



Katarzyna Krot

Jakość i marketing usług medycznych



ABC

a Wolters Kluwer business

Katarzyna Krot

Jakość i marketing usług medycznych



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2008

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Lilianna Rudnik

Skład i łamanie
TECHNET, Kraków

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2008

ISBN: 978-83-7601-209-4

Wydane przez:
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Redakcja Książek
01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a
tel. (022) 535 80 00
31-156 Kraków, ul. Zacisze 7
tel. (012) 630 46 00
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	7
Rozdział 1. Co to jest jakość usługi medycznej?	9
1.1. Pojęcie jakości usługi medycznej	11
1.2. Koncepcje jakości usług medycznych.....	34
1.3. Kryteria jakości	42
1.4. Metody pomiaru jakości świadczeń medycznych	45
1.5. Jakość otrzymanej usługi medycznej	53
1.6. Usługa oczekiwana.....	66
Rozdział 2. Co to jest marketing relacyjny w zakładach opieki zdrowotnej?	75
2.1. Pacjent a konsument opieki zdrowotnej	75
2.2. Pojęcie marketingu relacyjnego	81
2.3. Czy usługa medyczna to tylko leczenie?.....	93
2.4. Jaką cenę płać pacjenci?	103
2.5. Jak komunikować się z pacjentami?.....	104
2.6. Obsługa pacjentów oraz rozwój technologii informatycznej jako narzędzia kreowania partnerstwa.....	112
2.7. Czy personel medyczny może być również klientem?.....	115
Rozdział 3. Relacja lekarz–pacjent, czyli jak budować bliskie więzi z pacjentem?	124
3.1. Specyfika roli pacjentki oddziału ginekologiczno-położniczego.....	124
3.2. Relacja lekarz–pacjent jako kluczowy element poprawy jakości świadczeń medycznych	131

Rozdział 4. Pacjenci i lekarze w świetle badań.....	170
4.1. Sposób realizacji badań.....	171
4.2. Identyfikacja oczekiwania pacjentów	176
4.3. Usługa medyczna w opinii pacjentek i personelu. Komponenty usługi medycznej	186
4.4. Komunikacja z rynkiem	227
4.5. Marketing wewnętrzny. Kształcenie studentów	231
Rozdział 5. Metody poprawy jakości usług medycznych	
– propozycje praktycznych rozwiązań	253
5.1. Zasady działania zakładów opieki zdrowotnej.....	253
5.2. Przykład Cleveland Clinic	272
5.3. Przykład Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. dr. L. Zamenhoffa Akademii Medycznej w Białymstoku.....	288
Bibliografia	309
Spis tabel	321
Spis rysunków.....	323
Spis wykresów	324
Aneksy	325

WPROWADZENIE

Reforma służby zdrowia zapoczątkowała szereg przeobrażeń o charakterze finansowo-organizacyjnym zarówno po stronie popytowej, jak i podażowej, wprowadzono bowiem do sytemu nowych uczestników (tj. placówki niepubliczne) oraz nasilono konkurencję pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej, zróżnicowaną ze względu na typ usług i miejsce ich świadczenia. W związku z tym ujawniła się potrzeba realizacji prac diagnostyczno-badawczych, które pomogłyby rozwiązać zaistniałe problemy oraz zapoczątkować wdrożenie nowych koncepcji i propozycji zmian. Jednym z zagadnień, które zyskało popularność wśród zarządzających placówkami ochrony zdrowia, jest jakość. Nie dziwi to, gdyż założenia reformy otworzyły furtkę, wprowadzono bowiem pewne uregulowania i rozwiązania zachęcające do zainteresowania się tym – bądź co bądź nowym – zagadnieniem w systemie opieki zdrowotnej.

W początkowym stadium funkcjonowania mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia, a zwłaszcza wobec trudnej sytuacji finansowej wielu placówek i braku doświadczenia w nowych warunkach, należy poszukiwać mniej kapitałochłonnych metod poprawy jakości. Techniczna doskonałość opieki medycznej okazuje się niewystarczająca, ponieważ pacjenci życzą sobie, aby jakość opieki była adekwatna do ich wymagań, a także przynosiła oczekiwaną korzyść i zadowolenie¹.

¹ M. Kautsch, K. Frączek, *Jakość usług – co widzi pacjent?* (w:) *Jakość w opiece zdrowotnej*, Piąta Ogólnopolska Konferencja, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2000, s. 293; zob. M. Skrzypek, *Psychosocjomatyka – ewolucja, przedmiot badań, funkcje* (w:) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, pod red. J. Barańskiego, W. Piątkowskiego, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2002, s. 43–57.

Przy przyjęciu takiego założenia jakość w niniejszej publikacji będzie rozumiana jako „realizacja spełniająca lub przekraczająca oczekiwania nabywcy”². Ten funkcjonalny sposób definiowania jakości eksponuje rolę interakcji lekarz–pacjent, której kluczowe znaczenie wynika z holistycznego sposobu postrzegania zdrowia, integrującego czynniki biologiczne, psychologiczne i środowiskowe (społeczne, kulturowe). Poza tym prowadzi do pojmowania człowieka jako złożonego mechanizmu fizjologicznego i zarazem świadomej siebie jednostki³.

Zamierzeniem autorki jest określenie kierunków i metod działania szpitali zapewniających doskonalenie jakości usług (a w rezultacie – zadowolenie pacjentów) przy wykorzystaniu instrumentarium z zakresu marketingu relacyjnego. Głównym celem zaproponowanych tu działań marketingowych nie jest generowanie popytu na świadczenia medyczne, lecz zapewnienie satysfakcji chorych przez oferowanie im wysokiej jakości usług, pobudzenie zaangażowania i wzajemnego zaufania obu stron relacji oraz – w dalszej perspektywie – zachęcenie do lojalności i uczynienie z pacjenta dobrowolnego „ambasadora” danej placówki opieki zdrowotnej.

Realizacja tego celu ma pomóc menedżerom zarządzającym zakładami opieki zdrowotnej, studentom kierunków zarządzania i zdrowia publicznego oraz innym zainteresowanym osobom nabyć wiedzę o sposobach poprawy jakości usług medycznych. Niniejsza praca ma w założeniu dostarczyć wskazówek, dzięki jakim działaniom i procesom placówka opieki zdrowotnej będzie postrzegana przez pacjentów jako oferująca najwyższej jakości świadczenia medyczne, przyjazna i dbająca o chorego, holistycznie zainteresowana osobą pacjenta. Zdobyta wiedza zachęci menedżerów do spojrzenia na swoją organizację oczyma pacjentów oraz pomoże zaplanować właściwą strategię działania.

² K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 2000, s. 200.

³ M. Skrzypek, *op. cit.*, s. 57.

Rozdział 1

CO TO JEST JAKOŚĆ USŁUGI MEDYCZNEJ?

Niniejszy rozdział został poświęcony omówieniu definicji pojęcia „jakość” i sposobów jej pomiaru oraz możliwości doskonalenia jakości usług medycznych. Reforma służby zdrowia z 1999 r. nie tylko przeprowadziła zmiany organizacyjne (nowe instytucje tworzące system: NFZ, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej), lecz także zapoczątkowała ewolucję systemu w aspekcie ekonomicznym. Przede wszystkim został wprowadzony mechanizm *quasi*-rynkowy i nasiliła się konkurencja (aczkolwiek zróżnicowana geograficznie oraz zależna od szczebla systemu i typu świadczeń medycznych), która uruchamia procesy dostosowawcze zakładów opieki zdrowotnej. Jednym ze sposobów adaptacji szpitali do obecnych warunków rynkowych jest zarządzanie jakością usług, co pozwala na stworzenie unikatowej wartości dla pacjentów.

Termin „jakość” jest określeniem powszechnie używanym, wszechobecnym w różnych publikacjach, jak i w życiu codziennym. Wieloznaczność tego pojęcia powoduje nieścisłości i niewłaściwą interpretację jego znaczenia. Inaczej bowiem powinna być rozumiana jakość dóbr materialnych, a inaczej jakość usług czy jakość życia.

Pojęcie jakości znane jest od starożytności w znaczeniu stopnia doskonałości (według Platona) lub swoistej substancjalnej cechy produktu odróżniającej go od innych (według Arystotelesa). Obecnie sposoby definiowania tego pojęcia są bardziej precyzyjne, ale też bardziej zróżnicowane. Wielość tych ujęć wynika z celów, jakim definicja ma służyć, oraz obszaru potencjalnego zastosowania. Obok powstałego jeszcze w starożytności poglądu transcendentalnego podejście do jakości może eksploatować lub uwzględniać m.in.:

- cechy produktu – jakość odnoszona jest do charakterystyk technicznych produktu i jest postrzegana przez precyzyjne i mierzalne instrumenty oceny (Garvin);
- ocenę procesu produkcji – jakość zdeterminowana jest procesami technologicznymi (w przypadku usług – poszczególnymi etapami procesu usługowego); analizy jakościowe koncentrują się na badaniu zgodności ze szczegółowymi opisami procedur i norm ustalanych najczęściej pod kątem wydajności bądź wymogów kosztowych (J. Juran);
- ocenę konsumenta – jakość uzależniona jest od oceny konsumenta; to nabywca decyduje, co dla niego stanowi jakość; pogląd ten jest subiektywny i zdeterminowany zróżnicowanymi potrzebami klienta; oznacza ocenę przez pryzmat popytu (wyznaje go większość autorów: J. Juran, E. Deming, P. Drucker, Ph. Crosby, J. Bank);
- ocenę wartości – jakość definiowana jest w kategoriach cenowych⁴;
- ocenę procesów zarządzania organizacją, gdzie jakość jest uzależniona przede wszystkim od odpowiednio zaprogramowanych procesów zarządczych w organizacji (A.V. Feigenbaum, W.E. Conway).

Tradycyjne podejście do jakości polega na ocenie procesu produkcji i kontroli jakości przez sprawdzanie, mierzenie oraz testowanie jednej lub więcej charakterystyk produktu i odnoszenie wyników do wcześniej opracowanych specyfikacji w celu potwierdzenia zgodności. Nasilająca się konkurencja i zachodzące na rynku zmiany sprawiają, że podejście to zdezaktualizowało się i uległo transformacji w kierunku zaplanowanych i systematycznych działań prowadzących do stałego doskonalenia produktów. Punkt ciężkości w działaniach jakościowych przedsiębiorstw przesunął się z kontroli jakości *post factum* w kierunku zorganizowanych procesów, których celem jest wytworzenie produktu satysfakcjonującego klienta. Wskaźnikiem jakości produktu staje się zatem w coraz większym stopniu zadowolenie nabywcy. Oznacza to, że głównym odbiorcą tych działań i oceniającym jakość staje się klient. Wymaga to wkomponowania wartości związanych z jakością we wszystkie procedury zarządzania, a więc ustalanie polityki i strategii przedsiębiorstwa, tworzenie struktury organizacyjnej i formowanie kultury organizacji⁵. Jakość staje

⁴ D.A. Garvin, *Managing Quality*, The Free Press, New York 1988, s. 45–47 – cyt. za: J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, C.H. Beck, Warszawa 2001, s. 134.

⁵ S. Smyczek, *Polityka jakości w polskich bankach*, Marketing i Rynek 1997, nr 11, s. 16.

się fundamentem budowy i realizacji strategii marketingowych oraz nieodłącznym elementem działań rynkowych. Jakości coraz bardziej należy poszukiwać w sferze obsługi i kreowania relacji z klientem⁶. Kategoria ta staje się coraz bardziej elastycznym atrybutem produktu, zmieniającym się pod wpływem oczekiwań klienta oraz nabierającym charakteru personalistycznego. Przyjęte w niniejszej pracy założenia dotyczące jakości mają więcej wspólnego z marketingiem niż z technicznym doskonaleniem produktu.

1.1. Pojęcie jakości usługi medycznej

Zdrowie jako wartość

Naczelną wartością, której dotyczy działalność medyczna i stanowi jej punkt docelowy, jest zdrowie – zajmuje ono wysokie miejsce wśród wartości ważnych dla współczesnych społeczeństw. Nie jest to jednak wartość sama w sobie. Jak twierdzi M. Sokołowska, „ludziom chodzi bowiem głównie o możliwość sprawnego funkcjonowania, a choroba budzi lęk i grozę przede wszystkim dlatego, że to funkcjonowanie zakłóca”⁷. Zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu mogą być spowodowane przez przyczyny dwojakiego rodzaju: pierwszą z nich jest choroba, drugą zaś poczucie dyskomfortu, które oznacza stan subiektywny jednostki (jej złe samopoczucie). Gdy człowiek czuje się chory – to jest chory, bez względu na to, czy istnieje u niego, czy też nie zmiana patologiczna i czy objawy choroby stwierdzono obiektywnie za pomocą badań fizykalnych i laboratoryjnych.

Zdrowie jest wartością, dzięki której jednostka (lub grupa) może realizować swoje aspiracje, osiągać satysfakcję, zmieniać środowisko i skutecznie sobie w nim radzić. Nad zdrowiem trzeba jednak pracować oraz

⁶ S. Zapłata, P. Ratajczyk, *Marketingowa jakość czy jakość w strategii marketingowej*, Marketing i Rynek 2003, nr 6, s. 7.

⁷ M. Sokołowska, *Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce* (w:) *Socjologia a zdrowie*, pod red. M. Sokołowskiej, J. Hołównki, A. Ostrowskiej, PWN, Warszawa 1976, s. 328.

kształtować pewne nawyki i postawy sprzyjające prawidłowemu rozwojowi fizycznemu i psychicznemu⁸.

Wychodząc naprzeciw dominującym obecnie tendencjom i zaprezentowanym powyżej argumentom, Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako „pełnię dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub kalectwa”⁹. Oznacza to, że zdrowie jest dynamicznym stanem równowagi pomiędzy fizjologicznym, psychologicznym, socjologicznym i ekologicznym aspektem istnienia człowieka w świecie¹⁰. W związku z tym w celu zadbania w pełni o kondycję zdrowotną pacjenta usługa medyczna powinna obejmować trzy aspekty funkcjonowania jednostki: fizyczny, psychiczny i społeczny.

Brak wyraźnej granicy pomiędzy stanami zdrowia i choroby implikuje poważne konsekwencje dla świadczeniodawcy i jego starań w kierunku poprawy jakości usług. Na przykład chorobę fizyczną może równoważyć pozytywny stan psychiczny i życzliwość społeczna, natomiast problemy emocjonalne sprawią, że pomimo sprawności fizycznej człowiek będzie uskarżał się na złe samopoczucie. Dobre samopoczucie wystąpi wtedy, gdy wszystkie aspekty konstytuujące osobę będą odpowiednio zrównoważone i zintegrowane. Z tego względu placówka opieki zdrowotnej powinna dbać o wszystkie wymienione aspekty. Dbłość o aspekt fizyczny samopoczucia człowieka nie budzi żadnych kontrowersji, inaczej jest jednak w przypadku dwóch pozostałych wymiarów. W świadomości pracowników służby zdrowia nadal funkcjonują dwa odmienne modele zdrowia: holistyczny i biomedyczny. Pierwszy z nich – zgodny z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia – zakłada jedność ciała i psychiki, prymat całości nad częściami. Drugi natomiast opiera się na koncepcji ciała jako maszyny, choroby – jako konsekwencji jej uszkodzenia, a roli lekarza – jako reperującego uszkodzone urządzenie. W miarę rosnącego wśród lekarzy zainteresowania technologią coraz większym problemem staje się uprzedmiotowienie i depersonalizacja, czyli niezajmowanie się pacjentem jako integralną całością, tzn. skupienie się na chorym narzą-

⁸ K. Buławska, *Wartość zdrowia a zachowania zdrowotne młodzieży*, Sztuka Leczenia 2001, t. I, s. 58–59.

⁹ Z. Zielińska i in., *Potrzeby i popyt na usługi medyczne*, materiały konferencyjne, IRWiK, Warszawa 2000, s. 6.

¹⁰ R. Szarfenberg, *Kwestia społeczna*, Polityka Społeczna 1998, nr 3, s. 12.

dzie, a nie na chorej osobie. W tym modelu lekarz jest aktywnym dawcą zdrowia, pacjent zaś biernym „konsumentem”, bezwolnie poddającym się interwencji medycznej.

Usługa medyczna zaspokajająca potrzeby chorego jest więc składową nie tylko czynności instrumentalnych personelu medycznego, lecz również czynności ekspresyjnych, elementów materialnych i innych kształtujących komfort psychiczny (dobrostan) pacjenta.

Specyfika usługi medycznej

Specyfikę usług medycznych dobrze zdefiniował A. Siciński, który stwierdził, że „współczesna medycyna oparta na podstawach naukowych, nawet jeśli stanie się jeszcze bardziej naukowa niż dziś, jeśli chce być skuteczna, powinna brać pod uwagę, iż przedmiotem jej zainteresowań i zabiegów są ludzie – «obiekty» niekoniecznie racjonalne, kierujące się w swym postępowaniu nie tylko zasadami naukowymi, ale rozmaitymi przekonaniem, wyobrażeniami, ideałami, emocjami, dokonujące najrozmaitszych, wielorako uwarunkowanych wyborów. Znajomość ocen, przekonań, postaw dotyczących ludzkiego zdrowia jest i będzie warunkiem efektywności nawet najbardziej «naukowej» medycyny»¹¹. Świadczenie usług medycznych eksponuje człowieka: z jednej strony lekarza (jego osobowość, wpływ na charakter relacji z pacjentem), z drugiej natomiast – chorego z jego potrzebami i oczekiwaniami.

Unikalny charakter usług medycznych wiąże się również ze szczególną rolą personelu medycznego, który – wykonując swoje obowiązki – decyduje o zdrowiu innego człowieka oraz wpływa na jakość usługi. Pozostałe cechy różniące usługę medyczną od innych usług zostały przedstawione w tabeli 1 (na przykładzie usługi bankowej).

Biorąc pod uwagę wymienione cechy charakterystyczne usługi medycznej, będzie ona w niniejszej książce rozumiana jako **szereg czynności o charakterze niematerialnym – poczynszy od pierwszego kontaktu chorego z placówką opieki zdrowotnej aż do jej opuszczenia – podej-**

¹¹ A. Siciński, *Styl życia, kultura, wybór*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2002, s. 124.

Tabela 1. Różnice pomiędzy usługą medyczną a usługą bankową

Usługa medyczna	Pozostałe usługi (np. usługi bankowe)
Synonimem jakości jest troska o pacjenta	Dowodem jakości jest również dbałość o klienta
Pacjent nie jest tylko odbiorcą usługi, ale jej podmiotem (wpływa na przebieg i wynik procesu usługowego)	Klient jest często jedynie zlecającą
Dotyczy najważniejszej dla człowieka wartości – zdrowia	Dotyczy potrzeb człowieka o różnym znaczeniu, np. związanych z zarządzaniem finansami
Personel decyduje o istocie usługi, kształtując jej jakość	Personel głównie obsługuje klientów
Usługi medyczne wiążą się z uczuciem lęku i strachu, ze stresem oraz często z ograniczeniem w zakresie pełnionych ról społecznych – ogromne znaczenie zaufania do świadczeniodawcy	Świadczenie wielu usług nie wiąże się z żadnymi emocjami
Pacjent towarzyszy lekarzowi w trakcie całego aktu świadczenia usługi medycznej (a więc ocenia każdy etap tego procesu)	Wiele usług jest realizowanych bez uczestnictwa klienta
Skuteczność usług (trafność diagnozy) zależy od stopnia współpracy pacjenta z lekarzem	Skuteczność usług nie zależy od obecności i współpracy z klientem
Wykonanej usługi medycznej nie można cofnąć w celu poprawienia	Źle wykonana usługa może być naprawiona
Duże uzależnienie od nieprzewidywalnych czynników zewnętrznych, stąd niepewność wyników leczenia	Nie występują nieprzewidywalne czynniki zewnętrzne, które utrudniają realizację usługi
Pacjentowi trudno jest ocenić efekt wyświadczonej usługi, nawet po jej skonsumowaniu, ze względu na brak odpowiednich kompetencji medycznych	Klienci zazwyczaj nie mają trudności w ocenie usługi
Istnieje asymetria informacyjna pomiędzy lekarzem a pacjentem	Istnieje zdecydowanie mniejsza asymetria informacyjna
Mimo braku oczekiwanego efektu (wyzdrowienia) pacjent może być usatysfakcjonowany, i odwrotnie	Brak spodziewanego rezultatu świadczenia usługi powoduje niezadowolenie klienta

Źródło: opracowanie własne (jeśli dalej brak jest odpowiedniej adnotacji, oznacza to, że tabela jest w opracowaniu własnym)

mowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia (jego zachowania, ratowania, przywracania i poprawy) lub wzbogacenia walorów osobistych. Przebieg usługi medycznej zależy od charakteru relacji między personelem a pacjentem i aktywności każdej ze stron.

Ujęcie to oznacza, że dana usługa medyczna jest przypisana konkretnemu zakładowi opieki zdrowotnej, od którego zależą wartość i zakres korzyści oferowanych pacjentowi (zaufanie do personelu, kształcenie chorych, estetyczne posiłki).

Jak wynika z powyższej definicji, istotną cechą usługi medycznej jest relacja powstająca w trakcie świadczenia, która decyduje o całym procesie usługowym, wpływając na jego kształt, jakość oraz zadowolenie pacjenta. K. Rogoziński stwierdza, iż dzięki tej relacji istnieje symetryczność, tzn. współzależność pacjenta i lekarza – ten pierwszy nie zaspokoiliby swojej potrzeby, ten drugi nie mógłby zaangażować swojego potencjału usługotwórczego. Usługi zdrowotne charakteryzują się wysokim stopniem niematerialności. Razem z usługami edukacyjnymi znajdują się na przeciwnym – w odniesieniu do dóbr materialnych – biegunie kontinuum niematerialności.

Świadczenia medyczne zalicza się do usług profesjonalnych, a więc charakteryzujących się:

- specjalistyczną wiedzą;
- wysokimi kwalifikacjami personelu i stałym doskonaleniem tych kwalifikacji;
- specyfiką osobowości profesjonalisty;
- wpływem na życie innych osób;
- częstym postępowaniem zgodnym z etyką altruizmu;
- tym, że świadczący usługi są reprezentantami autonomicznych dyscyplin wiedzy;
- symultanicznością procesu świadczenia i konsumpcji usługi;
- trudnościami w procesie standaryzacji procesu świadczenia usługi¹².

Specyfika usług medycznych jako usług profesjonalnych wiąże się również z takimi cechami, jak:

1. **Odpowiedzialność przed otoczeniem** – lekarz nie zawsze może realizować żądania pacjentów. Złamanie pewnych zasad prowadzi do podważenia zaufania lub też utraty licencji, a nawet prawa wykonywania zawodu (np. w przypadku eutanazji, rażących błędów w sztuce lekarskiej itp.).

¹² H. Stewart, Ch. Hope, A. Muhlemann, *Professional service quality*, Journal of Retailing and Consumer Services 1998, vol. 5, nr 4, s. 210; K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2000, s. 13.

2. **Niepewność zakupu**, która wynika z trudności oceny usługi nie tylko przed, ale i po zakupie. Pacjent nie jest w stanie właściwie ocenić ani kompetencji lekarza, ani trafności jego diagnozy ze względu na brak odpowiedniej wiedzy, dlatego też ważną rolę odgrywa zdobycie zaufania pacjenta i jego edukacja.
3. **Zasadnicze znaczenie doświadczenia**. Pacjent w warunkach niepewności zakupu będzie się kierował w swoich wyborach m.in. doświadczeniem profesjonalisty-lekarza, czego wskaźnikiem może być posiadany przez niego tytuł naukowy.
4. **Ograniczona możliwość różnicowania (dyferencjacji)**. Zakres różnicowania oferty usługowej placówki medycznej przez zastosowanie nowoczesnych narzędzi diagnostycznych jest ograniczony, ponieważ pacjent nie potrafi ocenić doskonałości technicznej tych narzędzi. Należy zatem różnicować usługi podnoszenie jakości, m.in. za pomocą narzędzi marketingowych.
5. **Kontrola jakości**. Jest ona jednak ograniczona, często bowiem zależy od zachowań i oczekiwań pacjentów. Pomoc lekarza będzie skuteczniejsza, jeśli będzie się odbywała przy współudziale pacjenta¹³.
6. **Personel medyczny** obok swoich funkcji zawodowych pełni również rolę *part-time marketera*, tzn. jego zachowanie, podejście do chorego warunkuje ocenę jakości i poziom zadowolenia pacjentów.
7. **Wpływ relacji interpersonalnych** na ocenę jakości usług oraz budowanie wzajemnego zaangażowania i zaufania.
8. **Zachowanie równowagi pomiędzy kreatywnością a wydajnością personelu** (*paradox of creativity and productivity*)¹⁴.

Wymienione elementy decydujące o specyfice usług medycznych powinny kształtować działania placówek ochrony zdrowia w dziedzinie dbałości o jakość usług i podejścia do pacjenta.

Usługi medyczne są produktem wielce zróżnicowanym – od prostej porady medycznej po bardzo skomplikowaną usługę świadczoną przez szpital. Niezależnie od stopnia złożoności usług należy je rozpatrywać

¹³ A. Drapińska, *Marketing usług profesjonalnych*, Marketing i Rynek 1999, nr 1, s. 13–14.

¹⁴ L. Chang, B. Birkett, *Managing intellectual capital in a professional service firm: exploring the creativity–productivity paradox*, Management Accounting Research 2004, nr 15, s. 9.

w kategoriach czterech poziomów produktu. Usługa medyczna to nie tylko proces leczenia pacjenta, ale cały szereg postrzeganych przez pacjenta dodatkowych korzyści, które podnoszą ostateczną wartość usługi. Należy zdawać sobie sprawę z tego, że całościową usługę medyczną tworzą: przyjemna i bezstresowa rozmowa z lekarzem, sprawna obsługa w recepcji, właściwe wyposażenie sal szpitalnych itd. Tę całość podaży odnoszącą się do usług nazywamy ofertą, przyjmując, że reprezentuje ona korzyści, których oczekuje klient przy podejmowaniu decyzji o zakupie. Graficzną ilustracją oferty może być struktura atomu, z jądrem w centrum (istota lub rdzeń produktu) otoczonym warstwami materialnych i niematerialnych elementów, atrybutów i korzyści (produkt rzeczywisty, poszerzony i potencjalny)¹⁵.

Istota produktu to podstawowa usługa korespondująca z pierwotną potrzebą. Produkt rzeczywisty to usługa obudowana dodatkowymi cechami, jakich oczekuje klient, natomiast produkt poszerzony to dodatkowe korzyści oraz narzędzie różnicowania oferty mające na celu uzyskanie przewagi konkurencyjnej (np. doskonała obsługa klienta). Należy tutaj podkreślić rolę obsługi, odróżniając ją od pojęcia usługi jako takiej. Podmioty mogą oferować te same usługi, lecz zróżnicowaną obsługę. Znacząco zatem wzrasta rola obsługi, przy czym jest ona zdecydowanie mniej istotna w przypadku produktu materialnego niż usługi szpitalnej¹⁶. Relacja kształtująca cały proces usługowy powstaje właśnie w trakcie obsługi. Dwóch lekarzy rodzinnych może świadczyć podobne usługi, ale to, jak obsługą pacjenta, może stanowić o postrzeganej przez niego wartości tej usługi.

Produkt potencjalny oznacza potencjalne cechy i korzyści, które może uzyskać klient po zakupie produktu. Działania na tym poziomie wiążą się z wprowadzaniem dodatkowych cech produktu oraz poszerzaniem dotychczasowych możliwości jego zastosowania¹⁷. Koncepcja ta uwzględnia potrzeby klientów i ukierunkowuje działania menedżerów na ich zaspoka-

¹⁵ A. Payne, *Marketing usług*, PWN, Warszawa 1997, s. 159.

¹⁶ B. Bulanowska, *Produkt zakładu opieki zdrowotnej. Jego pojęcie, struktura i kształtowanie w kontekście kontraktowania świadczeń medycznych*, *Zdrowie i Zarządzanie* 1999, nr 4, s. 41.

¹⁷ M. Dobska, P. Dobski, *Marketing usług medycznych*, INFOR, Warszawa 1999, s. 202.

anie; umożliwia też zdefiniowanie produktu usługowego dostosowanego do potrzeb klientów, a nawet przewyższającego ich oczekiwania. Jak twierdzi K. Rogoziński, „**usługowym produktem** staje się dopiero taka usługa, która stwarza możliwości wyboru takiej kombinacji tworzących ów produkt elementów, iż powstać może jedna, swoista wiązka korzyści dla usługobiorcy”¹⁸. Niestety, wskutek przyzwyczajenia do „bezpłatnie” świadczonych usług oraz do niedawna braku konkurencyjności w sektorze usług medycznych oferowane świadczenia miały niewiele wspólnego z produktem w dzisiejszym rozumieniu. W relacjach usługodawca–pacjent to ten pierwszy miał dominującą rolę i dyktował warunki współpracy, pacjent zaś w dochodzeniu swoich praw z założenia stał (usytuowany był) na gorszej pozycji i musiał godzić się na sugestie i propozycje ze strony świadczeniodawców. Dochodzenie więc do stadium dojrzałego produktu usługowego jest procesem, w wyniku którego dobro i korzyści nabywcy nabierają nadrzędnego znaczenia w projektowaniu działań rynkowych instytucji usługowych. W procesie tworzenia się produktu usługowego zostaje on wyposażony w identyfikatory rynkowe:

- precyzyjnie trafia w potrzebę konkretnego nabywcy;
- jest umieszczony w przemyślanej ofercie;
- daje się wyróżnić i zidentyfikować;
- odpowiednio sytuje się wobec usług konkurencji¹⁹.

Wzbogacająca rdzeń (istotę) produktu otoczka różnicuje go w świadomości pacjentów, stanowi element przewagi konkurencyjnej oraz kreuje dodatkową wartość dla nabywcy, która często decyduje o wyborze konkretnego usługodawcy. Rdzeń produktu generuje około 70% kosztów świadczenia usługi, lecz ma tylko 30% wpływ na decyzję nabywcy. Odwrotnie przedstawia się to się z otoczeniem produktu. Na kreowanie dodatkowych korzyści przeznacza się około 30% ogółu wydatków, natomiast ich wpływ na decyzję o zakupie wynosi 70%²⁰. Pacjent wybierze tego lekarza, z którym będzie się mógł szybko i sprawnie umówić na wizytę oraz któremu zaufa i z chęcią zawierzy swoje problemy.

Dbałość o relacje z pacjentem, a także stylizacja wyglądu poczekalni i gabinetu wiążą się z niewielkimi kosztami, lecz w decydujący sposób

¹⁸ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, s. 53.

¹⁹ *Ibidem*, s. 54.

²⁰ A. Payne, *op. cit.*, s. 164.

wpływają na wybór usługodawcy. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do usług profesjonalnych, w przypadku których klienci – przy braku możliwości oceny kompetencji świadczeniodawcy lub stosowanego sprzętu – kierują się odczuciami co do elementów otoczenia produktu. Podobne zdanie wyraża K. Rogoziński²¹, który twierdzi, że dobrze wyprofilowany rdzeń to „być albo nie być” firmy usługowej, jakkolwiek nie można pomniejszać znaczenia elementów tworzących jego obudowę, ponieważ ich dotyczą i na nich koncentrują się działania konkurencji.

Rola jakości usług medycznych

Tendencja do oferowania wysokiej jakości dóbr i usług jest coraz bardziej widoczna w większości sfer działalności społeczno-gospodarczej. Potwierdzają to m.in. badania K. Kashaniego, które wykazały, że poprawa jakości należy do podstawowych kwestii absorbujących obecnie uwagę menedżerów. Jakość stała się również głównym wyzwaniem współczesnego marketingu²². Te ogólnoświatowe trendy znajdują odzwierciedlenie także w działaniach instytucji opieki zdrowotnej, choć z różną intensywnością w zależności od szczebla systemu ochrony zdrowia. Sama ranga problemów rozwiązywanych przez placówki służby zdrowia narzuca konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości świadczonych usług. Postęp techniczny oraz przeobrażenia o charakterze społecznym i ekonomicznym (transformacja ustrojowa oraz związana z tym reforma systemu opieki zdrowotnej, uruchomienie mechanizmu rynkowego w systemie ochrony zdrowia, zmiany w mentalności Polaków) wywołały dyskusje na temat jakości usług medycznych – jej postrzegania, rozumienia i sposobów kreowania. Wyższa jakość oferowanych usług – obok ekonomicznej efektywności i redukcji kosztów, a także lepszego dostosowania placówek do potrzeb rynku – jest podstawowym celem przekształceń, jakie obecnie zachodzą w instytucjach opieki zdrowotnej w naszym kraju²³. Pojawiły

²¹ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, s. 59.

²² J. Brilman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002, s. 91.

²³ P. Zeller, W. Kapala, *Miejsce klienta w procesie oceny jakości usług medycznych*, Problemy Jakości 2004, nr 1, s. 11.

się liczne programy naprawcze mające na celu poprawę sytuacji placówek opieki zdrowotnej oraz podniesienie poziomu zadowolenia pacjentów. Rozgorzały też dyskusje na temat praw pacjentów. Wzrost świadomości pacjentów w zakresie preferencji, oczekiwań i przysługujących im praw, coraz większe możliwości urzeczywistnienia tych dążeń, wiedza o nakładach ponoszonych na służbę zdrowia – to wszystko sprawia, iż chorzy stają się aktywnymi uczestnikami rynku usług medycznych, poszukując optymalnego sposobu zaspokajania swoich potrzeb. Definiują swoje wymagania i żądają gwarancji właściwej ich realizacji, niekiedy nawet prezentując postawę roszczeniową. W rezultacie placówki służby zdrowia stają się bardziej wyczulone na potrzeby zgłaszane przez usługobiorców. Początkowa asymetria w relacjach pacjent–zakład ochrony zdrowia równoważy się, choć niecałkowicie, nadal bowiem istnieje nierównowaga pod względem zasobu informacji i wiedzy na temat procesu leczenia. Symetryczność przejawia się we wzajemnej współzależności: jeśli nie będzie odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej, pacjent nie będzie mógł zaspokoić swoich potrzeb, jeśli natomiast pacjent nie zawita u usługodawcy, ten nie będzie miał możliwości wykorzystania zgromadzonego potencjału usługowego²⁴.

Zainteresowanie problematyką jakości nasiliło się się po nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. i reformie ubezpieczeń społecznych. Usługi medyczne zawsze były świadczone na określonym poziomie jakościowym, dostosowanym do stanu wiedzy medycznej i osiągnięć technicznych w zakresie aparatury diagnostycznej. Dotychczasowe przeobrażenia ukształtowały jednak negatywny wizerunek systemu opieki zdrowotnej. Z badań przeprowadzonych przez CBOS²⁵ wynika, że ponad połowa Polaków (58%) nie jest zadowolona z tego, jak obecnie funkcjonuje w naszym kraju opieka zdrowotna. Warto jednak zaznaczyć, że w porównaniu z 2001 r., kiedy opinię negatywną na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej wyrażało 64% Polaków, liczba niezadowolonych wyraźnie się zmniejszyła. Zadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej wyraża obecnie 37% badanych (31% w 2001 r.).

²⁴ K. Krot, *Pacjent jako podmiot oddziaływania placówek ochrony zdrowia* (w:) *Jakość w opiece zdrowotnej*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2002, s. 165.

²⁵ *Opinie o opiece zdrowotnej*, komunikat CBOS, Warszawa, marzec 2007.

W badaniu CBOS proszono również o ocenę systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ponad połowa respondentów (59%) uważa, że obecny system jest zły, przy czym jedna czwarta badanych ocenia, że jest zdecydowanie zły i wymaga zasadniczych zmian. Jedna trzecia respondentów (34%) uznaje obecny system ochrony zdrowia za dobry, w tym tylko nieliczni (2%) są zdania, że nie trzeba w nim nic ulepszać. Z porównania badań z lat poprzednich wynika, że Polacy zdecydowanie lepiej oceniają system ochrony zdrowia (tabela 2).

Tabela 2. Ocena systemu ochrony zdrowia (w %)

Jak Pan(i) ogólnie ocenia obecny system ochrony zdrowia w Polsce? Czy uważa Pan(i), że jest on:	VI 1994	IV 1995	III 1996	VIII 1996	III 2007
Zdecydowanie dobry i nie wymaga zmian	2	1	1	1	2
Raczej dobry	20	18	14	13	32
Raczej zły	33	32	32	30	34
Zdecydowanie zły i potrzebne są zasadnicze zmiany	44	47	52	55	25
Trudno powiedzieć	1	2	1	1	7

Źródło: *Opinie o opiece zdrowotnej*, komunikat CBOS, Warszawa, marzec 2007

Ponad dwie trzecie respondentów (68%) deklaruje, że ufa lekarzom, u których się leczy. Co piąty respondent (20%) ma jednak do nich niewielkie zaufanie, a nieliczni (5%) – bardzo małe. W porównaniu z wynikami z 2001 r. zaufanie do lekarzy wyraźnie zmalało. Spadek zaufania ma niewątpliwie związek z nagłaśnianymi przez media zdarzeniami w służbie zdrowia, takimi jak np. aresztowanie znanego kardiochirurga, strajki lekarzy, zamykanie szpitali z powodu zwolnień. Równocześnie badani dostrzegają poprawę sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej, co przejawia się we wzroście odsetka osób twierdzących, że: wszyscy pacjenci są równo traktowani; bez problemu można dostać skierowanie do specjalisty; nie brakuje informacji o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc; zawsze można liczyć na natychmiastową pomoc lekarską; pacjenci traktowani są z życzliwością i troską; warunki leczenia są dobre. Wzrósł też odsetek osób zgadzających się z opinią, że do lekarza pierwszego kontaktu

można się dostać bez trudności, oraz przyznających, że obecnie leczenie w ramach ubezpieczenia jest w zasadzie bezpłatne²⁶.

W kolejnym badaniu Polacy zostali zapytani o konieczne zmiany, które mogłyby poprawić sytuację w systemie ochrony zdrowia²⁷. Zdaniem przeważającej większości badanych należałoby wprowadzić zmiany w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej w Polsce, przy czym ponad połowa (55%) uważa, że powinny one być duże, a jedna czwarta (24%), że niewielkie. Tylko 8% respondentów twierdzi, że obecny stan służby zdrowia jest zadowalający. W opinii 43% ankietowanych, którzy uważają, że zmiany w służbie zdrowia są konieczne, należałoby przede wszystkim **ułatwić dostęp do leczenia** (tabela 3).

Tabela 3. Kierunki poprawy sytuacji w ochronie zdrowia w opinii Polaków

Co Pana(i) zdaniem należałoby zmienić w opiece zdrowotnej?	Odpowiedzi osób, które uważają, że należałoby wprowadzić zmiany w opiece zdrowotnej (%)*
Postulaty dotyczące ułatwienia dostępu do leczenia	43
Postulaty dotyczące reorganizacji systemu opieki zdrowotnej	22
Postulaty dotyczące zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną	19
Postulaty dotyczące jakości leczenia, w tym:	18
Poprawić stosunek do pacjenta	7,0
Podnieść jakość leczenia	6,1
Podnieść standard warunków leczenia	3,5
Wprowadzić pewne przywileje dla niektórych grup: dzieci, emerytów, chorych na niektóre schorzenia	1,8
Więcej badań profilaktycznych	1,5
Postulaty dotyczące obniżenia kosztów leczenia	12
Inne propozycje zmian	13
Trudno powiedzieć	7

* Procenty nie sumują się do stu, gdyż badani mogli udzielić odpowiedzi wskazującej na więcej niż jeden obszar zmian.

Źródło: *Polacy o możliwych zmianach w systemie ochrony zdrowia*, komunikat CBOS, Warszawa, kwiecień 2007

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Polacy o możliwych zmianach w systemie ochrony zdrowia*, komunikat CBOS, Warszawa, kwiecień 2007.

Następna grupa postulatów, dotycząca **reorganizacji systemu opieki zdrowotnej**, pojawiała się w wypowiedziach badanych prawie dwa razy rzadziej (22%). Niektóre z tych osób (8% odpowiadających na to pytanie) proponowały całkowitą przebudowę systemu, inne zaś (7%) przede wszystkim zmianę sposobu finansowania opieki zdrowotnej. Do tego można dołączyć nieco ponad 4% odpowiedzi wskazujących na potrzebę całkowitej lub częściowej prywatyzacji służby zdrowia oraz wprowadzenia odpłatności za leczenie. Inne postulaty w tej grupie dotyczyły m.in. podniesienia jakości zarządzania w służbie zdrowia. Proponowano również **zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną** oraz poprawę **jakości leczenia** (18%), przy czym najczęściej wymienianą kwestią (przez 7% odpowiadających na to pytanie) był sposób traktowania pacjentów przez lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej. Mówiono również ogólnie o polepszeniu jakości leczenia (6%), podniesieniu standardu warunków leczenia (3,5%), a także o kładzeniu większego nacisku na profilaktykę (1,5%). Część badanych (12%) opowiadała się za **obniżeniem kosztów leczenia**. Stosunkowo duża grupa respondentów (9%) uważa, że jedną z koniecznych zmian w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej jest **zlikwidowanie korupcji**²⁸.

Badania opinii publicznej wskazują, że ponad połowa Polaków wciąż negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia, jednak w porównaniu z latami ubiegłymi liczba niezadowolonych stale się zmniejsza. W opinii badanych jednym z głównych obszarów naprawy sytuacji w opiece zdrowotnej powinna być poprawa jakości świadczeń medycznych. Postulat zgłaszany przez Polaków znajduje odzwierciedlenie w „Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015”²⁹. Jednym z założeń tego opracowania jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta. Oprócz wysunięcia postulatu poprawy efektywności pomocy i terapii medycznej autorzy „Narodowego Programu Zdrowia” zwrócili uwagę na krytyczną opinię pacjentów o systemie ochrony zdrowia, wskazując na konieczność poprawy akceptowalności opieki zdrowotnej. Realizacja tego celu ma polegać na:

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ Zob. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=437&mx=0&ma=243> (stan na dzień 20 września 2007 r.).

- ustanowieniu krajowego programu bezpieczeństwa pacjenta;
- stworzeniu instytucjonalnych warunków dla funkcjonowania rejestrów pacjentów;
- rozwijaniu badań opinii pacjentów;
- rozwijaniu efektywnych technik informatycznych usprawniających opiekę medyczną.

Dążenie zakładów opieki zdrowotnej do doskonalenia jakości usług jest więc próbą dostosowania się do nowych warunków oraz wyrazem chęci poprawy swojej pozycji konkurencyjnej. Te instytucje, które jako pierwsze sprostają stawianym wymogom, będą kreowały nowe tendencje oraz dyktowały zasady gry rynkowej.

Ujęcia definicyjne jakości usług medycznych

W ciągu wieków pojęcie jakości w sferze usług medycznych przechodziło długotrwałą ewolucję. Przez pewien okres jakość była postrzegana jako kontrola *post factum*. Jednym z najstarszych dokumentów, w którym mówi się o jakości usług medycznych, jest Kodeks Hammurabiego (ok. 1792–1750 p.n.e.)³⁰. Wyrazem starań o właściwy charakter opieki zdrowotnej jest również przysięga Hipokratesa (*primum non nocere* – przede wszystkim nie szkodzić). Zainteresowania kategorią jakości w opiece zdrowotnej widać także w działalności Florence Nightingale, która w 1859 r. porównała śmiertelność w brytyjskiej armii i liczbę zgonów wśród ludności cywilnej. Formą dbałości o jakość jest również licencjonowanie profesji medycznych, czyli nadawanie praw wykonywania zawodu lekarzom, pielęgniarkom i położnym.

Zdefiniowanie jakości usług medycznych, a tym samym operacjonalizacja tego pojęcia nastrocza jednak obecnie wiele trudności, które wynikają z kilku powodów. Po pierwsze, jest to zagadnienie złożone i interdyscyplinarne. Po drugie, jakość usług, w szczególności usług medycznych, jako problem badawczy i praktyczny pojawił się w Polsce stosunkowo niedawno, głównie w wyniku komercjalizacji rynku usług medycznych

³⁰ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 35.

i nasilającej się konkurencji. Po trzecie, ocena jakości opieki zdrowotnej jest uzależniona od podmiotu oceniającego. Dodatkowo z jakością usług medycznych wiążą się sprzeczności interesów różnych uczestników rynku usług medycznych. Jak wynika z podsumowania A. Frączkiewicz-Wronki, płatnik publiczny szuka odpowiedniej jakości usługi przy możliwie minimalnym koszcie, konsument indywidualny pragnie wolności wyboru i satysfakcjonującego standardu, a świadczący usługę chce utrzymać lub zwiększyć dochody³¹. Przyczynia się to do utrwalania istniejących rozbieżności w pojmowaniu tego problemu i proponowanych sposobach rozwiązań.

Przyjęty sposób rozumienia jakości jest uzależniony od podmiotu zainteresowanego oceną jakości – pacjenta, świadczeniodawcy lub płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia, budżet państwa, samorząd terytorialny, pracodawca). Każdy z wymienionych podmiotów oceniających jakość świadczonych usług stosuje inne kryteria bądź nadaje im różną rangę. Odmienne kryteria oceny jakości usług medycznych mogą stosować także różne grupy pacjentów (zob. niżej). Tak więc percepcja jakości świadczeń medycznych jest różna dla poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia:

- pacjenta;
- pracownika medycznego – głównie lekarza i pielęgniarki;
- placówki medycznej – reprezentowanej przez osoby zarządzające;
- płatnika (wcześniej Kasy Chorych, obecnie zaś Narodowy Fundusz Zdrowia i inne instytucje finansujące);
- polityka zdrowotnego³².

Definicja, zgodnie z którą jakość usług medycznych polega na pełnym zaspokojeniu zapotrzebowania na usługi zdrowotne przy możliwie najniższych kosztach własnych świadczeniodawców, w ramach obowiązujących regulacji i limitów ustanowionych przez władze administracyjne i instytucje kupujące (finansujące) usługi³³, prezentuje operacyjne i syste-

³¹ A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2001, s. 183.

³² R. Niżankowski, *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, Zdrowie i Zarządzanie 2003, nr 6, s. 7.

³³ M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1996, s. 12.

mowe podejście do analizowanego zagadnienia. W ten sposób pojmują jakość przede wszystkim administratorzy różnego szczebla, którzy dążą do oszczędności w korzystaniu z zasobów dostępnych w służbie zdrowia. Dodatkowo kwestie te są regulowane stosownymi przepisami prawnymi, które mówią o:

- nakazie świadczenia usług zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- warunkach, jakie musi spełnić świadczeniodawca w zakresie pomieszczeń³⁴ i wyrobów medycznych³⁵;
- wymaganiach dotyczących osób wykonujących zawód medyczny³⁶;
- przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości;
- możliwości wydania certyfikatu akredytacyjnego potwierdzającego spełnienie określonych standardów jakości;
- nakazie uwzględniania jakości w udzielanych przez oferenta świadczeniach przy zawieraniu kontraktów³⁷;
- możliwości kontrolowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia jakości świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców³⁸;
- nadzorze sprawowanym przez podmiot, który utworzył zakład; nadzór ten polega na kontroli i ocenie działalności zakładu opieki zdro-

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1992 r. Nr 74, poz. 366).

³⁵ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896).

³⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204), ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602), ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 100, poz. 1083), ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207).

³⁷ Zob. art. 91 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391).

³⁸ Zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135) „porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona”.

wotnej oraz pracy kierownika zakładu i obejmuje głównie realizację zadań statutowych oraz dostępność i poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych³⁹.

W systemie ochrony zdrowia, płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia), oceniając jakość udzielanych świadczeń, bierze pod uwagę: a) stopień wdrożenia wewnętrznego systemu zapewnienia jakości, b) zmiany w poziomie jakości udzielanych świadczeń (w aspektach bezpieczeństwa, efektywności i akceptowalności), c) udział w zewnętrznym systemie jakości.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość jest to rezultat oraz sposób użycia środków i organizacji usług, a także satysfakcja pacjenta⁴⁰. Ocena jakości usług medycznych to znacznie więcej niż mierzenie poziomu rozwoju technicznego czy fachowości kadry, uwzględnia ona bowiem także skuteczność, bezpieczeństwo, wydajność i trafność zastosowanych sposobów leczenia. Niezbędnymi składnikami pomiaru jakości są ponadto stopień akceptacji dla poczynań lekarza oraz zadowolenie pacjentów⁴¹.

Próba zaangażowania pacjenta w proces oceny jakości świadczeń medycznych była Lublańska Karta Reformowania Opieki Zdrowotnej ogłoszona w 1996 r. na konferencji WHO. Podczas posiedzeń stwierdzono, że narodowe systemy opieki zdrowotnej muszą być skoncentrowane na jakości. Powinny też jasno i precyzyjnie określać cele, dokonywać profesjonalnej samooceny i samoregulacji, jak również włączać pacjentów w proces doskonalenia jakości opieki zdrowotnej⁴². W myśl tych wytycznych od placówek opieki zdrowotnej oczekuje się stosowania najlepszych i najskuteczniejszych sposobów rozwiązywania problemów zdrowotnych danej populacji, co wymaga stałego zapoznawania się z najnowszymi osiągnięciami w dziedzinie medycyny. Bardzo ważnym elementem jest eksponowanie podmiotowości pacjenta. Światowa Organizacja Zdrowia stwierdza, że odpowiednią metodą jest taka, która spełnia następujące wa-

³⁹ Zob. art. 67 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408).

⁴⁰ WHO Working Group, *Quality Ace in Health Care*, 1989, I–79–95.

⁴¹ A.M. Worning, *Rola Światowej Organizacji Zdrowia w zapewnianiu jakości świadczeń medycznych*, Antidotum 1997, nr 3, s. 39.

⁴² H. Lenartowicz, *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie: materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998, s. 38.

runki: posiada naukowe uzasadnienie, odpowiada lokalnym potrzebom, spotyka się z akceptacją lekarza i pacjenta oraz korzysta z dostępnych w danym regionie środków, czyli jest ekonomicznie dostępna⁴³.

Opierając się na założeniach R. Maxwella, WHO proponuje sześć wymiarów mierzenia jakości opieki zdrowotnej:

- dostępność – możliwość uzasadnionego korzystania z opieki, niezależnie od ograniczeń wynikających z położenia geograficznego, odległości, środków finansowych, czasu, wieku, języka, transportu, architektury budynków;
- równość – świadczenie opieki dla całej populacji zgodnie z rozpoznanymi potrzebami, niezależnie od charakteru kulturowego, społecznego czy rasowego bądź innych cech osobowościowych pacjentów;
- adekwatność – pakiet usług zdrowotnych i wszystkie procedury dostosowane są do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczności;
- akceptacja – opieka zdrowotna uwzględnia wartości kulturowe i spełnia oczekiwania;
- efektywność – dostępne zasoby (finanse, budynki, wyposażenie, pracownicy) są jak najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane;
- skuteczność – opieka spełnia swoją funkcję w kategoriach korzyści i efektów zdrowotnych jednostki oraz populacji, której służy⁴⁴.

Dotychczas wspólną cechą promowanych przez WHO programów było poszukiwanie standardów i norm, za pomocą których można było kontrolować i monitorować procesy leczenia. W ostatnich latach nastąpiła jednak reorientacja w stronę wieloaspektowego wyniku leczenia.

Podobny sposób definiowania i badania jakości usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej, czyli przez sprecyzowanie wskaźników umożliwiających jej pomiar, proponuje R. Niżankowski. Uważa on, że należy ustalić pewne obserwowalne i mierzalne indykatory wykorzystane następnie do konstruowania narzędzi badawczych. Zaproponowane przez R. Niżankowskiego aspekty (mierniki) jakości świadczeń medycznych zostały przedstawione w tabeli 4.

⁴³ A.M. Worning, *op. cit.*, s. 39.

⁴⁴ H. Lenartowicz, *Zarządzanie jakością...*, s. 39.

Tabela 4. Aspekty jakości świadczeń medycznych

Dostępność – rozumiana jako osiągalność danego typu świadczeń lub dogodność w korzystaniu z nich. Dostępność zależy z jednej strony od podaży i istniejących ograniczeń, z drugiej zaś od zapotrzebowania. Dostęp do świadczeń zdrowotnych to wskaźnik (określany w kategoriach rodzaju, ilości i miejsca) udostępnianych zasobów oraz usług opieki zdrowotnej w stosunku do potrzeb danej osoby lub społeczności. Opieka zdrowotna jest dostępna dla danego człowieka wtedy, gdy może on ją uzyskać w dogodnym miejscu i czasie od wykwalifikowanego personelu. Dostęp do świadczeń wiąże się z czterema znaczeniami:	Osiągalność, czyli relacja między wielkością i strukturą zasobów będących do dyspozycji systemu a wielkością i strukturą potrzeb zdrowotnych określonej populacji; miernikiem tego aspektu dostępności jest liczba pracowników medycznych określonych kategorii oraz jednostek infrastruktury (łóżek szpitalnych) przypadających na daną liczbę ludności. Dostępność przestrzenna – relacja między przestrzenną dystrybucją zasobów a terytorialnym rozmieszczeniem osób, które mają korzystać ze świadczeń; podstawą oceny tego aspektu jest odległość między miejscem realizacji usługi a miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy oraz warunki komunikacyjne, łatwość korzystania ze środków transportu, koszt pokonania odległości. Dostępność organizacyjna – stopień dostosowania organizacyjnych warunków udostępniania świadczeń i praktycznych możliwości korzystania przez pacjentów ze stosowanych rozwiązań: godziny otwarcia placówki i czas pracy jej pracowników, zasady rejestracji i ustalania wizyt, możliwość kontaktu telefonicznego i zakres udzielanej w ten sposób pomocy. Dostępność kosztowa – rozpatrywana na poziomie makro i mikro. W skali makro dotyczy zasad przyznawania uprawnień do korzystania ze świadczeń; na poziomie mikro jest to postrzegana przez pacjenta zdolność do poniesienia kosztu związanego z kontaktem z placówką.
--	---

Efektywność – to wielkość korzystnych skutków zdrowotnych uzyskiwanych dzięki świadczeniom medycznym, przy uwzględnieniu również skutków niepożądanych. Efektywność zależy od trzech zasadniczych elementów, którymi są: stosowane skuteczne metody diagnostyczne i terapeutyczne (zwane też technologią medyczną), ich zasadne stosowanie oraz wykonanie. Ocena postępowania medycznego polega na pomiarze różnicy pomiędzy obserwowaną praktyką a wzorcem, tj. aktualnymi i wiarygodnymi wytycznymi dla praktyki medycznej (pozwala to ocenić samą metodę i zasadność jej zastosowania). Poprawność wykonania procedury medycznej zależy od odpowiedniego wykształcenia personelu i posiadanej przez niego wiedzy.	Do pomiaru poszczególnych składników aspektu, jakim jest efektywność, stosowane są: audyt dokumentacji medycznej (strukturalizowany, systematyczny przegląd) – pozwala na ocenę rodzaju stosowanych metod i zasadności ich użycia; kompetencje – formalne uznanie posiadanych kompetencji, czyli przyznawanie uprawnień do wykonywania określonych procedur medycznych w zależności od wykształcenia i posiadanego doświadczenia; rejestry pacjentów – bazy danych, w których gromadzone są informacje o poszczególnych pacjentach leczonych w placówkach określonego typu; placówka objęta rejestrem przysyła zestaw danych dotyczących stanu chorego, zastosowanego postępowania oraz uzyskanych efektów. Rejestr obejmuje również dane historyczne, co pozwala określić rzeczywiście uzyskane efekty, a także częstotliwość wystąpienia powikłań i skutków niepożądanych.
Bezpieczeństwo – wielkość błędów, pomyłek i powikłań mogących mieć negatywne skutki zdrowotne dla pacjenta. Wysiłki zmierzające do poprawy poziomu bezpieczeństwa przybierają postać:	przepisy w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego, budowlanego, bhp; mają one charakter obligatoryjny i powszechny, a bodźcami do ich przestrzegania są różne sankcje; do słabych stron tego rodzaju przepisów można zaliczyć formalistyczny stosunek do ich przestrzegania; standardy akredytacyjne – pobudzają placówki do poszukiwania we własnym zakresie stosowanych rozwiązań podnoszących poziom bezpieczeństwa; system raportowania i analiz błędów medycznych – nastawiony jest na wypracowanie sposobów unikania błędów w przyszłości w możliwie dużej liczbie placówek; polega on na dobrowolnym zgłaszaniu przez jednostki uczestniczące w systemie wypadków i błędów, które są następnie poddawane gruntownej analizie w celu określenia przyczyn i czynników sprawczych; na podstawie analizy większej liczby podobnych przypadków opracowywane są zalecenia oraz wskazywany sposób unikania tego typu zdarzeń.

Wydajność – oznacza poziom wykorzystania posiadanych środków dla uzyskania możliwie najkorzystniejszych efektów zdrowotnych.	
Akceptowalność – to stopień zadowolenia osób korzystających z usług medycznych, tzn. relacja między oczekiwaniami chorego dotyczącymi technicznych, psychologicznych i kulturowych aspektów zaspokajania jego potrzeb a stopniem spełnienia tych oczekiwań (postrzegany przez pacjenta poziom wiedzy lekarza i innych pracowników oraz ich sposób zachowania); czynnikami decydującymi o akceptowalności jest subiektywnie postrzegana jakość opieki mierzona poziomem zadowolenia z relacji z personelem i sposobu traktowania pacjenta oraz spełnienia oczekiwań co do wygody korzystania z usług.	Ocena zachowań pacjentów – częstość przypadków rezygnacji ze świadczeń usługodawcy, zmiana placówki, zmiana lekarza, częstość wyboru danej placówki (o pierwszym wyborze lekarza lub placówki niejednokrotnie decyduje moda, przekazy ustne). Zachowania pacjentów (głównie związane z dalszym korzystaniem z usług określonej placówki) mogą jednak wynikać z ograniczeń o charakterze ekonomicznym, lokalizacyjno-dostępowym, informacyjnym. Zbieranie opinii pacjentów – czyli badania satysfakcji pacjentów. Badania te nie powinny być przeprowadzane przez świadczeniodawców, lecz przez podmioty zewnętrzne, dlatego że wyniki mogą być zafałszowane przez ankietowane osoby powodowane „kurtuazją” wobec usługodawcy.

Źródło: R. Niżankowski, *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, Zdrowie i Zarządzanie 2003, nr 6, s. 8

Zamiast uporządkować zagadnienie jakości usług medycznych przytoczone ujęcia definicyjne pokazują jego wieloaspektowość i złożoność. W literaturze współlistnieją definicje wyjaśniające istotę jakości świadczeń medycznych z punktu widzenia pacjenta, jak i innych uczestników systemu służby zdrowia. Jak już wspomniano, każdy z podmiotów oceniających jakość świadczonych usług stosuje inne kryteria bądź nadaje im różną rangę. Odmienne kryteria oceny jakości usług medycznych mogą stosować także różne grupy pacjentów. W związku z tym w procesie oceny jakości poszczególni uczestnicy rynku usług medycznych będą definiować jakość poprzez:

- akceptowalność, dostępność i efektywność świadczeń, czyli tzw. postrzegana jakość usług, której oceny dokonuje się według subiektywnych kryteriów pacjentów, ponieważ każdy z nich ma swoją odmienną percepcję jakości i samodzielnie ustala miarę jej oceny;
- efektywność, którą zainteresowani są pracownicy medyczni – głównie lekarze;

- akceptowalność, dostępność, efektywność, wydajność i bezpieczeństwo są istotne dla placówki medycznej reprezentowanej przez osoby zarządzające; jakość w zakładzie opieki zdrowotnej rozumiana jest jako suma jakości świadczeń częściowych;
- maksymalizacją wydajności oraz dostępnością zainteresowany jest z reguły płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia i inne instytucje finansujące);
- dostępność i efektywność opieki stanowią priorytet dla polityka zdrowotnego⁴⁵.

R. Niżankowski twierdzi, że aktualnie głównym problemem jest interpretacja pojęcia jakości świadczeń dla celów zawierania umów pomiędzy Funduszem a usługodawcami. Za główne kryteria tej oceny uznaje on bezpieczeństwo, efektywność i akceptowalność⁴⁶. W tym stwierdzeniu widoczna jest bardzo wyraźna orientacja na jakość, ale w ujęciu systemowym i technicznym. Nadrzędnym celem tych dążeń jest wynegocjowanie najkorzystniejszych warunków współpracy z Funduszem. Większość menedżerów zakładów opieki zdrowotnej postrzega dbałość o jakość i zdobywanie certyfikatów jakościowych jako element przetargowy w rozmowach z Funduszem, stąd też działania projakościowe w tych placówkach przejawiają się przede wszystkim w przestrzeganiu standardów, norm, wytycznych, czyli w doskonaleniu jakości technicznej. Operacjonalizując jakość jako akceptowalność, czyli poziom zadowolenia pacjenta, placówka ma możliwość stosunkowo szybkiego zgromadzenia grupy usatysfakcjonowanych pacjentów, wypracowania nadwyżki i w efekcie doskonalenia pozostałych aspektów jakości. Z opinią tą zgadza się G. Broniewska, która postuluje ukierunkowanie działań lekarzy i pielęgniarek na pacjenta, podnosi to bowiem jakość usług zdrowotnych i jednocześnie przynosi poprawę rentowności szpitala. Większość tych zmian wymaga (szczególnie w fazie początkowej) niewielkich, a często żadnych nakładów finansowych, co pozwala na wygenerowanie dodatkowych środków na inwestycje w zasoby ludzkie, jak i rzeczowe⁴⁷. Podobne spostrzeżenia poczyniła D.R. Hajdukiewicz. Uważa ona, że nie można oferować „bez-

⁴⁵ R. Niżankowski, *Jakość świadczeń zdrowotnych...*, s. 7.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 7.

⁴⁷ G. Broniewska, *Systemy zarządzania jakością w opiece zdrowotnej*, Zdrowie i Zarządzanie 2003, nr 6, s. 44.

duszej” usługi, choćby była wykonana przez wybitnego specjalistę, ani też usługi „serdecznej”, pełnej troski i osobistego zaangażowania, nieopartej jednak specjalistyczną wiedzą i umiejętnościami lekarza⁴⁸. Usługa medyczna bowiem stanowi konglomerat różnych czynności oraz działań i oceniana jest przez pacjentów jako całość. Jakość usług oferowanych przez szpital jest więc „sumą jakości cząstkowych – lekarskich, pielęgniarskich, diagnostycznych, rehabilitacyjnych, zarządczych”⁴⁹. Nie bez wpływu na ocenę jakości pozostaje także środowisko świadczenia usługi (wygląd i wyposażenie sal, czystość, zasady odwiedzania chorych). Wszystkie te elementy mogą mieć wpływ na szybszy lub wolniejszy powrót chorego do zdrowia⁵⁰.

Uwzględniając dotychczasowy dorobek w zakresie badania jakości usług oraz przyjmując jako nadrzędną perspektywę pacjenta można jakość świadczenia medycznego zdefiniować jako **realizację spełniającą lub przekraczającą oczekiwania nabywcy**. Tak więc usługa cechuje się odpowiednią jakością, jeśli została wykonana przynajmniej zgodnie z oczekiwaniami klienta⁵¹. Definicja ta podkreśla znaczenie konfrontacji oczekiwań nabywcy i poziomu wykonania danego świadczenia medycznego. Oznacza to, że punktem wyjścia i czynnikiem determinującym decyzje rynkowe placówek opieki zdrowotnej powinien być pacjent oraz jego potrzeby i oczekiwania.

Jakość staje się zatem kategorią subiektywną, sądem wyrażanym przez każdego indywidualnego nabywcę produktu usługowego. Takie ujęcie stawia nabywcę w roli podmiotu dokonującego wyboru kryteriów oceny, a następnie oceniającego jakość produktu. Jest więc spójne z marketingową koncepcją traktowania klienta jako podmiotu będącego punktem odniesienia w kształtowaniu działań rynkowych przedsiębiorstwa⁵².

W rezultacie jakość staje się coraz bardziej elastycznym atrybutem produktu, zmieniającym się pod wpływem oczekiwań pacjenta oraz na-

⁴⁸ D.R. Hajdukiewicz, *Rola otoczenia w kreowaniu polityki jakości szpitala*, Zdrowie i Zarządzanie 2003, nr 6, s. 59.

⁴⁹ K. Opolski, E. Szyborska, *Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia*, Antidotum 1997, nr 9, s. 22.

⁵⁰ M. Lisiecka-Bielanowicz, *Jakość usług zdrowotnych determinantą sprawnego systemu ochrony zdrowia*, Problemy Jakości 1999, nr 12, s. 36.

⁵¹ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, s. 200.

⁵² T. Taranko, *Działania marketingowe a kształtowanie jakości produktu*, Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów SHG, z. 14, Warszawa 2000, s. 105.

bierającym charakteru personalistycznego. Jakość to nie stan, lecz proces ciągłych poszukiwań. Ma ona o wiele więcej wspólnego z marketingiem niż technicznym doskonaleniem produktów. W podejściu marketingowym dbałość o jakość nie jest zadaniem wyizolowanej komórki w strukturze organizacyjnej, lecz obowiązkiem wszystkich pracowników – począwszy od kierownictwa (które ustala strategiczne priorytety funkcjonowania organizacji), a kończąc na pracownikach, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem i jego rodziną. Jakość to stan świadomości wszystkich uczestników biorących udział w procesie świadczenia usługi. Oznacza skoncentrowanie uwagi na chorym i dążenie do spełnienia jego oczekiwań. W konsekwencji pacjent powinien otrzymywać opiekę, która stanowi wypadkową działań jakościowych podejmowanych na każdym etapie procesu usługowego oraz efekt synergii prac realizowanych przez wszystkich pracowników w organizacji. Rozumiana w ten sposób filozofia jakości przenika wszystkie poziomy organizacyjne i integruje instytucję w każdej dziedzinie jej funkcjonowania.

W dalszej części niniejszej książki zostaną przedstawione różnorodne koncepcje jakości usług medycznych z perspektywy pacjenta.

1.2. Koncepcje jakości usług medycznych

Tendencja do dbałości o jakość usług medycznych może wynikać z presji odgórnej (np. płatnika) bądź z obligatoryjnych nakazów. Instytucje ochrony zdrowia są wówczas słabo zmotywowane do zmian, ponieważ ich wysiłek i starania nie są powiązane z gratyfikacjami, co sprawia, że jakość utrzymywana jest na minimalnym, wymuszonym poziomie. Innego typu zachowania spotyka się w przypadku tendencji fakultatywnych, czyli inicjatyw oddolnych, kiedy działania jakościowe stanowią wyraz orientacji rynkowej placówki oraz ambicji i chęci pracowników. Początkowo Narodowy Fundusz Zdrowia obiecywał nagradzać placówki dobrowolnie podejmujące działania zmierzające do poprawy jakości świadczeń, zapewniając im np. lepszą pozycję przy zawieraniu kontraktów. Niestety, obietnice te nie zostały spełnione. Mimo to jednak wiele placówek nie zeszło z obranej drogi.