



Teresa Taranko

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Kolegium Zarządzania i Finansów
Katedra Rynku, Marketingu i Jakości
teresataranko@o2.pl

OCENA JAKOŚCI USŁUGI SYSTEMOWEJ NA PRZYKŁADZIE LECZENIA SZPITALNEGO

Streszczenie: Celem artykułu jest analiza podejścia do usługi leczenia szpitalnego jako usługi systemowej. Zaprezentowane zostały teoretyczne koncepcje ujmowania tej usługi oraz elementy wchodzące w jej skład. Wskazano także znaczenie systemowego ujęcia tej usługi w procesie zarządzania jej jakością. W artykule zaprezentowano także metodykę oraz wnioski z badania jakości świadczonych usług leczenia szpitalnego zrealizowanego w jednym ze szpitali w Warszawie.

Słowa kluczowe: ujęcie systemowe usługi, jakość usługi leczenia szpitalnego, oczekiwania pacjentów.

Wprowadzenie

Leczenie szpitalne jest jedną z kategorii szeroko rozumianych usług medycznych interpretowanych jako „każde świadczenie zdrowotne, czyli świadczenie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania” [Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej]. Katarzyna Krot definiuje usługę medyczną jako „szereg czynności o charakterze niematerialnym podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia – jego zachowania, ratowania, przywracania i poprawy” [Krot, 2008, s. 13]. Usługi medyczne są z natury dobrami wysokiego zaufania (*credence goods*), czyli takimi, których ocena jakości jest trudna lub niemożliwa, nawet po ich konsumpcji. Pacjenci nie są w stanie dokładnie ocenić, czy proces leczenia przebiega prawidłowo, przede wszystkim ze względu na asymetrię informacji – pacjent nie ma

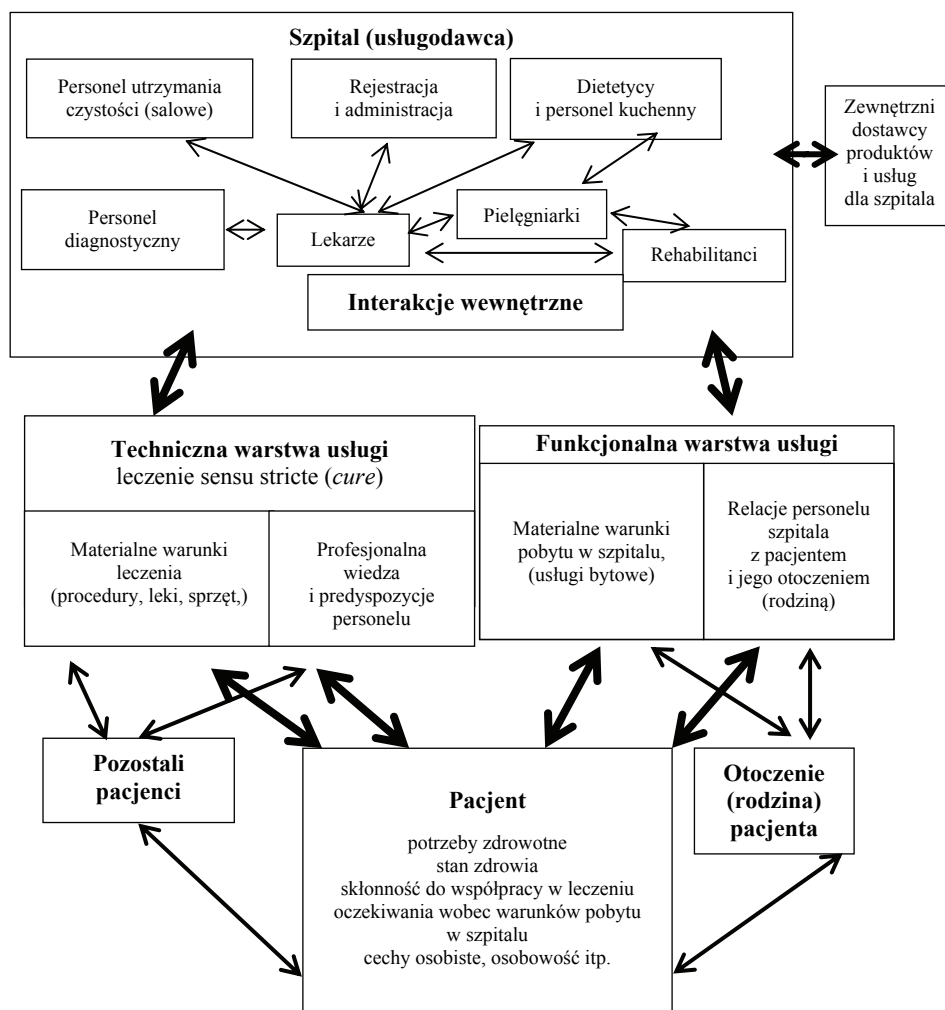
wystarczającej wiedzy i informacji, by podejmować decyzję o procesie leczenia i jest on zdany na kwalifikacje i doświadczenie lekarza [Naidu, 2009, s. 366-367]. Usługi te należą do grupy usług profesjonalnych, o wysokim poziomie zaangażowania wiedzy i predyspozycji osobistych specjalistycznych grup zawodowych – głównie lekarzy i pielęgniarek, których „rola wzrasta wraz ze stopniem skomplikowania przypadku chorobowego i rzadkości jego występowania w populacji” [Rudawska, Krot, 2010, s. 126]. Bezpośrednim beneficjentem korzyści jest pacjent i jego otoczenie (najczęściej rodzina).

1. Cechy leczenia szpitalnego jako usługi systemowej

Produkty systemowe charakteryzują się kilkoma cechami, które można odnieść także do usługi leczenia szpitalnego.

1. Podstawową cechą tej usługi jest fakt, że służy ona zaspokajaniu wiązki różnorodnych potrzeb usługobiorcy – pacjenta. Leczenie w szpitalu wiąże się z potrzebą przywrócenia lub podtrzymania stanu zdrowia pacjenta, ale towarzyszy jej cały szereg dodatkowych potrzeb fizjologicznych, bytowych i społecznych związanych z koniecznością przebywania pacjenta na oddziale szpitala, w otoczeniu innych chorych. Identyfikacja oraz realizacja całego kompleksu potrzeb i oczekiwań pacjenta stanowi konieczność systemowego, holistycznego podejścia w procesie leczenia szpitalnego.
2. Usługa leczenia szpitalnego wymaga fizycznej obecności chorego w miejscu świadczenia, co sprawia, że zarówno on, jak i jego najbliższe otoczenie nie tylko korzystają z usługi w miejscu jej świadczenia, ale także osobiście współuczestniczą w przebiegu oraz mają wpływ na końcowe rezultaty. Uzależnienie jakości procesu i wyniku leczenia szpitalnego od obopólnego zaangażowania usługodawcy i usługobiorcy, ale także od licznych interakcji w procesie jej świadczenia stanowi wiodącą przesłankę do ujmowania tej usługi jako systemu.
3. Proces świadczenia usługi leczenia szpitalnego wymaga zaangażowania bardzo wielu osób reprezentujących dany szpital i bardzo różne jego jednostki wewnętrzne, jak również podmioty spoza tego szpitala, dostarczające produkty lub świadczące usługi na jego zlecenie. Sprawność świadczenia usługi leczenia szpitalnego jest zatem konsekwencją organizacji bardzo wielu procesów wewnętrznych i towarzyszących im wewnętrznych interakcji oraz procesów i interakcji z podmiotami spoza szpitala.

Elementy składowe wchodzące w skład leczenia szpitalnego oraz powiązania między nimi ilustruje rys. 1.



Rys. 1. Elementy składowe leczenia szpitalnego jako usługi systemowej

Źródło: Opracowanie własne.

Każdy proces usługowy można podzielić na trzy fazy, tj. fazę nawiązania kontaktu, fazę intensywnej konsumpcji oraz fazę końcową [U. Lehtinen, J. Lehtinen, 1991, s. 287-303]. W przypadku usługi leczenia szpitalnego faza pierwsza obejmuje przygotowanie pacjenta do świadczenia właściwej usługi medycznej (np. przybycie i przyjęcie chorego do szpitala, rejestrację, poruszanie się określonymi ciągami komunikacyjnymi w szpitalu, oczekiwanie na procedury medyczne, przygotowanie do zabiegu itp.). Faza druga obejmuje świadczenie usługi o charakterze klinicznym i wymaga intensywnych interakcji między badanym

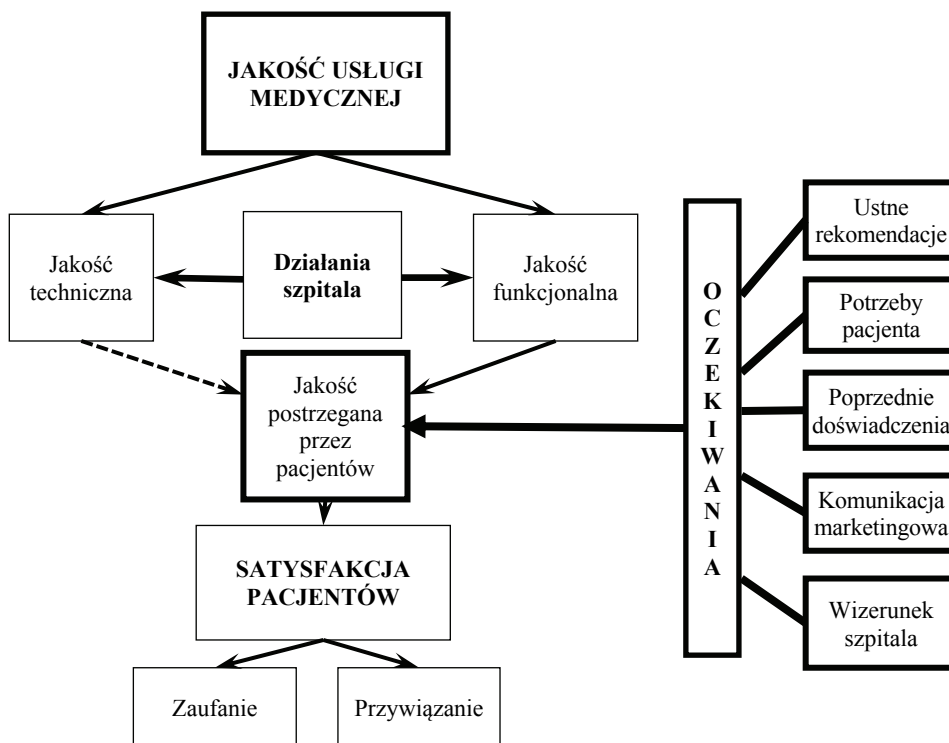
a kadrą medyczną, pielęgniarską oraz technicznym zapleczem szpitala. W leczeniu szpitalnym będzie to przyjęcie pacjenta na oddział, badania diagnostyczne i laboratoryjne, usługi anestezjologiczne, chirurgiczne itp. Proces usługowy leczenia szpitalnego wieńczy faza końcowa, na którą składają się elementy związane z wypisem (dostarczenie epikryzy medycznej, opis wyników laboratoryjnych pacjenta, wystawienie zwolnienia lekarskiego), wskazaniem dalszych konsultacji medycznych na innych szczeblach opieki, zleceniem rehabilitacji i ewentualnie wyznaczeniem kolejnego terminu wizyty. Poszczególne fazy, poza realizacją potrzeb zdrowotnych pacjenta, powiązane są z koniecznością zaspokajania wielu innych jego potrzeb oraz oczekiwań i wymagają szeregu dodatkowych elementów w postaci usług wspomagających i komplementarnych [Grönroos, 1994, s. 8], np. zapewnienie wyżywienia, opieki pielęgniacyjnej, możliwości korzystania z usług duszpasterskich, Internetu, usług gastronomicznych, czytelnicy itp.

2. Problem pomiaru i oceny jakości usługi leczenia szpitalnego

Trudność w operacjonalizacji jakości usług medycznych, w tym szczególnie leczenia szpitalnego, wynika z ich interdyscyplinarności i złożoności, a ich ocena jest uzależniona od podmiotu oceniającego [Naidu, 2009, s. 366]. Oceny te mogą być sprzeczne ze względu na konflikt interesów różnych uczestników. Każdy z podmiotów stosuje inne kryteria oceny bądź też przypisuje im inną wagę. Inaczej jakość usług będzie oceniał pacjent, lekarz, administracja placówki służby zdrowia czy też płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia, samorząd terytorialny bądź pracodawca) [Krot, 2008, s. 27]. W literaturze jakość świadczeń medycznych jest definiowana z uwzględnieniem nadrzędnej pozycji pacjenta i – podobnie jak w przypadku innych branż usługowych – traktowana jest jako zgodność realizacji usługi z oczekiwaniami nabywcy. Dla placówek służby zdrowia oznacza to, że działania rynkowe podejmowane przez nie powinny być zorientowane przede wszystkim na potrzeby pacjenta i jego oczekiwania. Ich rola została zaprezentowana na rys. 2, przedstawiającym model jakości usługi otrzymanej przez pacjenta.

Podejście w zaproponowanym modelu wymaga określenia jakości zarówno w wymiarze technicznym, jak i funkcjonalnym. Jakość techniczna dotyczy tych komponentów, które są niezbędne w procesie leczenia z punktu widzenia placówki służby zdrowia [Czerw, Religioni, Olejniczak, 2012, s. 269]. Przykładowo może być to sprzęt medyczny, wiedza i kompetencje personelu czy też wykorzystywane technologie. W wyniku asymetrii informacji, ten obszar jest trudny w ocenie dla pacjentów. „W ich percepcji o wiele bardziej istotny jest wymiar funk-

cyjonalny, który jest determinowany poprzez interakcje usługobiorcy z usługodawcą i jest sumą osobistych doświadczeń pacjenta w kontakcie z określoną placówką. Zatem usługa medyczna spełni oczekiwania pacjenta w wyniku współdziałania obu wymiarów jakości” [Czerw, Religioni, Olejniczak, 2012, s. 270].



Rys. 2. Model jakości usług w branży medycznej

Źródło: Krot [2008, s. 60].

Podobnie jak w przypadku innych usług, jakość opieki medycznej (w tym także leczenia szpitalnego), jest trudno mierzalna ze względu na jej niematerialność, różnorodność i nierozzerwalność wymiarów. Ponadto na jej postrzeganie ogromny wpływ mają czynniki indywidualne, takie jak chęć pacjenta do współpracy z lekarzem czy sam nastrój pacjenta. W rezultacie percepcja chorego odnosi się do kompleksowości usług, ich złożoności i specjalizacji, dotychczasowych doświadczeń związanych z korzystaniem z usług medycznych oraz relacji personalnych między pacjentem a personelem świadczącym usługi, w tym szczególnie relacji pacjent – lekarz. Ważną cechą tej relacji jest fakt, że – w przeciwieństwie do wielu innych sytuacji usługowych – jej inicjacja jest z reguły

obarczona przymusem wywołanym czynnikami somatycznymi, których konsekwencją jest zaburzenie zdolności osoby chorej do pełnienia ról społecznych [Gelb, Smith, Gelb, 1988, s. 29]. Pacjent działa pod pewną presją wyznaczoną przez dolegliwości i symptomy chorobowe, a do konkretnego szpitala trafia często nie z własnego wyboru. „Owa nienaturalna dla większości rynków usług okoliczność staje się wyzwaniem dla marketingu. Oto bowiem profesjonalista ma za zadanie usatysfakcjonować klienta będącego w dyskomfortowej sytuacji. Co więcej, asymetria informacyjna powoduje, że chory musi przyjąć „na wiarę” przydatność i skuteczność wielu czynności wykonywanych wobec niego przez personel medyczny” [Rudawska, Krot, 2010, s. 132]. Zestawienie atrybutów różniących usługi medyczne od pozostałych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Porównanie czynników decydujących o ocenie jakości usług medycznych i innych usług

Usługa medyczna	Pozostałe usługi
pacjent jest jednocześnie odbiorcą i podmiotem usługi	klient jest zleceniodawcą
na proces leczenia bezpośrednio oddziałuje poczucie lęku i strachu przez chorego	zazwyczaj nie wiąże się z silnymi emocjami
ciągła obecność pacjenta w procesie leczenia	klient nie uczestniczy w procesie świadczenia usługi
skuteczność leczenia zależy od współpracy pacjenta z lekarzem	skuteczność usług nie wymaga stałej współpracy z klientem
błędy popełnione w procesie leczenia są trudne do naprawienia	klient może domagać się reklamacji i zadośćuczynienia
duży wpływ nieprzewidywalnych czynników zewnętrznych	czynniki zewnętrzne są łatwiejsze w identyfikacji
trudność w ocenie wyświadczonej usługi przez badanego z powodu braku odpowiednich kompetencji	klienci nie mają problemów z opinią na temat jakości w ocenie usługi ze względu na mniejszą asymetrię informacyjną
poczucie zadowolenia lub dyssatisfakcji nie musi być skorelowane z wynikiem leczenia	w większości przypadków dyssatisfakcja wynika z niespełnienia oczekiwań.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krot [2008, s. 14].

3. Metodyczne założenia badania jakości usług w Szpitalu Praskim w Warszawie

Omawiane badanie zostało zaprojektowane i zrealizowane w okresie 31.03-16.04.2014 przez pracowników i studentów Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie pod opieką naukową autorki artykułu. Na potrzeby badania, przy współpracy z Działem Marketingu Szpitala Praskiego w Warszawie, został opracowany kwestionariusz udostępniany pacjentom bezpośrednio w oddziałach szpitala. Badaniem objęto 116 pacjentów ze 189 przebywających w okresie badania na ośmiu oddziałach szpitala.

Szczegółowe cele badania:

1. Diagnoza oczekiwań pacjentów wobec świadczonych przez szpital usług – wskazanie rangi istotności badanych atrybutów.
2. Ocena postrzeganej przez pacjentów jakości usług świadczonych przez szpital.
3. Analiza jakości usług świadczonych przez szpital na tle oczekiwań pacjentów – wskazanie luk w poziomie obsługi.
4. Identyfikacja spontanicznie wskazywanych przez pacjentów mocnych i słabych stron szpitala.
5. Określenie ogólnego poziomu zadowolenia pacjentów z usług szpitala.
6. Wskazanie kierunków działania mającego na celu poprawę jakości usług i wzrost satysfakcji pacjentów.

W celu poznania szczegółowych oczekiwań chorych wobec usług szpitala, a także dla jego oceny, wyodrębnionych zostało osiem wymiarów usługi oraz 65 szczegółowych kryteriów charakteryzujących poszczególne wymiary. Badani pacjenci deklarowali istotność dla nich opisanych w tabeli 2 kryteriów w pięciostopniowej skali (1 – nieistotne, 5 – niezwykle istotne). Te same kryteria zostały zastosowane do oceny jakości usług. Respondenci oceniali każde kryterium w pięciostopniowej skali (1 – bardzo źle, 5 – bardzo dobrze). Obok szczegółowej oceny jakości usług chorych poproszono o podanie ogólnej oceny pobytu w szpitalu.

Tabela 2. Wymiary i szczegółowe kryteria oceny usług świadczonych przez Szpital Praski

Kryterium oceny		Istotność dla pacjentów	Ocena wg pacjentów	Udział w całościowej ocenie usług szpitala
1		2	3	4
Dojazd i przyjęcie do szpitala	łatwość dojazdu do szpitala	3,49	4,18	10,9%
	możliwość zaparkowania przy szpitalu	3,34	3,29	
	oczekiwanie na przyjęcie do szpitala w czasie nie dłuższym niż 30 minut	4,11	3,34	
	podanie pacjentowi wcześniej informacji o dokumentach niezbędnych do przyjęcia do szpitala	4,02	3,72	
	kultura osobista personelu przyjmującego pacjenta	4,31	4,13	
	poszanowanie rzeczy osobistych pacjenta oddanych jako depozyt na czas pobytu w szpitalu	3,9	4,08	
	przekazanie informacji osobom bliskim pacjenta o miejscu jego pobytu w szpitalu (oddział, numer sali)	4,11	3,97	

cd. tabeli 2

	1	2	3	4
Opieka lekarska w szpitalu	dostępność lekarzy w pilnej potrzebie	4,55	4,03	13,3%
	okazywanie zrozumienia i zainteresowanie samopoczuciem pacjenta	4,32	4,02	
	zaangażowanie lekarza w diagnozę i w przebieg leczenia	4,5	4,17	
	kultura osobista lekarza w kontakcie z pacjentami	4,3	4,42	
	współpraca lekarza prowadzącego z innymi lekarzami umożliwiającą pacjentowi konsultacje ze specjalistami z innych dziedzin medycyny	4,17	4,0	
	stosunek lekarzy do członków rodziny pacjenta	3,79	4,02	
	poszanowanie godności osobistej (intymności) pacjenta	4,13	4,22	
	znane nazwiska lekarzy w gronie personelu	2,99	3,6	
Zakres i sposób podawania pacjentowi informacji o leczeniu	zakres i szczegółowość informacji podawanych pacjentowi o jego stanie zdrowia	4,24	3,92	9,8%
	forma przekazywania pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia	3,96	4,02	
	zakres i szczegółowość podawanych informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie upoważnionej przez niego (w dokumentacji)	3,9	3,91	
	forma przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie upoważnionej przez niego (w dokumentacji)	3,76	3,95	
	udzielanie informacji pacjentowi o rodzaju i terminach proponowanych zabiegów	4,26	3,96	
	szczególność i systematyka wypełnienia karty pobytu w szpitalu	3,75	4,12	
Opieka pielęgniarska i rehabilitacyjna	obecność pielęgniarki w pobliżu w sytuacji nagłej potrzeby	4,42	4,13	16,7%
	okazywanie zrozumienia i zainteresowanie samopoczuciem pacjenta	4,17	4,02	
	zapewnienie pacjentowi intymności podczas wykonywanych zabiegów	4,15	4,18	
	zachowanie warunków higieny podczas wykonywanych zabiegów	4,52	4,27	
	kultura osobista pielęgniarki w kontakcie z pacjentami	4,21	4,26	
	współpraca pielęgniarki z lekarzami	4,19	4,14	
	stosunek pielęgniarek do członków rodziny pacjenta	3,84	4,04	
	szybkość reakcji pielęgniarek na wezwanie pacjenta	4,40	3,97	
	dostępność personelu rehabilitacyjnego w trakcie pobytu w szpitalu	3,89	3,87	
	umiejętne podejście rehabilitanta do pacjenta	4,02	3,96	

cd. tabeli 2

	1	2	3	4
Warunki socjalne – komfort pobytu w szpitalu	przestronność sali szpitalnej	3,5	3,59	20,4%
	liczba pacjentów w jednej sali szpitalnej	3,51	3,75	
	czystość w sali szpitalnej (i toaletach)	4,37	3,9	
	czystość bielizny pościelowej	4,36	4,0	
	temperatura w sali szpitalnej	3,73	4,01	
	dostępność telewizora	2,52	2,43	
	możliwość korzystania z internetu	2,23	1,81	
	jakość posiłków (smak, urozmaicenie, temperatura)	3,46	3,17	
	pomoc personelu przy spożywaniu posiłków	3,09	3,48	
	cisza i spokój w szpitalu	3,81	3,65	
	możliwość korzystania z ogrodu i zewnętrznego otoczenia szpitala	3,04	3,41	
	możliwość korzystania z usług duszpasterskich	3,06	3,9	
	oznakowanie szpitala ułatwiające poruszanie się po nim	3,61	3,54	
	dostępność prasy	2,61	2,66	
możliwość korzystania z małej gastronomii (barków, kawiarni)	2,75	2,63		
Stosunek personelu pomocniczego do pacjentów	gotowość udzielania pomocy pacjentowi w razie potrzeby	4,17	3,94	8,2%
	uprzejmość personelu pomocniczego w stosunku do pacjentów	3,99	4,01	
	poszanowanie godności osobistej pacjenta przez personel pomocniczy w sytuacjach krępujących dla pacjenta	4,15	4,1	
	poszanowanie rzeczy osobistych pacjenta	4,06	4,15	
	stosunek personelu pomocniczego do osób bliskich pacjenta	3,77	3,99	
Wypis ze szpitala i opieka poszpitalna	kompletność dokumentacji związanej z wypisem ze szpitala (karta informacyjna, zwolnienie lekarskie itp.)	4,35	4,19	11%
	terminowość przygotowania dokumentacji związanej z wypisem pacjenta (w momencie opuszczania szpitala)	4,12	4,02	
	pomoc w zorganizowaniu transportu pacjenta do domu	3,44	3,26	
	przekazanie szczegółowej instrukcji dla pacjenta na temat dalszego postępowania, przyjmowania leków w domu, diety i rehabilitacji	4,3	4,16	
	wyznaczenie dalszych etapów badań i kontroli poszpitalnej	4,33	4,16	
	możliwość kontynuacji leczenia w przychodni przyszpitalnej	3,9	3,76	
	pomoc w zorganizowaniu rehabilitacji poszpitalnej	4,01	3,33	
Źródła informacji i wizerunek szpitala	czytelność strony www szpitala	3,01	3,43	9,7%
	oficjalne certyfikaty potwierdzające jakość usług szpitala	3,18	3,57	
	prezentacja szpitala i jego oferty w mediach (tv, prasa, radio)	2,5	3,06	

cd. tabeli 2

	1	2	3	4
	opinie o szpitalu na portalach tematycznych	2,99	3,24	
	opinie na temat szpitala na portalach społecznościowych	2,92	3,2	
	opinie o szpitalu przekazane przez lekarza kierującego do szpitala	3,41	3,68	
	opinie o szpitalu przekazane przez znajomych/rodzinę	3,45	3,56	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Uzyskane w procesie badania wyniki pozwoliły ustalić znaczenie (istotność) dla pacjentów badanych kryteriów opisujących świadczone przez szpital usługi. Wśród badanych 65 szczegółowych kryteriów, 13 uzyskało wskazanie istotności powyżej 4, czyli „bardzo istotne” lub „niezwykle istotne”. Jako najbardziej istotne zostały wskazane kryteria odnoszące się do relacji między pacjentem a personelem medycznym i pielęgniarskim, w tym: dostępność lekarzy w pilnej potrzebie – 4,55; zaangażowanie lekarza w diagnozę i w przebieg leczenia – 4,5; obecność pielęgniarki w pobliżu w sytuacji nagłej potrzeby – 4,42; szybkość reakcji pielęgniarek na wezwanie pacjenta – 4,4. Wysoką istotność badani pacjenci przypisywali także takim czynnikom jak: okazywanie zrozumienia i zainteresowanie samopoczuciem pacjenta – 4,32; kultura osobista personelu przyjmującego pacjenta – 4,31, kultura osobista lekarza w kontakcie z pacjentami – 4,3 oraz kultura osobista pielęgniarki w kontakcie z pacjentami – 4,21.

Drugą co do istotności grupą kryteriów okazały się te odnoszące się do warunków higienicznych w szpitalu, w tym: zachowanie warunków higieny podczas wykonywanych zabiegów – 4,52; czystość w sali szpitalnej (i toaletach) – 4,37; czystość bielizny pościelowej – 4,36. Pacjenci wskazywali także wysoką istotność wskazywania dalszego postępowania po opuszczeniu szpitala. Wyznaczenie dalszych etapów badań i kontroli poszpitalnej uzyskało wskazanie istotności na poziomie 4,33; przekazanie szczegółowej instrukcji dla pacjenta na temat dalszego postępowania, przyjmowania leków w domu, diety i rehabilitacji – 4,3, a kompletność dokumentacji związanej z wypisem ze szpitala (karta informacyjna, zwolnienie lekarskie itp.) – 4,35. W grupie czynników o wysokim poziomie istotności dla pacjentów znajduje się także oczekiwanie na przyjęcie do szpitala w czasie nie dłuższym niż 30 minut – 4,11.

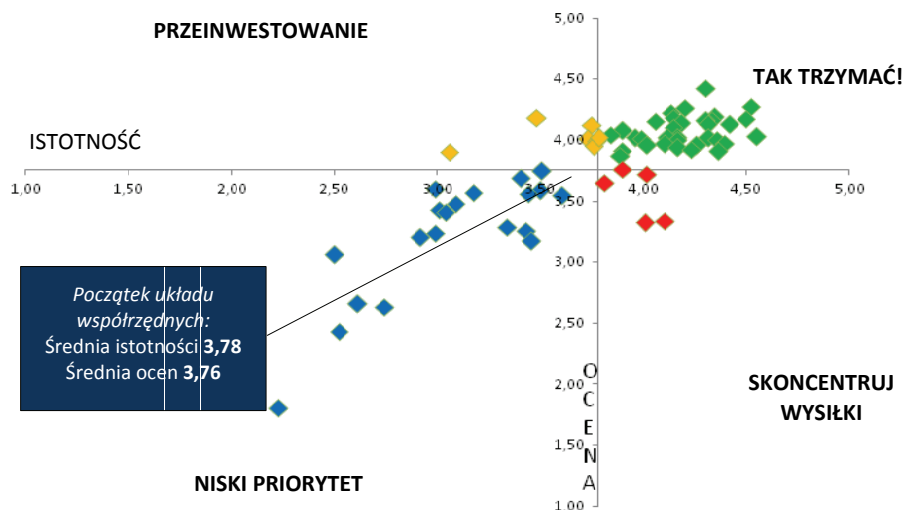
Wyniki te potwierdzają tezę o konieczności zwracania uwagi na wszystkie fazy w procesie świadczenia usługi leczenia szpitalnego.

Badanie pozwoliło także ustalić znaczenie poszczególnych wymiarów usługi leczenia szpitalnego w całościowej ocenie jej jakości oraz satysfakcji pacjen-

tów. Ze względu na większą dostępność postaw badanych pacjentów wobec jakości funkcjonalnej niż jakości technicznej, wiodącą rolę w ocenie szpitala mają takie elementy jak:

- warunki socjalne – komfort pobytu w szpitalu (20,4% udziału w ogólnej ocenie usług szpitala),
- opieka pielęgniarska i rehabilitacyjna (16,7% udziału w ogólnej ocenie usług szpitala),
- opieka lekarska w szpitalu (16,7% udziału w ogólnej ocenie usług szpitala).

Na podstawie zdiagnozowanego poziomu oczekiwań pacjentów wobec usługi oraz szczegółowej jej oceny odnoszącej się do wyodrębnionych kryteriów sporządzona została macierz istotności i oceny ilustrowana na rys. 3.



Rys. 3. Macierz istotności i oceny dla jakości usług Szpitala Praskiego w Warszawie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania oraz Kotler, Keller [2012, s. 395].

Podsumowanie

Zgodnie z metodą analizy istotność–jakość, wyodrębniono cztery obszary charakteryzujące rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami a oceną pacjentów, które mają istotne znaczenie w procesie wyznaczania kierunków działania dla organizacji. W obszarze „Tak trzymać” (średnie ocen i oczekiwań każdego atrybutu powyżej średnich dla ogółu badanych elementów) znalazły się kryteria związane z komunikacją pomiędzy personelem a pacjentem oraz podejściem personelu wszystkich szczebli do pacjentów. W tym polu znalazły się łącznie 34 z 65 kry-

teriów szczegółowych, co świadczy o bardzo wysokim poziomie jakości usług analizowanego szpitala.

Szpital powinien skupić swoją uwagę na pięciu z 65 badanych kryteriów dotyczących jakości obsługi. Odnoszą się one do procedur związanych z przyjęciem do szpitala (czas oczekiwania na przyjęcie do placówki oraz wcześniejsze podanie informacji o dokumentach niezbędnych przy przyjęciu do szpitala), jak i warunków panujących na oddziałach (cisza i spokój w szpitalu). W obszarze „Niski priorytet” znalazły się przede wszystkim kryteria obejmujące warunki socjalne (dostępność prasy, telewizora, Internetu, liczba pacjentów w sali i jej przestronność), jak i te związane z wizerunkiem szpitala. Ostatni obszar – „Przeinwestowane” – obejmuje kryteria, w których średnie ocen są powyżej średniej dla ogółu badanych elementów, a średnie oczekiwań są niższe od średniej ogólnych oczekiwań. Należą do nich m.in. atrybuty związane z dostępnością komunikacyjną szpitala, jak i możliwością skorzystania z usług duszpasterskich. Ze względu na specyfikę kryteriów szczegółowych znajdujących się w tym obszarze, trudno mówić o ewentualnej redukcji kosztów.

Wskazaną macierz sporządzono nie tylko dla całego szpitala, ale także dla poszczególnych, badanych oddziałów, co pozwoli dyrekcji szpitala bardziej precyzyjnie analizować jakość usług oraz podejmować ewentualne działania naprawcze, prowadzące do wyższej satysfakcji pacjentów. W analizie zgromadzonych danych uwzględniono również zróżnicowanie według następujących kryteriów: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, ilość pobytów w placówce oraz oddział, na którym przebywali pacjenci. Z przeprowadzonych analiz wynika, że kobiety mają wyższe oczekiwania niż mężczyźni w stosunku do świadczonych im usług, przy czym średnia ocena kobiet jest wyższa o 0,33 w skali 1-5 w porównaniu do płci przeciwnej. Przy badaniu zadowolenia uwzględniającego podział na grupy wiekowe można stwierdzić, że osoby w przedziale wiekowym 46-60 mają niższe oczekiwania niż pacjenci w pozostałych grupach, a jednocześnie wyżej oceniali otrzymane usługi medyczne. Najsurowsze oceny wystawili pacjenci w wieku 31-45 lat. Różnica w ogólnej ocenie jakości usług pomiędzy grupami 31-45 i 46-60 wynosi 0,26 w skali 1-5.

Interesujące są również wyniki biorące pod uwagę oddział, na którym przebywali pacjenci. Placówkę najlepiej ocenili pacjenci przebywający na oddziałach Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Naczyniowej, w nowo wybudowanym bloku szpitalnym, gdzie oceny przewyższały oczekiwania odpowiednio o 0,16 i 0,18 punktu w skali 1-5. Najgorsze oceny wystawiły osoby przebywające na dwóch oddziałach wewnętrznych (luka *in minus* wynosiła 0,6 w 5-stopniowej skali). Warunki panujące na tych oddziałach były tymczasowe, gdyż budynek, w któ-

rym pierwotnie ten oddział się znajdował, był remontowany w trakcie realizacji badania, a pacjenci przebywali w prowizorycznie do tego zaadaptowanych pomieszczeniach. Wyniki te potwierdzają znaczenie materialnych warunków świadczenia usługi leczenia szpitalnego dla ogólnej oceny jej jakości oraz wpływ na poziom satysfakcji pacjentów.

Literatura

- Czerw A., Religioni U., Olejniczak D. (2012), *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych* [w:] *Problemy Higieny i Epidemiologii*, Oficyna Wydawnicza MA.
- Gelb B.D., Smith S.V., Gelb G.M. (1988), *Service marketing lessons form the professionals*, Business Horizons, September-October.
- Grönroos C. (1994), *From marketing mix to relationship marketing: Towards a paradigm shift in marketing*, Management Decision, Vol. 32, No. 2.
- Kotler Ph., Keller K.L. (2012) *Marketing*, Rebis, Poznań.
- Kowalski J. (2000), *Ryzyko w inwestowaniu*, PWE, Warszawa.
- Krot K. (2008), *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Lehtinen U., Lehtinen J. (1991), *Two approaches to service quality*, „The Service Industries Journal”, Vol. 3.
- Naidu A. (2009), *Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality*, „International Journal of Health Care Quality Assurance”.
- Rudawska I., Krot K. (2010), *Obsługa pacjenta w usługach medycznych – podejście relacyjne* [w:] *Marketing. Ujęcie relacyjne*, M. Brzozowska-Woś (red.), Politechnika Gdańska, Gdańsk.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007 r. Nr 14 poz. 89, z póź. zm. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19910910408>.

EVALUATION OF THE QUALITY OF HOSPITAL TREATMENT AS A SERVICE SYSTEM

Summary: The purpose of the article is analysis of the approach to hospital treatment as a service system. Theoretical concepts of recognition of this service and elements within its composition have been presented. The importance of the systemic approach to this service in the process of management of its quality have been pointed out. The article also presents the methodology and conclusions of the study of the service quality of hospital treatment in one of the hospitals in Warsaw.

Keywords: systemic approach to services, quality of service of hospital treatment, the expectations of patients.