 lat (11,2%) i 46-55 lat (7,8%). Osoby w wieku powyżej 55. roku życia to 4,7% zbiorowości. Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, legitymowali się posiadaniem zróżnicowanego wykształcenia. Najliczniejszą populację stanowiły osoby o wykształceniu średnim (51%) i wyższym, tj. 46,3% ogółu badanych. Osób posiadających wykształcenie zasadnicze zawodowe było 1,6%, zaś najniższym poziomem wykształcenia charakteryzowało się jedynie 1,1% badanych.

⁶ Autorka ma świadomość, że materiał gromadzony metodą ankietową może być obciążony błędami. W trakcie analizy odpowiedzi respondentów można zauważyć pewien sceptycyzm, krytycyzm w odniesieniu do pytań otwartych i poruszanych w nim kwestii. Może to być wynikiem ogólnie panującej negatywnej opinii o wadliwości systemu ochrony zdrowia i związanego z tym niezadowolenia.

Kolejne kryterium identyfikujące grupę respondentów, wzięte pod uwagę w niniejszej analizie, to częstotliwość korzystania z usług medycznych w okresie pandemii. Jak wskazują wyniki, odsetek deklarujących, że korzystało bardzo rzadko z jednostek ochrony zdrowia w czasie pandemii wynosi 28%. W razie wystąpienia nagłej potrzeby deklarowało 27% osób biorących w badaniu. Odsetek badanych, którzy korzystali w tym czasie z usług jednostek ochrony zdrowia jeden raz na pół roku, stanowił 18%, natomiast 13% zadeklarowało systematyczne korzystanie w wyznaczonym wcześniej terminie. Szczegółową strukturę korzystających w czasie pandemii z jednostek ochrony zdrowia ukazuje wykres 1. U progu epidemii wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 większość Polaków była zadowolona z warunków materialnych swoich domowych gospodarstw i miała poczucie bezpieczeństwa finansowego (CBOS, 2020). Prawie połowa respondentów (46%), która wzięła udział w prezentowanych badaniach, charakteryzując sytuację materialną w swoim gospodarstwie domowym, deklaruje, że jest ona na wystarczającym poziomie. Odsetek badanych, którzy określają swoją sytuację materialną jako dobrą i deklarują, że żyją na średnim poziomie, to 42%. Odsetek badanych, którzy przyznają, że ich sytuacja jest bardzo dobra to jedynie 9%, a zła i bardzo zła – 3% badanych⁷.



Wykres 1. Częstotliwość korzystania w czasie pandemii z jednostek ochrony zdrowia.
Źródło: opracowanie własne.

Polacy niemal powszechnie deklarują korzystanie ze świadczeń i usług zdrowotnych finansowanych przez NFZ⁸. Powszechność korzystania ze wskazanych świadczeń zdrowotnych okazuje się w przypadku wskazywanych w artykule wyników trochę większa. W odpowiedziach respondentów przewagę stanowiło korzystanie z usług placówek ochrony zdrowia opłacanych przez NFZ (420 osób). Osoby biorące udział w badaniu i korzystające ze służby zdrowia poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wskazują, że posiadają wyższe wykształcenie.

⁷ Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) prowadzi w Polsce systematycznie sondaże ankietowe, mające na celu poznanie opinii respondentów na temat funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Według badań CBOS, nie rośnie odsetek żyjących dobrze lub bardzo dobrze, ale nie rośnie także (a nawet nieznacznie maleje) odsetek żyjących skromnie lub bardzo biednie. Przybywa natomiast osób deklarujących, że żyją na średnim poziomie (Raport CBOS).

⁸ W polskim systemie ochrony zdrowia finansowanie opieki zdrowotnej oparte jest na modelu ubezpieczeniowym. W ramach ubezpieczeń zdrowotnych wyróżniamy ubezpieczenie społeczne nazywane powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, realizowane ze środków publicznych oraz ubezpieczenie prywatne, które jest w Polsce całkowicie dobrowolne. System publiczny, określany jako powszechne ubezpieczenie zdrowotne, jest finansowany w przeważającej części z publicznej składki na ubezpieczenie zdrowotne (*System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*, A. Mądrala, 2014, Warszawa: Akademia Zdrowia).

Jak wykazują badania CBOS, podstawowym motywem skłaniającym Polaków do skorzystania z usług finansowanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest szansa na uzyskanie szybszych terminów wizyt, dostęp do lepszych specjalistów i możliwe ich większe zaangażowanie. Ważna jest również możliwość kompleksowego załatwienia wielu problemów przy jednej wizycie i dogodniejsze godziny przyjęć (Raport NIK, 2019).

System opieki zdrowotnej w Polsce cyklicznie poddawany jest ocenie opinii społecznej. W ciągu ostatnich lat, mimo wprowadzenia licznych reform, mających na celu rozszerzenie zakresu ochrony zdrowotnej i poprawę jakości opieki nad pacjentem, odnotowywany jest niski poziom zadowolenia z systemu ochrony zdrowia. Według ostatnich wyników badań, aż 66% dorosłych Polaków negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce, w tym aż 27% zdecydowanie negatywnie. Przeciwnego zdania jest 30% respondentów (Raport NIK). W prezentowanych badaniach najwyższy odsetek niezadowolonych z funkcjonowania służby zdrowia stanowiło 64% badanych respondentów, zaś 70% ankietowanych uważa, że widoczne jest pogorszenie się funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w stosunku do lat sprzed pandemii. Najlicniejszą grupą, która określiła swoje niezadowolenie z funkcjonowania ochrony zdrowia, były osoby w wieku 18-25 lat, określając tym samym 41% odpowiedzi negatywnych, a także 36-45 lat – 8%. Odpowiedzi potwierdzające zadowolenie z funkcjonowania tego sektora w czasie pandemii było tylko 7%, z czego 4% odpowiedzi dotyczyły osób w wieku 18-25 lat. Ani jedna osoba w przedziale wiekowym powyżej 55. roku życia nie udzieliła odpowiedzi pozytywnej.

Sytuacja epidemiczna w Polsce w znaczny sposób utrudniła możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb zdrowotnych obywateli. Problem ten widoczny jest przede wszystkim na poziomie świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W celu ograniczenia dalszego rozprzestrzeniania się choroby wywołanej SARS-CoV-2, wiele jednostek ograniczyło kontakt z pacjentami, co zdecydowanie utrudniło bezpośredni kontakt lekarza z pacjentem i tym samym stworzyło ryzyko niezaspokojenia podstawowych potrzeb dużej grupy osób. Jednym z rozwiązań tego problemu było poszerzenie wachlarza świadczonych usług o tzw. teleporady⁹. Analizowane wyniki badań pokazują, że przed medycyną stoi duże wyzwanie, chociażby w postaci oswojenia pacjentów z wizytą online czy przede wszystkim w kwestii konieczności podniesienia jej poziomu jakości. Z analizy przeprowadzonego badania wynika, że w czasie pandemii 64% konsultacji medycznych odbywało się w formie teleporady (najwięcej skorzystało osób w wieku 18-25 lat), ale aż 94% osób zadeklarowało, że najbardziej pożądanym sposobem kontaktu z lekarzem jest jednak bezpośredni, w gabinecie lekarskim¹⁰. Zaskoczeniem jest fakt, że najmłodsza grupa respondentów (18-25 lat) najczęściej skorzystała z teleporady wśród badanych, ale jednocześnie ten zespół osób wskazał, że preferuje kontakt bezpośredni z lekarzem – 61%. W dalszej kolejności respondenci zostali zapytani o to, jak oceniają poziom jakości udzielonej porady medycznej podczas teleporady w porównaniu z jakością porad udzielanych przez lekarza w trakcie wizyty bezpośredniej i aż 64% badanych określiło ją na niższym poziomie, a zdecydowanie mniej osób (34%) na tym samym poziomie. Tylko 2% ankietowanych oceniło świadczenie udzielane na odległość jako usługę przewyższającą jakościowo wizytę stacjonarną, która odbywa się bezpośrednio w jednostce ochrony zdrowia. Spośród 553 ankietowanych, którym teleporada nie rozwiązała w pełni ich problemu zdrowotnego,

⁹ Świadczenie zdrowotne udzielane na odległość, przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

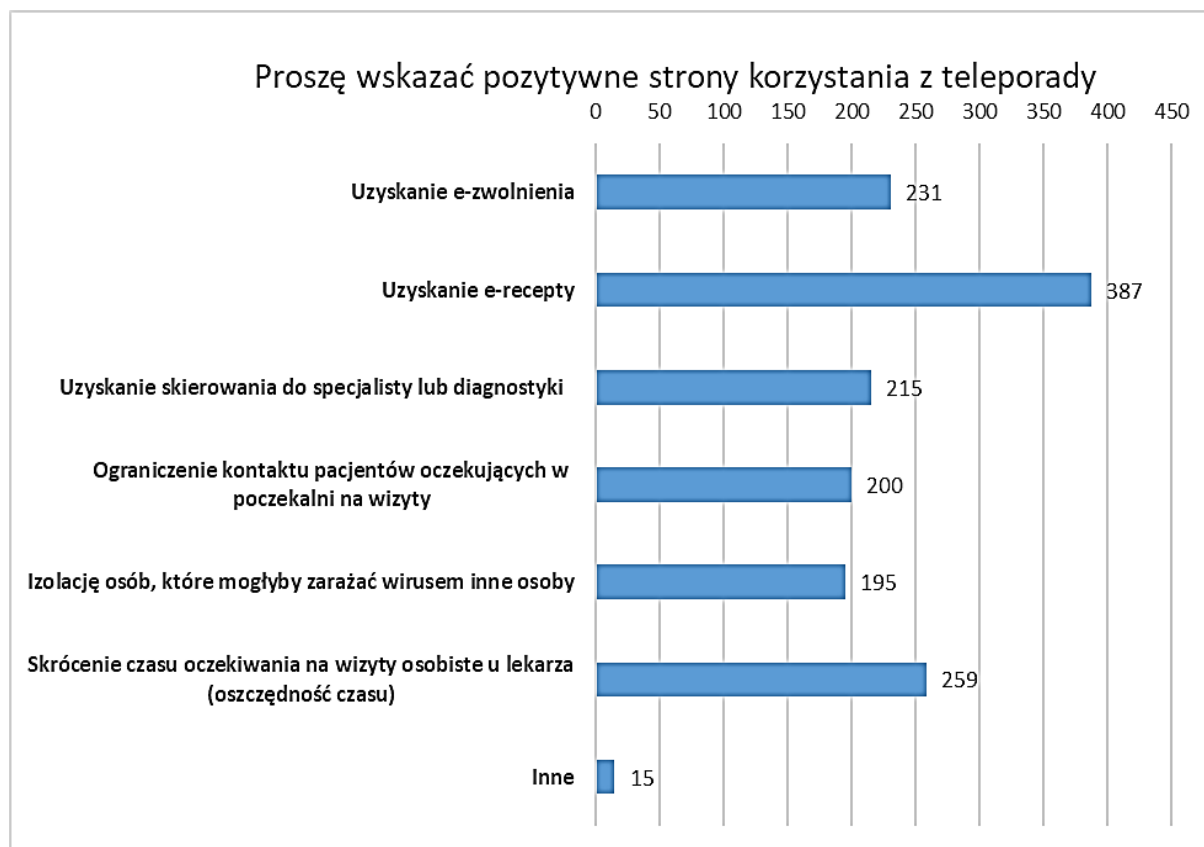
¹⁰ Tylko w pierwszym półroczu 2020 roku udzielono 145,8 tys. świadczeń w formie teleporady, które stanowiły 25% wszystkich porad, średnio na jednego lekarza POZ przypadło od 0,2 tys. do 1,1 tys. świadczeń udzielonych w formie teleporady (*Informacja o wynikach kontroli. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądanym kierunki zmian*, Raport NIK, 2019, Warszawa: Departament Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli).

na pytanie, czy została im zaoferowana możliwość umówienia wizyty osobistej, odpowiedzi udzielić chciało jedynie 278 osób. Jedynie 28% odpowiadającym na to pytanie ankietowane zaproponowano możliwość umówienia wizyty osobistej u lekarza POZ, a 22% pacjentów nie uzyskało informacji dotyczącej możliwości umówienia wizyty osobistej.

Istotne dla bezpieczeństwa pacjentów jest również, aby w sposób jasny i zrozumiały omówić problem zdrowotny, z którym zgłaszają się do lekarza, niezależnie od sytuacji występowania zagrożenia epidemiologicznego w kraju. Ponad połowa badanych określiła, że pandemia nie wpłynęła na poziom przekazywanych informacji przez lekarza, określono ją na tym samym poziomie (53% respondentów), co w czasie z przed pandemią. Warto zauważyć, że wyniki przeprowadzonego badania jednoznacznie wskazują, iż teleporady nie spotkały się z pozytywnym odbiorem i zostały uznane przez większość pacjentów (respondentów), którzy z nich korzystali, za świadczenie zdrowotne proponowane na zdecydowanie niższym poziomie. Zaskakujące jest jednak, że na pytanie postawione w kwestionariuszu, czy powinno być kontynuowane (dostępne) po skończonej pandemii jako forma kontaktu pacjent – lekarz, aż 47% odpowiedziało, że tak, ale wskazano, że jedynie w zaistniałej sytuacji potrzeby wystawienia skierowania na badania specjalistyczne i ewentualnie e-recepty. Tylko 15% respondentów uważa ten kanał kontaktu z lekarzem za niepotrzebny i niewartościowy. Świadczenie zdrowotne w postaci teleporady, pomimo negatywnych opinii respondentów, umożliwiło pacjentom otrzymanie szeregu zaleceń medycznych, jak również e-zwolnienia, e-recepty czy zalecenia bezpośredniej wizyty w placówce lub kontaktu ze stacją sanitarno-epidemiologiczną w razie zaistniałej konieczności. Stało się jednym z działań zapobiegających rozpowszechnianiu się wirusa poprzez ograniczenie kontaktu pacjentów oczekujących na wizyty w placówkach ochrony zdrowia, izolację osób, które mogłyby zarażać inne osoby, rozwianiu obaw, jeśli sytuacja pacjenta okaże się niegroźna dla jego zdrowia czy skróceniu czasu oczekiwania na wizyty bezpośrednie w gabinecie lekarza. Przy dalszym rozwoju formy kontaktu z lekarzem na odległość, dla zwiększenia poziomu satysfakcji pacjentów, warto zwrócić uwagę, na jakie pozytywne strony korzystania z tej formy świadczeń zwracają uwagę klienci. Wyniki prezentowanego w artykule badania dały wiedzę na temat opinii pacjentów w tym zakresie i mogą być merytoryczną podpowiedzią we wdrażaniu (na stałe) i udoskonalaniu tej formy świadczenia usług medycznych.

Jedno z pytań w kwestionariuszu dotyczyło wskazania pozytywnych stron korzystania z teleporady (respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi). Najwięcej badanych jako pozytywną stronę podawało uzyskanie e-recepty, skrócenie czasu oczekiwania na wizyty osobiste u lekarza (oszczędność czasu), uzyskanie e-zwolnienia i skierowania do specjalisty. Szczegółowy obraz uzyskanych odpowiedzi w tym zakresie prezentuje wykres 2.

Autorka kwestionariusza zweryfikowała również, czy od momentu wprowadzenia teleporady u lekarza POZ pacjent miał problemy z dodzwonieniem się do swojej przychodni i na jakim poziomie (w skali 1-10) ocenia dostępność rejestracji telefonicznej. Średnia ocen respondentów w tym zakresie wyniosła tylko 4,48 – co może wskazywać na istotny problem w funkcjonowaniu organizacyjnym jednostek ochrony zdrowia, który należałoby udoskonalić. Biorąc pod uwagę, że oczekiwania pacjentów są bardzo różnorodne i zmienne w czasie, należy systematycznie prowadzić badania i monitorować satysfakcję pacjentów z udzielanych im usług. Satysfakcja pacjenta postrzegana jest zatem jako stopień, w jakim pacjent akceptuje opiekę zdrowotną, przy uwzględnieniu swoich potrzeb i oczekiwań. Rzetelne przeprowadzenie badań oraz odpowiednia analiza uzyskanych wyników pozwalają na lepsze dostosowanie funkcjonowania jednostki do rzeczywistych wymagań i preferencji pacjentów.



Wykres 2. Pozytywne strony korzystania z teleporady.

Źródło: opracowanie własne.

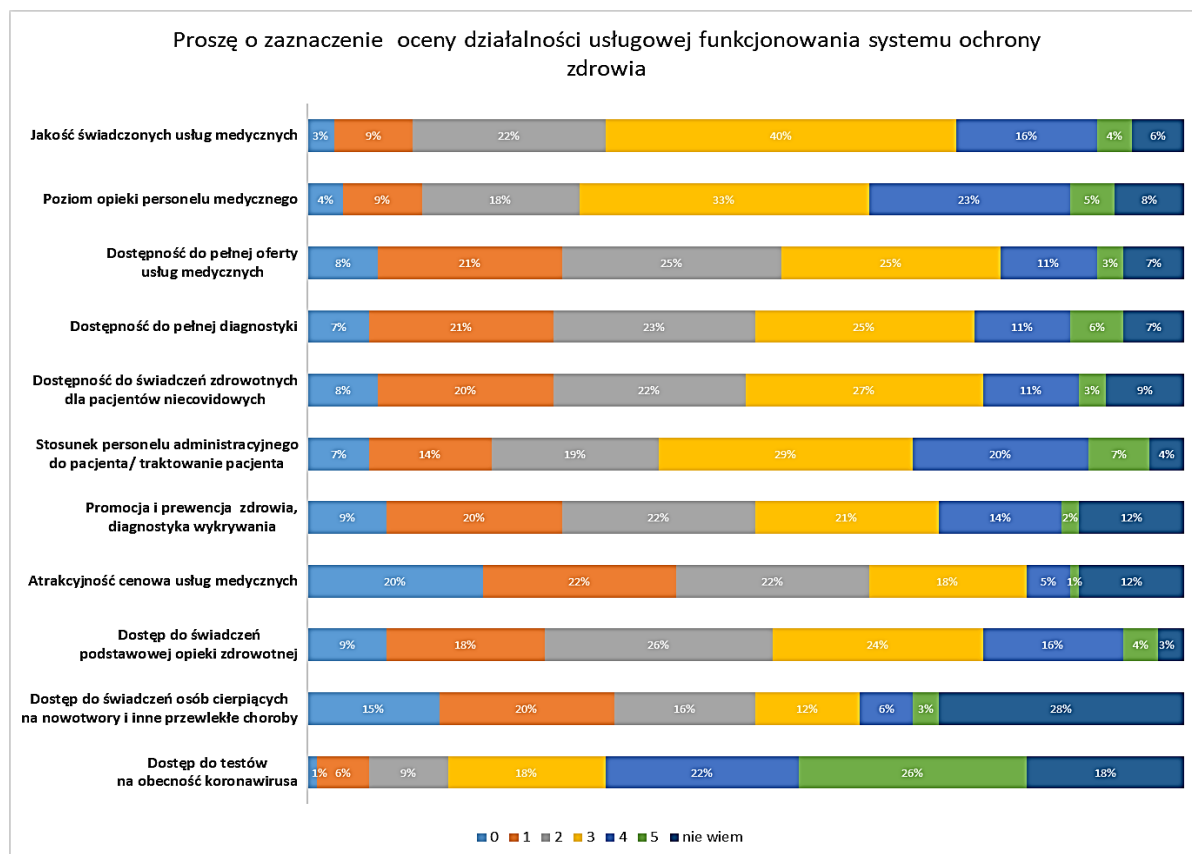
Uwzględniając analizę wyników badań empirycznych, dotyczących subiektywnej oceny poziomu świadczonych usług medycznych w opinii pacjentów, należy podkreślić, że dotyczyły one 4 grup – jedynie wybranych elementów oceny, w następujących kategoriach (udzielane odpowiedzi przez ankietowanych były w skali 5-punktowej; gdzie 5 oznaczało ocenę najwyższą), tj. ocena działalności usługowej, w ramach umiejętności technicznej, poziom technologii oraz działalność kadrowa, organizacja i zarządzanie.

Ogółem, respondenci bardzo nisko ocenili jakość świadczonych usług medycznych w swoim województwie (małopolskim). Należy jednak podkreślić, że pacjent/klient ocenia wskazane kryterium, jak podkreśla się w artykule, na podstawie subiektywnych odczuć. Trzeba pamiętać, że to on i jego potrzeby, a także oczekiwania powinny być w centrum uwagi personelu medycznego oraz kierownictwa szpitala – to pacjent jest główną postacią procesu zarządzania jakością placówki medycznej. Ma prawo do współdecydowania zarówno o przebiegu procesu leczenia oraz pielęgnowania, do oceny, jak też decydowania o jakości tej opieki. W oparciu o zebrane dane można stwierdzić, że w badanej zbiorowości pacjenci mają duże zastrzeżenia co do jakości oferowanych usług i oceniają ten aspekt na dość niskim poziomie. Pozytywne reakcje badanych, przyznając przy tym najwyższą ocenę punktową dotyczące jednego z aspektów działalności usługowej – jakości świadczonych usług, wykazało tylko 4% ankietowanych, odpowiedzi negatywnych było nieco więcej – 9% osób wskazało ocenę 1. Najwięcej przyznanych ocen 0 w tym zakresie udzieliły osoby z wykształceniem wyższym (4%) oraz średnim (2%). Czynnikiem silnie determinującym zadowolenie pacjenta z otrzymanej jakości usług medycznych jest relacja na płaszczyźnie pacjent – personel medyczny. Również ocena kontaktów z personelem administracyjnym ma kluczowe znaczenie dla ogólnego poziomu zadowolenia pacjenta. Z analizy

można wnioskować, że opieka personelu medycznego względem pacjenta – poziom opieki, została oceniona niżej (5% badanych wskazało ocenę najwyższą) niż traktowanie pacjenta przez personel administracyjny (7% osób wskazało ocenę najwyższą). Najwięcej odpowiedzi krytycznych, jak i najwyższych, dotyczących zarówno poziomu opieki personelu medycznego, jak również administracyjnego, udzieliły osoby z wyższym wykształceniem. Do najgorzej postrzeganych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w ramach oceny działalności usługowej, wskazując przy tym najwięcej ocen negatywnych, zaliczyli mieszkańcy Małopolski, biorący udział w badaniu – atrakcyjność cenową usług medycznych (20% wskazało ocenę 0), osób cierpiących na nowotwory i choroby przewlekłe (15% wskazało ocenę 0). Relatywnie nisko, co jest godne zauważenia, oceniony został dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej – tylko 24% badanych oceniło ten aspekt na poziomie dobrym i 16% na bardzo dobrym. Jeszcze mniej osób zaznaczyło oceny na poziomie dobrym i bardzo dobrym w aspekcie dostępności do pełnej diagnostyki, co z pewnością jest alarmujące. Relatywnie wysoko ankietowani ocenili dostępność do testów na występowanie wirusa w organizmie – 26% ankietowanych przyznało ocenę najwyższą z możliwych. Powyższe wnioski są potwierdzone danymi zaprezentowanymi na wykresie 3.

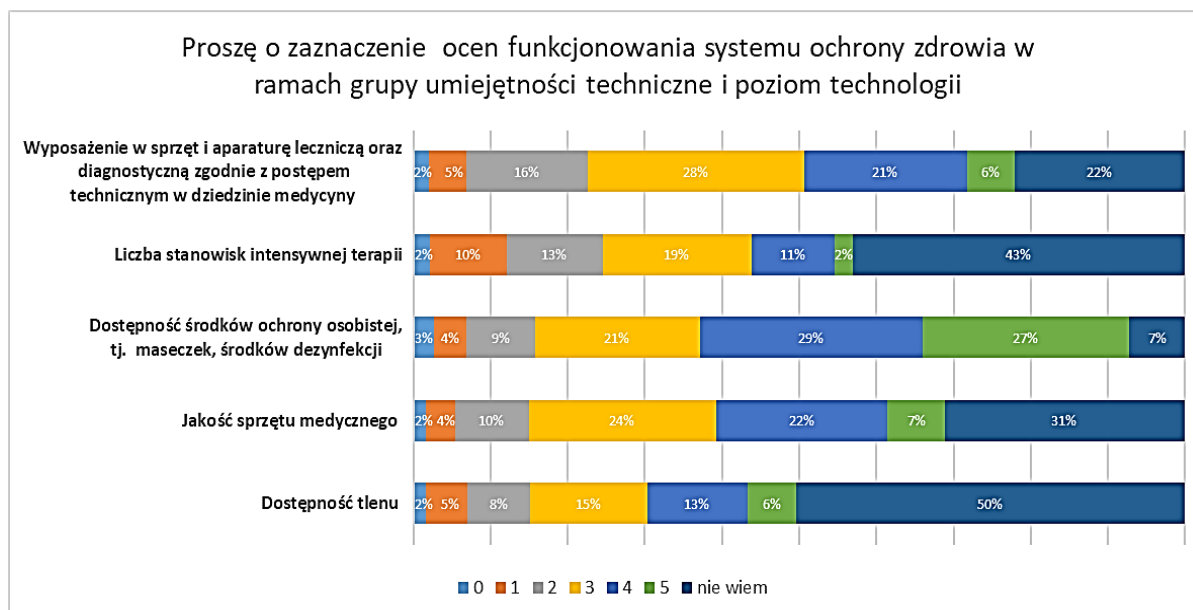
W kwestii oceny jakości usług medycznych pacjent zwraca uwagę nie tylko na jakość zapewnianych usług/świadczeń, lecz również na otoczenie, w którym przebywa. Standard wyposażenia i poziom technologii poddawany jest również ocenie, jako ten wariant, który ma wpływ na komfort pacjenta w czasie sprawowanej opieki i w okresie jego przebywania w jednostce medycznej. Kolejnym więc etapem analizy oceny funkcjonowania ochrony zdrowia w percepcji jej klientów jest ocena wybranych aspektów umiejętności technicznych i poziomu technologii. Postęp technologiczny jest nieodłącznym elementem rozwoju każdej gospodarki i ludzkości. Tylko dynamiczny rozwój technologii w organizacji wiąże się z szybkimi zmianami, które mogą okazać się korzystne, gdyż z założenia rozwój technologii jest procesem ukierunkowanych zmian, dążących do udoskonalania wielu procesów. Poziom stosowanej technologii niewątpliwie ma istotne znaczenie dla jakości usług opieki zdrowotnej – odgrywa główną rolę w projektowaniu i udoskonalaniu całego systemu opieki zdrowotnej i uczynieniu go sprawniej funkcjonującym, bardziej efektywnym i skuteczniejszym. Innowacje technologiczne są nieodłączną częścią medycyny – udoskonalają i poniekąd zmieniają jej jakość. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą oraz diagnostyczną zgodnie z postępem technicznym oraz jakość sprzętu medycznego to niektóre z wielu aspektów, które ocenili respondenci w swoich odpowiedziach (ocena subiektywna¹¹).

¹¹ 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 i na materialne elementy danego świadczenia. Pracownicy skupiają się na wykonaniu danej usługi w sposób najbardziej profesjonalny i rzetelny, oparty na aktualnej wiedzy. Kadra zarządzająca jednostką ochrony zdrowia koncentruje się z kolei na jej konkurencyjności, nowoczesności oraz istotnym finalnym aspekcie finansowym związanym z podażą danej usługi.



Wykres 3. Ocena działalności usługowej funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Małopolsce w opinii pacjentów.
Źródło: opracowanie własne.

W tym zestawieniu wymienione dwa aspekty uplasowały się na porównywalnym poziomie, jak prezentuje wykres 4. Znacząca grupa respondentów nie dokonała jednak oceny w tej kategorii.

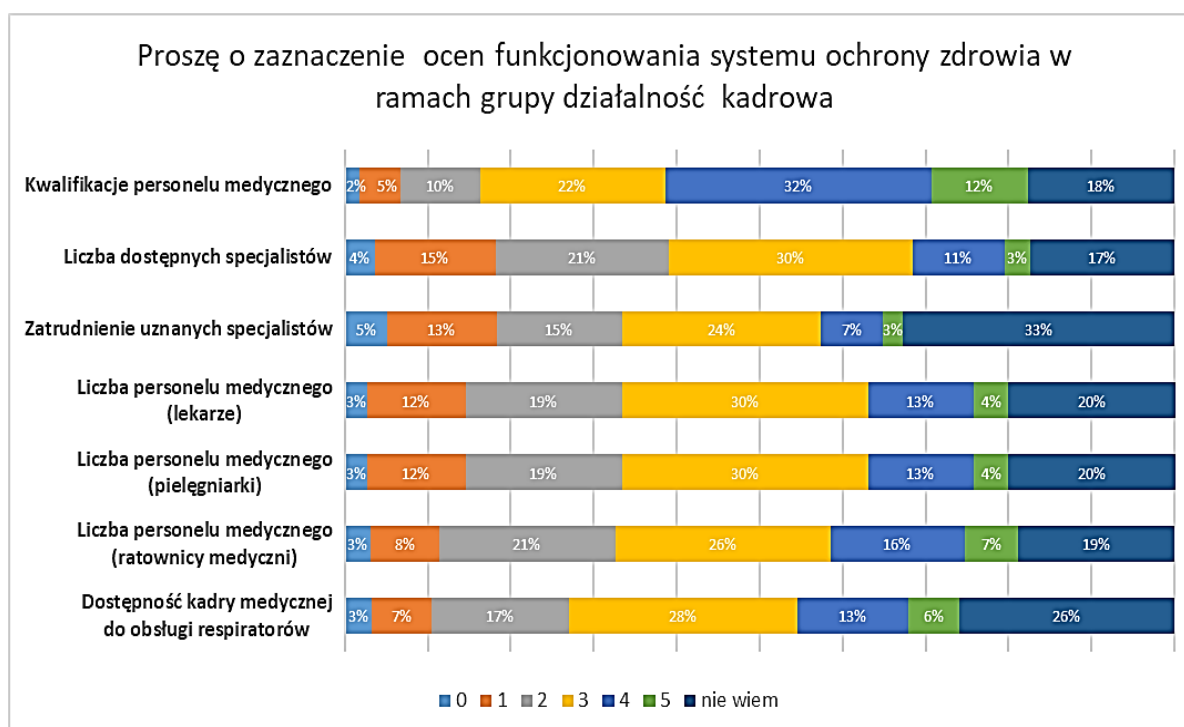


Wykres 4. Ocena wybranych umiejętności technicznych i poziomu technologii w działalności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Małopolsce w opinii pacjentów.
Źródło: opracowanie własne.

Kapitał ludzki to niewątpliwie jeden z najcenniejszych zasobów każdej organizacji. Pomimo rosnącej roli technologii w każdej pracy, czynnik ludzki – zaangażowanie człowieka w pracę, w dalszym ciągu decyduje o efektywności działań realizowanych w różnych instytucjach. Najlepsze wykorzystanie zatrudnionego potencjału pracowniczego to z całą pewnością duże wyzwanie dla osób zarządzających danym podmiotem. Zarządzanie kadrami w ochronie zdrowia stanowi obecnie duże wyzwanie nie tylko dla kadry zarządzającej, ale także dla wszystkich organizatorów systemu opieki zdrowotnej. Kierownik jednostki podejmuje trudne decyzje w sprawach kadrowych i odpowiada za zatrudnianie na poszczególnych stanowiskach pracy osób z wymaganymi kwalifikacjami. Decyduje też o wprowadzaniu nowych, innowacyjnych rozwiązań, usprawniających pracę personelu medycznego. Rola menedżerów w zapewnianiu odpowiednich zasobów w celu zagwarantowania ergonomicznych, bezpiecznych warunków pracy personelu medycznego i obsługi klientów/pacjentów wydaje się nieskończonym oraz niełatwym obszarem w procesie zarządzania. Inwestycje w sprzęt, wyposażenie, infrastrukturę oraz kompetencje – wszystkie te zagadnienia powinny być przez osoby kierujące traktowane łącznie.

W wymiarze odnoszącym się do oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ramach grupy działalność kadrowa, respondenci ocenili jedynie wybrane elementy, m.in. kwalifikacje personelu medycznego, liczbę dostępnych specjalistów, zatrudnienie uznanych specjalistów, liczbę personelu medycznego (tj. lekarzy¹²) i pielęgniarek, ratowników medycznych oraz dostępność kadry medycznej do obsługi respiratorów. Wymienione kryteria stanowią oczywiście katalog otwarty, służący zapewnieniu jakości oferowanej opieki medycznej, ale należy podkreślić, że jednocześnie niewyczerpujący omawianego kryterium. Oczywistym jest, że bez lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, analityków medycznych i innych grup zawodowych działalność jednostek nie byłaby możliwa. Osoba wykonująca zawód medyczny musi sprostać wielu wymaganiom, które są charakterystyczne dla sektora opieki zdrowotnej, wpływając na jakość usług medycznych i wpisując się bezpośrednio w potrzeby pacjenta jako klienta tego sektora. Z badań wynika, że znaczna część badanych docenia kwalifikacje personelu medycznego – 32% oceniło to na poziomie dobrym i 12% na bardzo dobrym. W ocenach pozostałych analizowanych aspektów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w kategorii działalność kadrowa przeważają opinie na poziomie dostatecznym i dobrym. Zauważalnym jest także fakt, że duża część respondentów wyraża niezadowolenie z powodu niewystarczającej liczby dostępnych specjalistów, wystarczającej liczby personelu oraz trudności w dostępie do specjalistów. Podobną prawidłowość zauważa się również w tej kategorii w odniesieniu do faktu, że znacząca grupa respondentów nie dokonała oceny, zaznaczając, że nie ma zdania na ten temat. Szczegółowy rozkład odpowiedzi prezentuje wykres 5.

¹² Według stanu na koniec 2020 roku, liczba lekarzy udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, wynosiła 29,2 tys., i 15,1 tys. pielęgniarek (*Informacja o wynikach kontroli. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Raport NIK, 2019, Warszawa: Departament Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli).



Wykres 5. Ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Małopolsce w ramach działalności kadrowej, w opinii pacjentów biorących udział w badaniu.

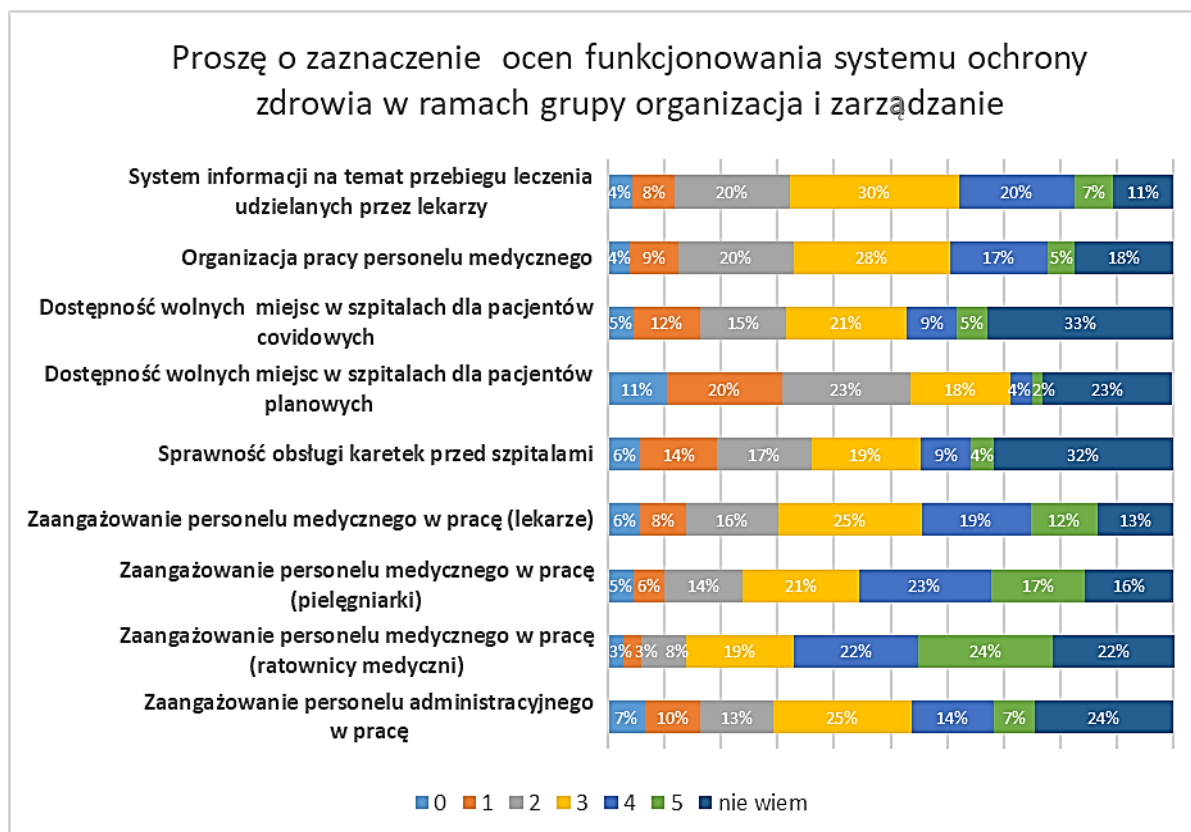
Źródło: opracowanie własne.

Podstawą funkcjonowania każdej organizacji jest ciągle jej modyfikowanie, ewoluowanie i udoskonalanie. Potencjalne korzyści z monitorowania udoskonalania procesów systemów jakości w jednostkach ochrony zdrowia obejmują usprawnienie organizacji i zarządzania, zwiększenie świadomości występowania problemów, usprawnienie tych procesów, racjonalizację czasu świadczenia usług oraz procesów im towarzyszących, aktywizację pracowników, wzrost satysfakcji pacjentów oraz poprawę wizerunku, a tym samym konkurencyjności placówki. Analiza czynników wywołujących niezadowolenie wśród pacjentów daje z kolei możliwość wprowadzenia właściwych zmian i efektywnego rozwoju jednostki medycznej, zgodnych z oczekiwaniami oraz potrzebami świadczeniobiorców.

Znajomość poziomu zaangażowania w pracę zatrudnionego personelu, w opinii klientów, jest bardzo ważna dla kadry kierowniczej. Uzyskana wiedza w tym zakresie ułatwia podejmowanie adekwatnych działań, ukierunkowanych na ściśle określone cele związane z rozwojem personelu i firmy. Podczas zmagania się z pandemią przy ograniczonych możliwościach systemowych role personelu medycznego nabrały szczególnego znaczenia w systemie ochrony zdrowia, gdyż stanął on przed koniecznością pokonania wielu trudności, takich jak niedobory finansowe, kadrowe, bariery technologiczne, częste zmiany regulacji prawnych, wprowadzających nowe rozwiązania czy nadmierne obciążenie. Z przeprowadzonej analizy wynika jednak, że pacjenci dość krytycznie odnieśli się w swoich ocenach do tej kwestii.

Powszechnie panuje opinia o niewłaściwym podejściu oraz zaangażowaniu w pracę poszczególnych grup personelu medycznego i administracyjnego. Stąd też Autorka uznała za niezbędne poznanie poglądów respondentów, dotyczących zachowań personelu w tym zakresie. Z analizy wyników można uznać, że wymagają oni i oczekują dobrej organizacji pracy zespołu i ich dużego zaangażowania, co dotyczy tak personelu medycznego, jak i administracyjnego. Analiza ich opinii, w ramach komponentu organizacja pracy personelu medycznego, wskazała, że tylko 5% badanych oceniło ją na poziomie najwyższym (w 5-stopniowej skali). Zaangażowanie

pracowników powinno być postrzegane jako pozytywna ich postawa wobec firmy, w której świadczą pracę¹³. Zaangażowany pracownik ceni także wartości prezentowane przez organizację, współpracuje w zespołach z innymi i stara się pracować tak, by jego działania przyniosły korzyści nie tylko dla firmy, ale i jej klientów. W przeprowadzonym badaniu ocena zaangażowania personelu dotyczyła grupy lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych oraz personelu administracyjnego. Zauważalne jest, że najbardziej docenioną grupą zawodową stanowili ratownicy medyczni. Otrzymali oni najwięcej ocen bardzo dobrych – 24%, pielęgniarki – 17%, a także personel lekarzy – 12%. Najniżej oceniono zaangażowanie w pracę administracyjnego personelu, co szczegółowo przedstawia wykres 6.



Wykres 6. Ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Małopolsce w ramach organizacji i zarządzania, w opinii pacjentów, biorących udział w badaniu.

Źródło: opracowanie własne.

Potencjalne korzyści z monitorowania systemu jakości w jednostkach ochrony zdrowia obejmują m.in. usprawnienie organizacji pracy oraz zarządzania, zwiększenie świadomości występowania problemów, usprawnienie procesów, racjonalizację czasu świadczenia usług oraz procesów im towarzyszących, aktywizację pracowników, wzrost satysfakcji pacjentów oraz poprawę wizerunku, a tym samym konkurencyjności placówki.

¹³ Jedną z klasyfikacji zaangażowania, dokonaną ze względu na przedmiot zaangażowania (organizacja, praca, zawód, środowisko pracy), prezentują w literaturze Ch. Boshoff i G. Mels, według których zaangażowanie przejawia się m.in. w formie zaangażowania organizacyjnego – identyfikacja z celami, zadaniami, wartościami organizacji oraz zaangażowanie w pracę – wysoki poziom realizacji codziennie powierzonych zadań (*Zarządzanie personelem w organizacji. Wybrane problemy teorii i praktyki*, B. Buzowska, K. Puder, 2017, Wrocław: Wydawnictwo Exante).

Podsumowanie

Wrażliwość na oczekiwania i potrzeby pacjentów jest, oprócz skuteczności leczenia, głównym celem systemu opieki zdrowotnej i powinna podlegać nieustannemu monitorowaniu. Prowadzone systematycznie badania jakości usług zdrowotnych są jedną z podstaw ich doskonalenia, a jednocześnie warunkują realizację zasady orientacji na swojego klienta/pacjenta. W dobie społeczeństwa konsumpcyjnego podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych pacjenci oczekują podobnego poziomu jakości usług i możliwości dokonywania wyboru jak w trakcie zakupu towarów czy korzystania z innego rodzaju usług. Satysfakcja pacjenta jest jednym z elementów oceny jakości opieki zdrowotnej, dlatego poziom jego zadowolenia jest istotnym czynnikiem, wpływającym na sukces zarządzania jednostką medyczną. Prowadzone badania satysfakcji pacjentów niosą ze sobą możliwość poznania opinii pacjentów o oferowanych im usługach, ale też pozwalają zdefiniować słabości w analizowanych obszarach funkcjonowania szpitala. Wyniki tego rodzaju badań dają możliwość podjęcia odpowiednich działań, ale także przygotowania placówki medycznej do wdrożenia i realizacji systemów zarządzania jakością. Trzeba jednak pamiętać, że spełnienie oczekiwań klientów, po pierwsze, nie jest łatwe, po drugie zaś – uwarunkowane jest przez wiele czynników. Na poziom jakości świadczonych usług składa się bowiem jakość funkcjonowania całej jednostki. W związku z tym kadra zarządzająca powinna podejmować wszelkie działania zmierzające do uzyskania informacji o oczekiwaniach i wymaganiach pacjentów celem lepszego dostosowania oferty swoich usług i podniesienia ich jakości. Należy przy tym stwierdzić, że hierarchizacja oczekiwań klienta może być niezwykle ważna ze względu na podejmowanie działań doskonalących w warunkach dość znacznie ograniczonych zasobów. Pozwoli ona na określenie obszarów, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, tak aby zwiększać poziom jakości tych, które stają się kluczowe z perspektywy pacjenta.

Punktem wyjścia w dyskusji zarówno dla kadry zarządzającej, jak i administracyjnej, personelu medycznego jest m.in.:

- kreowanie jakościowych trendów w systemie opieki zdrowotnej;
- przestrzeganie w jednostce medycznej polityki jakości, ustalonych celów dotyczących jakości oraz ciągłe jej doskonalenie;
- zapewnienie odpowiednich zasobów, w tym ludzkich, i zbudowanie odpowiedniej struktury systemu niezbędnego do osiągnięcia celów dotyczących jakości;
- poprawa organizacji pracy i stworzenie mechanizmów pozwalających sprawne identyfikowanie, raportowanie występujących błędów, zdarzeń niepożądanych w organizacji każdej jednostki medycznej a także ich eliminowanie;
- określenie środków zapobiegających niezgodnościom i eliminujących ich przyczyny;
- zwiększenie informatyzacji w czynnościach administracyjnych;
- wdrożenie systemów elektronicznej rejestracji wizyt z możliwością wysyłki powiadomień i bieżącej aktualizacji statusu wizyty (w formie e-mail lub sms), w celu udostępnienia lekarzowi informacji o zapisanych pacjentach i ograniczenia liczby przypadków, gdy pacjent zapisuje się na wizytę, a następnie z niej nie korzysta;
- wspieranie personelu medycznego w pracy administracyjnej – przeanalizowanie zakresu obowiązków administracyjnych personelu medycznego i ograniczenie ich do niezbędnego minimum (oszczędność czasu, który może być wykorzystany dla pacjenta);
- zwiększanie i monitorowanie zaangażowania pracowników, ale również badanie ich opinii w omawianym zakresie;

- stworzenie systemu motywacji, stymulującego pracowników do większego zaangażowania na rzecz jakości świadczonej pracy, w tym świadczonych usług;
- wspieranie rozwoju personelu, podnoszenie kwalifikacji;
- stymulacja poprawy jakości opieki nad pacjentem, w tym zwiększenie zaufania społecznego do zatrudnionego personelu;
- podkreślenie roli zapewnienia oczekiwanego przez społeczeństwo poziomu zaspokojenia ich oczekiwań i potrzeb oraz prowadzenie badań satysfakcji pacjenta. Gromadzenie ich opinii pomaga we wskazaniu problemów, a także pozwala na zastosowanie takich rozwiązań, które będą miały na celu poprawę jakości jej funkcjonowania. Główne działania w tym zakresie powinny być skierowane na identyfikowanie kryteriów oceny, którymi posługują się pacjenci, to one powinny wyznaczać kierunki doskonalenia ich obsługi. Obszar ten wciąż jest jednak niezwyfikowany, podjęto niewiele prób stworzenia jednolitego narzędzia, które pozwoliłoby ocenić, jakimi kryteriami kierują się pacjenci, wybierając usługi medyczne;
- poprawa przepływu informacji;
- umożliwienie klientowi lepszego wyboru w zaspokajaniu jego oczekiwań;
- poprawa komunikacji i nawiązanie na właściwym poziomie relacji pacjentów z personelem medycznym i administracyjnym.

W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badań empirycznych na temat poziomu zadowolenia pacjentów z funkcjonowania ochrony zdrowia, w wybranych aspektach, podczas pandemii oraz oceny jakości usług w ramach przyjętych przez Autorkę różnych kryteriów. Rezultaty badań mogą być punktem wyjścia do sformułowania i przekazania zaleceń do podjęcia działań zaradczych w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jednostką.

Bibliografia

- Buzowska, B., Puder, K. (2017). *Zarządzanie personelem w organizacji. Wybrane problemy teorii i praktyki*. Wrocław: Wydawnictwo Exante.
- Dobska, M., Dobski, P. (2016). *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Dobska, M., Rogoziński, K. (2008). *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Garbacz, K., Guziak, D. (2012). Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 28.
- Hamrol, A., Mantura, W. (1998). *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*. Warszawa-Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Komunikat z badań Oceny sytuacji finansowej gospodarstw domowych*. (2020). Fundacja Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej Nr 123/2020.
- Krot, K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Lawthers, A.G. (1999). Pomiar jakości a menadżer ochrony zdrowia. *Zdrowie i Zarządzanie*, 1(3).
- Matysiewicz, J., Smyczek, S. (2012). *Modele relacji jednostek medycznych z pacjentami*. Warszawa: Placet.
- Mądrala, A. (2014). *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*. Warszawa: Akademia Zdrowia.
- Moroz, G., Orzeł, Z. (2014). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Praktyczny poradnik dla świadczeniodawców*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

- Murkowski, M., Nowacki, W., Koronkiewicz, A. (1996). *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*. Warszawa: Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia.
- Opolski, K., Dykowska, B., Możdżonek, M. (2021). *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Warszawa: CedeWu.
- Paszkowska, M. (2020). *Polski system ochrony zdrowia*. Warszawa: Difin.
- Raport CBOS. (2019). *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Raport NIK. (2019). *Informacja o wynikach kontroli. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Warszawa: Departament Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli.
- Rudawska, I., Urbańczyk, E. (2012). *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*. Warszawa: Difin.
- Staszewski, R., Kautsch, M. (2010). *Jakość i zarządzanie jakością*. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Szczepańska, K. (2011). *Zarządzanie jakością. W dążeniu do doskonałości*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Ślusarska, B., Zarzycka, D., Zahradniczek, K. (2013). *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo (t. I Założenia teoretyczne)*. Warszawa: PZWL.