

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu**

Ewa Jakubek

**Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na
jakość opieki zdrowotnej**

Rozprawa doktorska

Promotor:
dr hab. Maria Danuta Głowacka

Poznań 2012

Dziękuję Promotorowi mojej pracy Pani dr hab. Marii Danucie Głowackiej za inspirację, wsparcie, życzliwość i pomoc merytoryczną udzieloną w trakcie pisania tej pracy.

Spis treści

Wprowadzenie.....	5
1. System opieki zdrowotnej.....	8
1.1. Pojęcie, cele i zadania systemu opieki zdrowotnej.....	8
1.2. Modele systemów opieki zdrowotnej.....	17
1.3. Elementy systemu opieki zdrowotnej.....	19
2. Jakość w usługach medycznych.....	27
2.1. „Jakość”- próba przybliżenia pojęcia.....	27
2.2. Kryteria jakości w usługach medycznych.....	37
2.3. Mierniki jakości i standaryzacja świadczeń medycznych.....	41
2.4. Systemy zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej.....	52
2.4.1. Mechanizmy zapewnienia jakości.....	58
2.5. Metody doskonalenia jakości.....	70
2.5.1. Benchmarking.....	70
2.5.2. Just in Time.....	71
2.5.3. Reengineering.....	73
2.5.4. Outsourcing.....	74
2.6. Ewaluacja poziomu świadczeń medycznych w zakładach opieki zdrowotnej...	76
3. Metodologiczne podstawy badań własnych.....	81
3.1. Cel pracy, problemy i hipotezy badawcze.....	81
3.2. Metody badawcze wykorzystane w badaniach własnych	85
3.2.1. Prezentacja zastosowanych narzędzi badawczych.....	85
3.3. Charakterystyka badanej populacji.....	88
3.3.1. Kierownicy.....	89
3.3.2. Pracownicy.....	90
3.3.3. Pacjenci.....	94
3.4. Przebieg badań.....	96

4. Wyniki badań własnych.....	97
4.1. Metody statystyczne wykorzystane do opracowania wyników badań własnych	97
4.2. System zarządzania jakością w ocenie personelu kierowniczego.....	97
4.3. Porównanie wybranych zagadnień w grupach kierowników i pracowników.....	99
4.4. Zarządzanie jakością w szpitalach z certyfikacją i bez certyfikacji.....	102
4.4.1. Pracownicy.....	103
4.4.2. Pacjenci.....	107
4.5. Typ własności szpitala a zarządzanie jakością.....	120
4.5.1. Kierownicy.....	120
4.5.2. Pracownicy.....	122
4.5.3. Pacjenci.....	126
4.6. Porównanie ocen pacjentów szpitali polskich i niemieckich na przykładzie wybranych odpowiedzi respondentów.....	138
4.7. Porównanie ocen badanych aspektów satysfakcji pacjenta hospitalizowanego...	145
4.7.1. Pacjenci szpitali certyfikowanych i nieposiadających certyfikatu jakości.....	146
4.7.2. Pacjenci szpitali prywatnych i publicznych.....	147
4.7.3. Pacjenci szpitali polskich i niemieckich.....	149
4.8. Zmienne demograficzne a ocena jakości świadczeń medycznych na przykładzie badań satysfakcji pacjenta.....	150
4.8.1. Zmienne demograficzne a ocena funkcjonowania szpitala w badanej grupie.....	150
4.8.2. Zmienne demograficzne a ocena funkcjonowania szpitala w podziale ze względem na certyfikację-jej posiadanie versus brak.....	153
4.8.3. Zmienne demograficzne a ocena funkcjonowania szpitala w podziale ze względem na typ własności-szpitala certyfikowane.....	158
Dyskusja.....	162
Wnioski.....	178
Streszczenie.....	180
Abstract.....	182
Piśmiennictwo.....	184
Spis tabel.....	195
Spis rysunków.....	198
Załączniki.....	200

Wprowadzenie

Wzrost świadomości pacjentów, ich potrzeb oraz oczekiwań dotyczących świadczeń zdrowotnych, w powiązaniu z nasilającą się konkurencją na rynku usług medycznych, sprawia, że utrzymanie się, przetrwanie i rozwój placówki lecznictwa zamkniętego zależy w dużej mierze od oferowanej przez nią jakości. Jakość ta pojmowana jest szeroko, dotyczy bowiem wszystkich aspektów funkcjonowania szpitala – zakresu oferowanych usług, sposobu i szybkości ich realizowania, organizacji i przebiegu procesu leczenia, stosowania nowoczesnych metod diagnostyki i terapii itp. Istotnym elementem jest także podejście do pacjenta, dbałość o jego komfort oraz zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych. Koncentracja na pacjencie, uwzględnianie jego perspektywy, jest istotą koncepcji funkcjonalnej, która akcentuje m.in. konieczność poprawy komunikacji z usługobiorcą. Proces wprowadzania konstruktywnych zmian w organizacji jest złożony i długotrwały, wymaga m.in. modyfikacji postaw i zachowań personelu, wiąże się z doskonaleniem kompetencji, zarówno twardych (wiedza, specyficzne umiejętności zawodowe), jak i miękkich (psychospołecznych), umożliwiających budowanie trwałych relacji i skuteczne komunikowanie się z pacjentami, członkami zespołu terapeutycznego oraz kadrą zarządzającą.

Zachowania pracowników są często główną barierą w budowaniu efektywności i sprawnym zarządzaniu organizacją, jaką jest szpital¹. W procesie świadczenia usługi znaczenie ma bowiem nie tylko wiedza, specjalistyczne umiejętności oraz zgodność postępowania z obowiązującymi w danej dziedzinie standardami, ale także poziom zaangażowania pracowników². Pacjenci oczekują, co oczywiste, przede wszystkim rozwiązania problemu zdrowotnego, nie bez znaczenia jest jednak kontekst, w jakim się to odbywa. Innymi słowy, oprócz uzyskania trafnej diagnozy, pacjent dostrzega i wartościuje wszystkie elementy świadczonej usługi, oczekując także wielowymiarowego wsparcia (informacyjnego, instrumentalnego oraz emocjonalnego), dialogu, wysłuchania jego sugestii i traktowania w sposób podmiotowy.

Badanie satysfakcji pacjenta jest obecnie traktowane jako pewnego rodzaju wymóg w placówkach, które posiadają certyfikaty jakości. Zależności między realizowaną usługą a poziomem satysfakcji są złożone. Stąd też jakość jest wypadkową działań podejmowanych przez placówkę w różnych obszarach: zarówno zarządzania (zasobami ludzkimi,

¹ N. Piercy, N. Morgan, *The marketing planning process: behavioral problems compared to analytical techniques in explaining marketing plan credibility*, "Journal of Business Research" 1994, 29, p. 167-168.

² K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2000, s. 114.

finansowymi, materialnymi oraz procesami) i świadczenia usług, jak i zaspokajania potrzeb oraz oczekiwań pacjentów³. Elementem, którego nie można pominąć w kontekście mówienia o podnoszeniu jakości usług i satysfakcji pacjenta jest postawa personelu. Wysoki poziom zaangażowania pracowników w wykonywanie obowiązków zawodowych, stopień ich identyfikacji z misją placówki oraz akceptacja podejmowanych przez placówkę działań projakościowych znajduje odzwierciedlenie w świadczeniu usług zgodnych, a niekiedy nawet przewyższających, oczekiwania pacjenta. Dbłość o poprawę środowiska pracy personelu, tworzenie sprzyjających warunków pozostaje zatem w pozytywnym związku z poprawą jakości usług⁴.

Racjonalne, zaplanowane, zintegrowane i uporządkowane działania ukierunkowane na stałe podnoszenie jakości są obecnie koniecznością, przed którą staje każda placówka pragnąca odnieść sukces. Jednym ze sposobów wprowadzenia wewnętrznego porządku w organizacji, jaką stanowi placówka medyczna, jest właśnie wdrożenie systemu zarządzania jakością.

Inspirację do zainteresowania się problematyką jakości i podjęcia badań w tym zakresie stanowiły liczne obserwacje dotyczące funkcjonowania i działalności placówek medycznych, nasilające się zjawisko wdrażania systemów jakości w niektórych szpitalach oraz związane z tym obserwowalne zmiany w mentalności pracowników.

Niniejsza praca składa się z części teoretycznej, stanowiącej uzasadnienie podjętej tematyki badań (rozdziały 1, 2), oraz części empirycznej (rozdział 3,4). Obejmuje ponadto dyskusję, wnioski, piśmiennictwo, streszczenie w języku polskim i angielskim, spis tabel i rycin oraz załączniki.

W rozdziale pierwszym zdefiniowano pojęcie zdrowia oraz omówiono funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, przybliżając jego cele i zadania jakie realizuje. Przedstawiono trzy zasadnicze modele systemów opieki zdrowotnej, a także wskazano elementy opieki zdrowotnej i kryteria warunkujące jej sprawność.

Treść rozdziału drugiego poświęcona jest zagadnieniu jakości w usługach medycznych. Omówiono tu szczegółowo pojęcie podstawowe, dokonano identyfikacji kryteriów jakości (kryterium struktury, procesu i wyniku). Zaprezentowano także sześć wymiarów jakości opieki zdrowotnej (wg Światowej Organizacji Zdrowia WHO), takich jak: dostępność, równość, adekwatność, akceptacja, efektywność i skuteczność, oraz metody

³ Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 187.

⁴ K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 122.

pomiaru jakości. W dalszej części rozdziału skupiono się na zagadnieniu standaryzacji świadczeń medycznych i wskazano istniejące możliwości w zakresie implementacji systemów zarządzania jakością w placówkach medycznych. Podjęto także próbę przybliżenia międzynarodowej normy ISO oraz krajowej akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, a także norm specyficznych dla innych krajów. Omówiono również liczne metody doskonalenia jakości, co stanowi jednocześnie wymóg wpisany w posiadanie systemu zarządzania jakością.

W rozdziale trzecim zaprezentowano cel pracy, problemy i hipotezy badawcze, zdefiniowano zmienne oraz opisano metody i procedurę badawczą. Scharakteryzowano badaną populację oraz omówiono przebieg badań. W rozdziale czwartym przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań oraz dokonano próby ich omówienia w trakcie dyskusji. W części końcowej pracy sformułowano wnioski dotyczące wpływu standaryzacji usług medycznych na jakość opieki zdrowotnej.

Należy wyjaśnić, że w niniejszej pracy nie stosuje się obowiązującego od 15 kwietnia 2011 roku sformułowania „podmioty lecznicze”, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Zamiast tego stosuje się określenie „zakłady opieki zdrowotnej”(niepubliczne), które to nazewnictwo stosowane było w okresie prowadzenia przez autorkę badań.

1. System opieki zdrowotnej

1.1. Pojęcie, cele i zadania systemu opieki zdrowotnej

Pojęcie zdrowia i jego ochrony stale ulega poszerzeniu i zmianie, co związane jest przede wszystkim z postępem społecznym i cywilizacyjnym. Zdrowie definiowane jest jako pełnia dobrego samopoczucia (fizycznego, psychologicznego, społecznego), a jego ochrona w głównej mierze polega na zapobieganiu chorobom. W tym kontekście istotne jest zatem tworzenie programów ochrony zdrowia, zwłaszcza jeśli uwzględni się fakt, że proces starzenia się społeczeństwa w Polsce, jak również wzrastająca świadomość społeczna w zakresie usług ochrony zdrowia, wyznaczają coraz wyższy poziom wymagań dotyczących zachowania i poprawy zdrowia i sprawności⁵.

Odpowiedzialność za profilaktykę zdrowia przypisuje się w coraz większym stopniu jednostce i rodzinie. Jeśli jednak ochrona zdrowia ma być skuteczna, musi stać się elementem przenikającym wszystkie obszary życia jednostki. Takie podejście do polityki zdrowotnej wyznacza nowy etap związany z promocją zdrowia oraz realizacją Narodowego Programu Zdrowia. W ocenie stanu zdrowia społeczeństwa użyteczne są zaproponowane przez Komitet Współpracy Międzynarodowej ds. Krajowych Badań Demograficznych takie kategorie, jak: czynniki ekologiczne, indywidualne cechy społeczno-zawodowe i kulturowe, poziom życia oraz styl życia. Ochrona zdrowia wymaga zatem wprowadzenia zmian w zakresie różnych parametrów determinujących funkcjonowanie człowieka. Istotna w tym ujęciu wydaje się m.in. konieczność kształtowania umiejętności życiowych umożliwiających konstruktywne radzenie sobie w sytuacjach, które stwarzają realne zagrożenie dla prozdrowotnego stylu życia jednostki⁶.

Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej uchwalonej 2 kwietnia 1997 r.⁷ stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Władze publiczne winny zatem zapewniać wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania tych świadczeń muszą być określone ustawowo. Szczególną opiekę zdrowotną władze publiczne obowiązane są zapewnić dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

⁵ A. Szulc, B. Marchlewska, *Ochrona zdrowia jako wielostronny program medycyny zapobiegawczej*, „Zdrowie Publiczne” 2001 nr 1, s. 37.

⁶ Ibidem, s. 37.

⁷ Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2. 04.1997r., Dz. U. nr 78, poz. 483.

Konstytucja nie definiuje terminów „zdrowie” i „ochrona zdrowia”. Pojęć tych nie definiuje się także w wielu innych aktach prawnych, w których się pojawiają⁸.

Najbardziej popularną definicją zdrowia pozostaje wciąż ta zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia. Zdrowie jest tu rozumiane jako pełnia dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego, umożliwiająca jednostce prowadzenie produktywnego, sensownego i twórczego życia, tak w sferze społecznej, jak i ekonomicznej. Zasada równości, sprawiedliwości i partycypacji w zdrowiu stanowią istotne przesłanki w procesie realizacji podstawowego prawa jednostki i poszczególnych grup ludności do ochrony zdrowia i korzystania z usług służby zdrowia. Działania w zakresie ochrony zdrowia mieszczą się w pojęciu profilaktyki lub prewencji chorób, i w swej istocie mają charakter defensywny, ukierunkowany na zapobieganie⁹.

Współcześnie, najbardziej ogólnym i najprostszym celem ochrony zdrowia jest podejmowanie działań, które zmierzają do poprawy stanu zdrowia populacji lub co najmniej do jego nie pogarszania się. Brakuje jednak pewnej jednolitej i uniwersalnej formuły tych działań, możliwej do zastosowania w rozwiązywaniu wszystkich problemów zdrowotnych społeczeństwa bądź żyjących w jego obrębie grup społecznych, bez względu na miejsce i czas. W ujęciu M. Golberga, istotne znaczenie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych społeczeństwa przypisać należy następującym kategoriom czynników¹⁰:

- wykorzystaniu wiedzy i analiz z zakresu różnych nauk: demografii, epidemiologii, psychologii, etyki, socjologii, ekonomii, prawa, nauk o organizacji i zarządzaniu, ekologii i wielu innych;
- działaniom różnorodnych podmiotów: użytkowników i biorców świadczeń zdrowotnych, administratorów i menadżerów opieki zdrowotnej, personelu służby zdrowia i pomocy społecznej, decydentów i polityków, rozmaitych instytucji publicznych i prywatnych;
- logice działania i dostępnym procedurom, metodom i technikom, szczególnie związanym z organizacją i funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej w ramach określonego kontekstu społeczno-kulturowego, politycznego i ekonomicznego.

⁸ G. Szpor, *Prawne zagadnienia ochrony zdrowia*, (w:) *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, A. Frąckiewicz-Wronka (red.), Katowice 2001, s. 52.

⁹ A. Szulc, B. Marchlewska, *op. cit.*, s. 38.

¹⁰ S. Poździej, *Strategie działania w dziedzinie zdrowia publicznego*, (w:) *Zdrowie publiczne*, A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Vesalius, Kraków 2000, s. 27.

Ochrona zdrowia dotyczy różnych aspektów zdrowia jednostki i zbiorowości; można ją rozpatrywać jako pewnego rodzaju continuum, na którego jednym krańcu mieszczą się działania podtrzymujące i promujące zdrowie, na drugim zaś – działania ukierunkowane na rozwiązywanie problemów związanych z chorobą, inwalidztwem i niesprawnością. Ochrona zdrowia stanowi integralny element polityki społeczno-ekonomicznej państwa. Jej ścisły związek z różnymi sferami polityki przedstawia rysunek nr 1¹¹.



Rysunek 1. Ochrona zdrowia a elementy polityki społeczno-ekonomicznej

Źródło: S. Poździoch, *Strategie działania w dziedzinie zdrowia publicznego*, (w:) *Zdrowie publiczne*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), Vesalius, Kraków 2000, s. 28.

Celem ochrony zdrowia jest zaspakajanie i realizacja potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, rozpoznawanych głównie dzięki metodom epidemiologicznym. W opracowaniach z zakresu teorii zdrowia publicznego, a także w epidemiologii socjologii medycyny, wskazuje się na następujące sposoby ujmowania tego pojęcia:

- potrzeby wyrażone – czyli oczekiwania członków danej zbiorowości, kierowane pod adresem zakładów opieki zdrowotnej i personelu medycznego;
- potrzeby zrealizowane (zaspokojone) przez instytucje świadczące usługi zdrowotne.

¹¹ Ibidem, s. 28.

System opieki zdrowotnej ujmować można jako uporządkowany, spójny zespół czynników i warunków, stworzony w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa¹².

Jak twierdzi C. Włodarczyk, pojęcie systemu zdrowotnego może być używane w co najmniej dwóch znaczeniach – realnym i konceptualnym. W pierwszym znaczeniu system zdrowotny stanowi część szerszej całości, jaką jest system społeczny danego państwa; system ten jest spójny, uporządkowany oraz dobrze zdefiniowany. W znaczeniu drugim system to tylko modelowe przybliżenie rzeczywistości. Autor proponuje tu następującą definicję: „system jest pewną całością – zespołem współzależnych części (ludzi, procesów, produktów, usług), które są powiązane wspólnym celem¹³.” Zdaniem autora, w zdefiniowaniu systemu pomocne jest wyodrębnienie trzech sfer oddziaływania polityki zdrowotnej, a mianowicie:

- służby zdrowia, która stanowi trzon systemu;
- instytucji administrujących i finansujących służbę zdrowia;
- tradycyjnych działań zdrowia publicznego.

W takim szerokim znaczeniu system zdrowotny oznaczałby to samo, co określenie „system ochrony zdrowia”. Można przyjąć ponadto, że elementem składowym systemu zdrowotnego (systemu ochrony zdrowia) jest system opieki zdrowotnej¹⁴.

S. Poździoch wyodrębnia następujące ogólne cele działania systemu opieki zdrowotnej¹⁵:

- Zabezpieczenie i dostarczenie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, niezależnie od różnicujących kryteriów społecznych, ekonomicznych, kulturowych i geograficznych (dostępność opieki).
- Zapewnienie usług i świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych na najwyższym poziomie, zgodnie ze stanem wiedzy i sztuki medycznej (zasada ciągłości opieki i globalnego podejścia).
- Organizowanie opieki w optymalny sposób, przy wykorzystaniu istniejących zasobów materialnych, finansowych i osobowych (efektywność opieki zdrowotnej).

¹² M. D. Głowacka, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, (w:) *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, M.D. Głowacka (red.), Poznań 2004, s. 12.

¹³ B. Arrington, R. S. Kurz, *Quality Management and Improvement*, (w:) *Handbook of Health Care Management*, edited by W.J. Duncan, P.M. Ginter, L.E. Swayne, Blackwell Publishers, Malden, Oxford 1998, p. 291

¹⁴ S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), Kraków 2000, s. 127-128.

¹⁵ *Ibidem*, s. 128.

- Systematyczne wdrażanie działań doskonalących system oraz wpływających na satysfakcję wszystkich użytkowników systemu, zarówno usługobiorców, jak i usługodawców.

Aby zrozumieć wyzwania stojące przed systemem zdrowotnym należy ustalić po pierwsze – co jest jego celem finalnym, po drugie – jakie są cele realizowane w procesie jego funkcjonowania. Niektórzy badacze wyrażają przekonanie, że cele związane z procesem są nawet ważniejsze dla rozumienia funkcjonowania systemów zdrowotnych niż cele zdrowotne. I tak np., Hoffmeyer i McCarthy stwierdzili, że systemy zdrowotne mają tylko dwa właściwe cele: efektywność (*efficiency*) i przestrzeganie zasad społecznej solidarności. Wszystkie inne cele są pochodną specyficznej sytuacji, w której znalazł się określony system¹⁶.

Zgodnie z tym poglądem, współczesne systemy zdrowotne (przynajmniej te, które funkcjonują w kręgu europejskim), poza celami zdrowotnymi, mają także cele podobne i wspólne¹⁷:

- odpowiedniość i sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej:
 - wszyscy obywatele powinni mieć dostęp do co najmniej podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych;
 - wszystkie osoby o tych samych potrzebach powinny być traktowane w ten sam sposób;
- ochrona dochodów: pacjenci nie mogą być narażeni na wydatki, które przyczyniłyby się bezpośrednio do obniżenia poziomu ich życia, a sposób ochrony powinien uwzględniać indywidualną zdolność pacjenta do płacenia (w tym kontekście mówi się o: ubezpieczeniu – jako że zachorowania są nieprzewidywalne, oszczędności – ponieważ osoby starsze potrzebują więcej świadczeń niż osoby młode, redystrybucji dochodu – bo osoby, które częściej chorują są zwykle także biedniejsze);
- makroekonomiczna efektywność, która polega na przeznaczaniu jedynie odpowiedniej wielkości środków na opiekę zdrowotną w dzielonym produkcie krajowym brutto;
- mikroekonomiczna efektywność: efekty zdrowotne i satysfakcja pacjentów powinny być możliwie największe, a właściwy zestaw świadczeń powinien być produkowany za możliwie najniższą cenę;

¹⁶ C. Włodarczyk, S. Poździej, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 31.

¹⁷ Ibidem, s. 31.

- swoboda wyboru konsumentów: powinni oni mieć możliwość decydowania z czyich usług chcieliby skorzystać na poziomie podstawowym, a także – w pewnym zakresie – na poziomie specjalistycznym. Swoboda wyboru powinna obejmować także wybór płatników (prywatne ubezpieczenie);
- odpowiedni zakres swobody dla świadczeniodawców, co dotyczy głównie medycznych i organizacyjnych innowacji, lecz przy zachowaniu zasady maksymalizowania efektu w skali ponadindywidualnej.

W Raporcie 2000 wyodrębniono dwa rodzaje celów działania systemu zdrowotnego: cele, których osiągnięcie jest wartością samą w sobie (cele nadrzędne), oraz cele, które służą właściwie wyłącznie osiągnięciu tych pierwszych (cele instrumentalne). Cel systemu zdrowotnego uznaje się za nadrzędny, jeśli spełnia następujące kryteria¹⁸:

- istnieje możliwość poprawy stopnia osiągnięcia tego celu przy utrzymaniu niezmiennego stopnia osiągnięcia innych celów. Innymi słowy, cele nadrzędne wzajemnie niezależne;
- poprawa stopnia osiągnięcia powyższego celu jest istotna i pożądana.

Za nadrzędne cele systemu zdrowotnego uznaje się: zdrowie społeczeństwa, wrażliwość systemu na potrzeby pacjentów w zakresie niezwiązanym bezpośrednio z aspektem medycznym opieki oraz sprawiedliwość w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Wyższy stopień osiągnięcia każdego z wymienionych celów bez zmniejszenia stopnia osiągnięcia pozostałych świadczy o poprawie funkcjonowania systemu. Pomiar osiągnięcia celów nadrzędnych przez poszczególne systemy zdrowotne stanowił, według koncepcji WHO, podstawę ogólnej oceny działania systemów. Pozostałe, również istotne cele systemu zdrowotnego (np. jego dostępność) uznane zostały za instrumentalne¹⁹.

Jako drugi nadrzędny cel wskazano wrażliwość systemu na potrzeby pacjentów. Dodać należy jednocześnie, że chodzi tu o potrzeby, które nie dotyczą bezpośrednio aspektu medycznego. Cel ten uznany został za nadrzędny, ponieważ pacjent może w pewnych sytuacjach całkowicie utracić kontrolę nad działaniami, jakim jest poddawany, co naraża go na wydarzenia naruszające jego godność²⁰.

Ostatni składnik poddany ocenie to sprawiedliwość w zakresie obciążenia finansowego płatników. Dążenie do osiągnięcia sprawiedliwego obciążenia finansowego jest

¹⁸ E. Kocot, *Wskaźnik oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych – koncepcja WHO*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom I, nr 1/ 2003, s. 41.

¹⁹ *Ibidem*, s. 41.

²⁰ *Ibidem*, s. 41.

w przypadku systemu zdrowotnego szczególnie ważne, ponieważ opieka zdrowotna może nieść ze sobą znaczne koszty. Dodać należy, że potrzeby zdrowotne często pozostają nieprzewidywalne. Członkowie społeczeństw nie powinni być jednak narażeni na konieczność dokonywania wyboru pomiędzy utratą zdrowia a utratą dóbr materialnych²¹.

Dwa główne cele szczegółowe, i zarazem funkcje systemu ochrony zdrowia, to²²:

- zaspokojenie indywidualnych potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, niedomagań, wypadków (tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne). System powinien jednak uwzględniać również rzeczywiste potrzeby zdrowotne (które nie zawsze ujawniają się dostatecznie wcześnie) i zaspokajać je z własnej inicjatywy;
- zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych, tj. takich warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, chorowania i wszelkich innych aspektów życia, które minimalizują bądź eliminują, jakiegokolwiek ryzyko utraty zdrowia lub życia.

System winien ponadto zaspokajać uzasadnione oczekiwania społeczeństwa dotyczących warunków, w jakich udzielane są świadczenia medyczne. Do uzasadnionych oczekiwań zaliczyć należy²³:

- Poszanowanie godności osobistej pacjenta – obejmujące takie wymiary, jak: pełna poufność informacji o stanie zdrowia; pełna autonomia pacjenta, uprawniająca go do wyrażenia zgody lub odmowy zgody na proponowane działania; zapewnienie atmosfery zaufania, przychylności i intymności bez względu na charakter problemu zdrowotnego.
- Zapewnienie akceptowalnych warunków przy uzyskiwaniu potrzebnego świadczenia zdrowotnego. Zapewnienie odpowiednich warunków uzyskania świadczenia oznacza respektowanie zasady „orientacji na klienta”. Do głównych zadań systemu ochrony zdrowia należy świadczenie usług zdrowotnych osobom, które wyrażają potrzebę takich usług. Klienci systemu zdrowotnego to klienci specyficzni – przychodzą oni nie po towar, za który płacą lub już zapłacili, lecz po poradę, która umożliwi im radzenie sobie z bólem, niedomaganiem, zagrożeniem życia. Oczekują oni zrozumienia, troski i uwagi ze strony świadczeniobiorców. Wszelkie bariery w dostępie do systemu (geograficzne, społeczne, finansowe) uruchamiają poczucie zagrożenia. Na ogólne

²¹ Ibidem, s. 41.

²² J. Leowski, M. Miller, *Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom II, nr 2/2004, s. 18.

²³ J. Leowski, *Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia – o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, „Zdrowie Publiczne”, nr 4/2001, s. 220.

poczucie komfortu (bądź dyskomfortu) wpływ mają także tak różne elementy, jak: stan techniczny i estetyka szpitali, gabinetów lekarskich, sal zabiegowych; poziom opieki pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej; dostępność pomocy społecznej; możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej; prawo wyboru instytucji leczniczej oraz prawo wyboru lekarza.

Sprawiedliwe w odbiorze społecznym obciążenie usługobiorców kosztami systemu oznacza decyzję polityczną dotyczącą zasad finansowania systemu, tj. sposobu zbierania i uzyskania niezbędnych środków oraz zapewnienia akceptowalnych przez społeczeństwo mechanizmów ich wykorzystania.

W wielu krajach świata finansowanie systemu ochrony zdrowia opiera się na zasadach solidaryzmu i współodpowiedzialności każdego obywatela. Środki pochodzą z budżetu państwa (podatki ogólne) lub instytucji ubezpieczeń zdrowotnych (składki ubezpieczeniowe). Stosowanie tych zasad nie wyklucza jednocześnie udziału mechanizmów rynkowych podczas realizacji poszczególnych funkcji systemu, takich, które są opłacane ze środków publicznych, jak i tych opłacanych indywidualnie przez użytkowników. Takie finansowanie systemu oznacza, że zdrowia nie traktuje się jako towaru w klasycznym rozumieniu mechanizmów wolnorynkowych.

W ramach systemu ochrony zdrowia wskazuje się konieczność funkcjonowania dwóch działań²⁴:

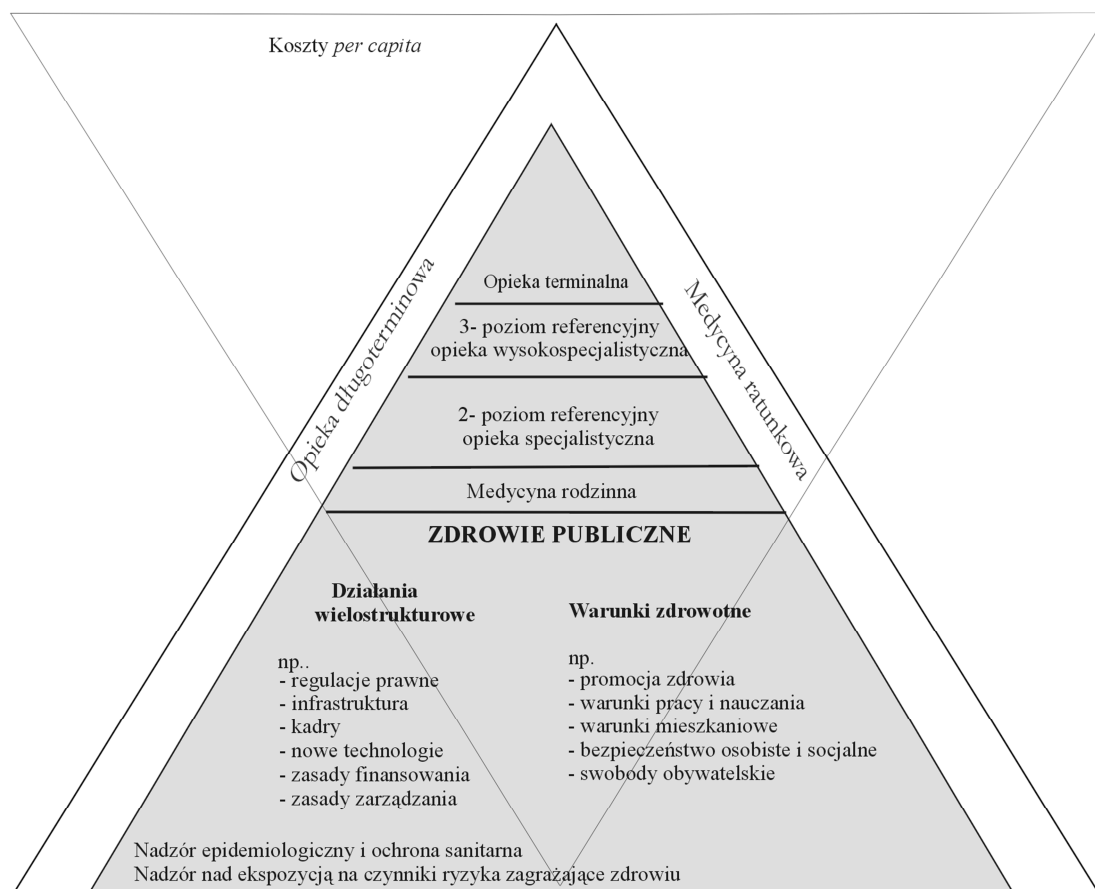
- indywidualnej opieki zdrowotnej, czyli służb metycznych;
- zbiorowej ochrony zdrowia, czyli służb zdrowia publicznego.

Przyjęcie, że głównym celem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w państwie jest zapewnienie społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego wynika z wysokiego miejsca zdrowia (obok bezpieczeństwa socjalnego i poczucia wolności) w hierarchii wartości społecznych. Zasadniczą kwestią staje się konieczność rozstrzygnięcia, czy zdrowie ma być postrzegane i traktowane jako dobro wspólne czy też jako dobro indywidualne²⁵.

²⁴ Ibidem, s. 18.

²⁵ Ibidem, s. 18.

Całokształt funkcji systemu ochrony zdrowia przedstawiono na rysunku 2.



Rysunek 2. Funkcje systemu ochrony zdrowia

Źródło: J. Leowski, M. Miller, *Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom II, nr 2/2004, s. 19.

Z przedstawionej na rysunku 2 piramidy podstawowych funkcji systemu ochrony zdrowia wynika, że żaden z poziomów działania systemu nie może funkcjonować w sposób racjonalny w oderwaniu od pozostałych poziomów. Szczególnie trudno wyobrazić sobie racjonalne i skuteczne funkcjonowanie tych poziomów, które są odpowiedzialne za udzielanie indywidualnych świadczeń medycznych osobom chorym bez zapewnienia całemu społeczeństwu podstawowych warunków umożliwiających utrzymanie zdrowia oraz zapobieganie (na ile to możliwe) wystąpieniu chorób czy zagrożeń zdrowotnych. Istotną rolę odgrywa tu także zapewnienie wszystkim poziomom odpowiedzialnym za opiekę medyczną racjonalnych struktur organizacyjnych, finansowych, prawnych, zaplecza kadrowego i technologicznego.

Przedstawione funkcje systemu ochrony zdrowia realizowane są w zasadzie w każdym kraju, niezależnie od przyjętego systemu finansowania ochrony zdrowia. Rysunek ilustruje jednak także różnice w proporcji kosztów poszczególnych funkcji²⁶.

Zrozumienie istoty i działania systemu wymaga stworzenia modelu, który opisuje relacje między głównymi uczestnikami działającymi w obrębie systemu oraz przybliża zakres ich wpływów. Dokonując analizy takiego modelu należy pamiętać jednocześnie, że system jest opisywany w sposób teoretyczny, opis zaś nie zawsze odpowiada jego rzeczywistemu funkcjonowaniu²⁷.

Uczestnikami systemu opieki zdrowotnej są²⁸:

- pacjenci i ich środowisko – świadczeniobiorcy,
- kadry realizujące świadczenia medyczne w procesie: diagnozy – terapii – rehabilitacji – kompensacji,
- płatnicy – czyli źródła finansowania świadczeń.

Zgodnie z ustaleniami Organizacji Wspólnoty Gospodarczej i Rozwoju (OECD), uczestnicy systemu opieki zdrowotnej to²⁹:

- konsumenci (pacjenci),
- dostawcy opieki zdrowotnej pierwszego poziomu,
- dostawcy opieki zdrowotnej drugiego poziomu (specjalistycznego),
- płatnicy trzeciej strony,
- rząd jako instytucja regulująca.

1.2. Modele systemów opieki zdrowotnej

Jedno z najczęściej stosowanych rozróżnień wprowadza trzy zasadnicze modele systemów: model Bismarcka, model Beveridge'a i model rynkowy, odwołując się do trzech

²⁶ Ibidem, s. 18.

²⁷ M. Kautsch, M. Whitfield, *Zdrowie i opieka zdrowotna – zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne*, (w:) *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Kraków 2001, s. 30.

²⁸ M.D. Głowačka, *op. cit.*, s. 12.

²⁹ M. Kautsch, M. Whitfield, *op. cit.*, s. 31.

wielkich tradycji budowania systemów: niemieckiej, brytyjskiej i amerykańskiej. Syntetyczną charakterystykę tych systemów przedstawiono w tabeli 1³⁰.

Tabela 1. Syntetyczna charakterystyka modeli systemów

Model	Uprawnienia	Finanse	Kontrola	Status
Beveridge	uniwersalne	podatki	publiczna	świadczenia społeczne
Bismarck	uniwersalne	społeczne ubezpieczenie	mieszana	uprawnienia społeczne
rynek modyfikowany	częściowe	prywatne ubezpieczenie	indywidualna	ryzyko ubezpieczeniowe

Źródło: C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 82 za: *Health Care Systems in Liberal Democracies*, A. Wall (ed.), Routledge, London, New York 1996.

W krajach rozwiniętych (z wyjątkiem USA) obserwuje się zwykle jeden z trzech dominujących modeli organizacyjnych. Opisuje się je odpowiednio jako: modele Beveridge'a, Bismarcka i Siemaszki, natomiast model funkcjonujący w USA znany jest jako rezydualny³¹.

Porównanie modeli systemów opieki zdrowotnej przedstawia tabela 2.

Pojęcie modelu systemu pełni w analizach ochrony zdrowia dwojaką rolę. Po pierwsze – jest syntetycznym opisem systemu określonego kraju, lub grupy krajów, których systemy – zgodnie z założeniami stosowanego modelu – są dostatecznie podobne. Po drugie, stanowi narzędzie porównywania systemów funkcjonujących w różnych krajach.

³⁰ C. Włodarczyk, S. Poździoch, *op. cit.*, s. 82.

³¹ M. Kautsch, M. Whitfield, *op. cit.* s. 31.

Tabela 2. Porównanie modeli systemów opieki zdrowotnej

Wyznacznik	Model Bismarcka (ubezpieczeniowy)	Model Beveridge'a (usługowy)	Model rezydualny (pluralistyczny)
Idea tworzenia systemu:	- ochrona przed skutkami zdarzeń losowych, w efekcie których pogorszeniu może ulec sytuacja ekonomiczno-materialna obywatela	- gwarancja bezpieczeństwa obywateli na poziomie podstawowych, elementarnych potrzeb	- odciążenie państwa z obowiązku zapewnienia dostępu obywatelom do świadczeń zdrowotnych
Finansowanie usług:	- fundusze ubezpieczeniowe, które gromadzą obowiązkowe składki pracowników i pracodawców	- z budżetu państwa, który jest tworzony i finansowany przez podatki	- sfera zdrowia publicznego, która finansowana jest z budżetu państwa, - sfera zdrowia indywidualnego, finansowana z kolei z ubezpieczeń dobrowolnych(prywatnych)
Udział państwa:	- sprawuje nadzór nad całością , - tworzy prawne ramy funkcjonowania systemu, - instytucje ubezpieczeniowe-organizują i funkcjonują poza publiczną administracją państwa	- kontroluje całość systemu opieki zdrowotnej, - odpowiada za dostęp do usług zdrowotnych, - monopolista zatrudniający pracowników - w aktach prawnych potrzeby zdrowotne są określane jako bardzo podstawowe	- ograniczona kontrola rządu nad wydatkami - rezygnacja państwa z odpowiedzialności za dostęp do opieki zdrowotnej
Przywileje konsumentów:	- osoby osiągające wysokie dochody są zwolnione z obowiązku ubezpieczenia, mogą z kolei korzystać z ubezpieczeń prywatnych	- swoboda wyboru ograniczona do wyboru lekarza pierwszego kontaktu	- pacjenci będący w szczególnej potrzebie (osoby starsze, z niskich klas społecznych) objęci są opieką zagwarantowaną przez państwo
Prawo do świadczeń:	- wynika z umowy ubezpieczeniowej - ubezpieczony opłaca składkę, stanowi to warunek udzielenia mu świadczenia,	- wszyscy obywatele kraju mają dostęp do opieki medycznej na takich samych zasadach	- w sektorze prywatnym dostęp jest uwarunkowany poziomem zamożności obywatela
Kraj	np. Francja, Niemcy, kraje Beneluxu	np. Wielka Brytania, kraje skandynawskie, Irlandia,	Stany Zjednoczone

Źródło: opracowanie własne na podstawie : Kautsch M., Whitfield M., *Zdrowie i opieka zdrowotna – zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne*, (w:) *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Kraków 2001, s. 36-37.

1.3. Elementy systemu opieki zdrowotnej

Każdy system opieki zdrowotnej jest ukierunkowany na zaspakajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Poziom i stopień realizacji tych potrzeb znajduje odzwierciedlenie w ilości i jakości świadczeń oraz usług medycznych i jest zdeterminowany przez wiele

różnych elementów, przede wszystkim takich, jak: baza materialna, czyli rodzaj, ilość i rozmieszczenie instytucji medycznych i zakładów opieki zdrowotnej; wyposażenie placówki w aparaturę medyczną, nowoczesną technologię i inne niezbędne urządzenia; personel medyczny i pomocniczy oraz pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni oraz ich kwalifikacje; środki finansowe związane z bieżącym finansowaniem systemu i poszczególnych jego elementów składowych, jak również środki przeznaczone na nowe inwestycje bądź odtworzeniowe. Działania systemowe winny zmierzać do poprawy stanu zdrowia populacji lub co najmniej utrzymania go na nie pogarszającym się poziomie³².

Tabela 3. Elementy systemu opieki zdrowotnej

Funkcja	Definicja	Kategorie
bezpośrednie świadczenie usług	poprawa zdrowia, podtrzymywanie zdrowia, diagnozowanie i leczenie pacjentów	a) oparte na kontakcie z indywidualnym pacjentem b) oparte na pracy ze zbiorowością
wspierające i pomocnicze	świadczenia na rzecz organizacji zdrowotnych	a) finansowe b) zaopatrujące c) regulujące d) reprezentujące e) badawcze f) konsultacyjne

Źródło: C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarysy problematyki*, Kraków 2001, (za:) R.M. Andersen, R.M. Mullner, *Trends in the Organization of Health Services*, (w:) *Handbook of Medical Sociology*, H.E. Freeman, S. Levin (ed.), Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1989: 144-165, p. 145.

Analizując system opieki zdrowotnej należy uwzględnić wzajemne zależności występujące pomiędzy następującymi elementami³³:

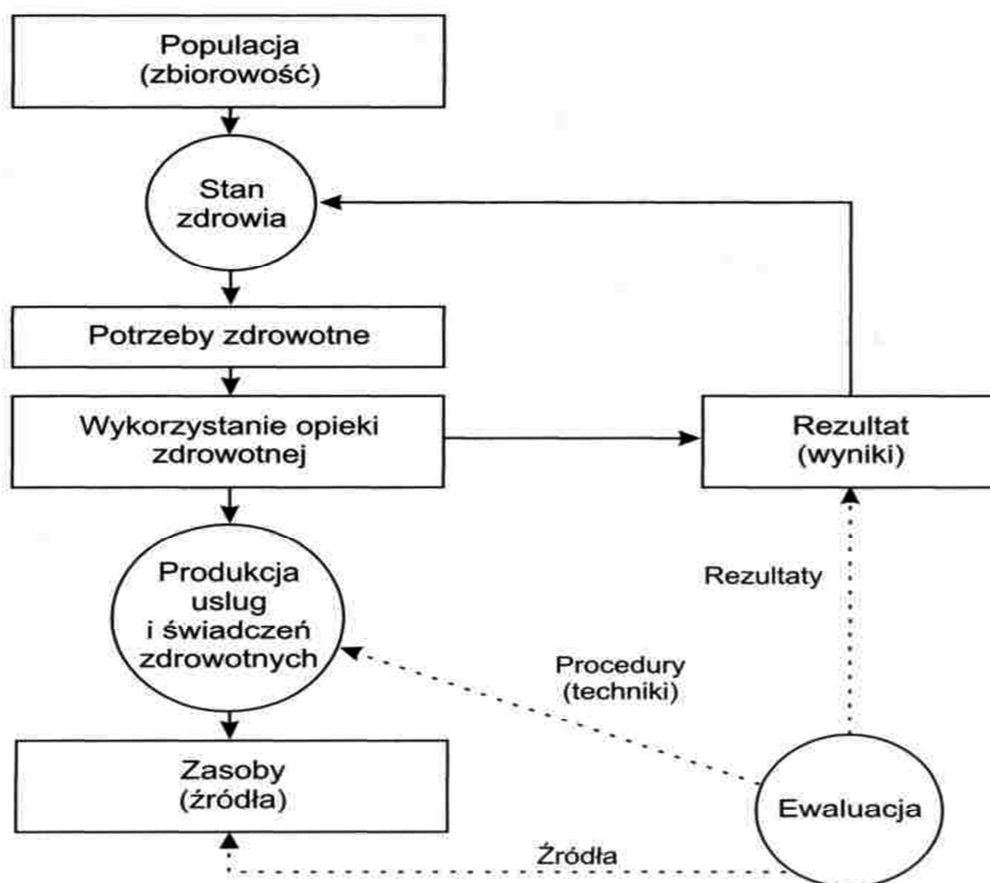
- zasobami pozostającymi do dyspozycji systemu (1),
- aktywnością mierzoną ilością i jakością świadczeń i usług (2),
- stanem zdrowia populacji i stopniem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych (3).

Zależności te, uwzględniające element ewaluacji, przedstawia rysunek 3 autorstwa A. P. Contandriopoulou. Bardziej szczegółowo problemy te przedstawiono na rysunku 4, który akcentuje znaczenie zachowań społecznych wszystkich „użytkowników systemu” – zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego, jak i eksponuje rolę

³² S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne ...*, op. cit, s. 128.

³³ Ibidem, s. 129.

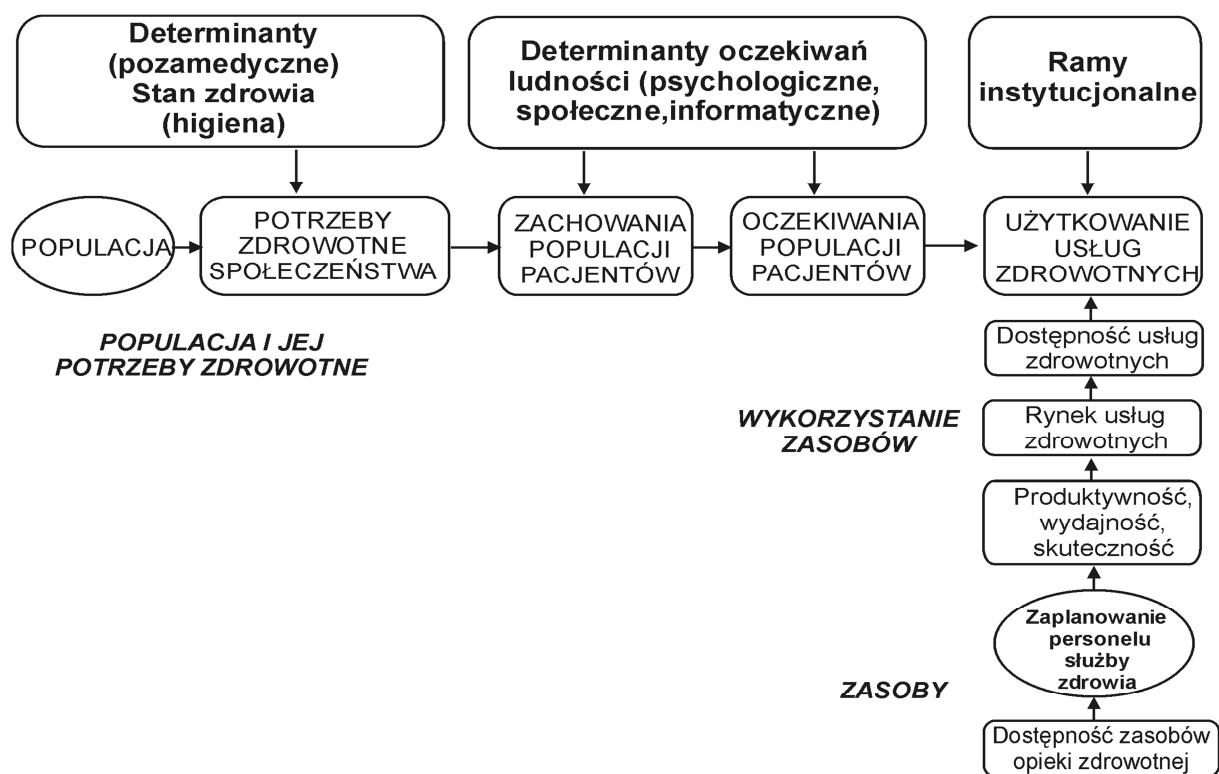
elementów niemedyceńskich, które determinują stan zdrowia populacji oraz zachowania usługobiorców³⁴.



Rysunek 3. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej wg Contandriopoulou

Źródło: S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s. 130.

³⁴ S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne ...*, op. cit., s. 129.



Rysunek 4. Model funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s. 131.



Rysunek 5. System zdrowia – model analizy (wg Chombaud)

Źródło: S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s. 132.

Analiza funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej była przedmiotem zainteresowania L. Chambaud, który wyróżnił 6 poniższych grup elementów (rysunek 5)³⁵:

- kontekst społeczno-demograficzny, który warunkuje potrzeby zdrowotne populacji,
- poziom wykorzystania opieki zdrowotnej,
- materialne i osobowe zasoby systemu,
- zarządzanie i administracja systemem,
- system ochrony socjalnej beneficjentów,
- organizacja opieki zdrowotnej.

W analizach dotyczących funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej można stosować różne kryteria, szczególnie takie, jak³⁶:

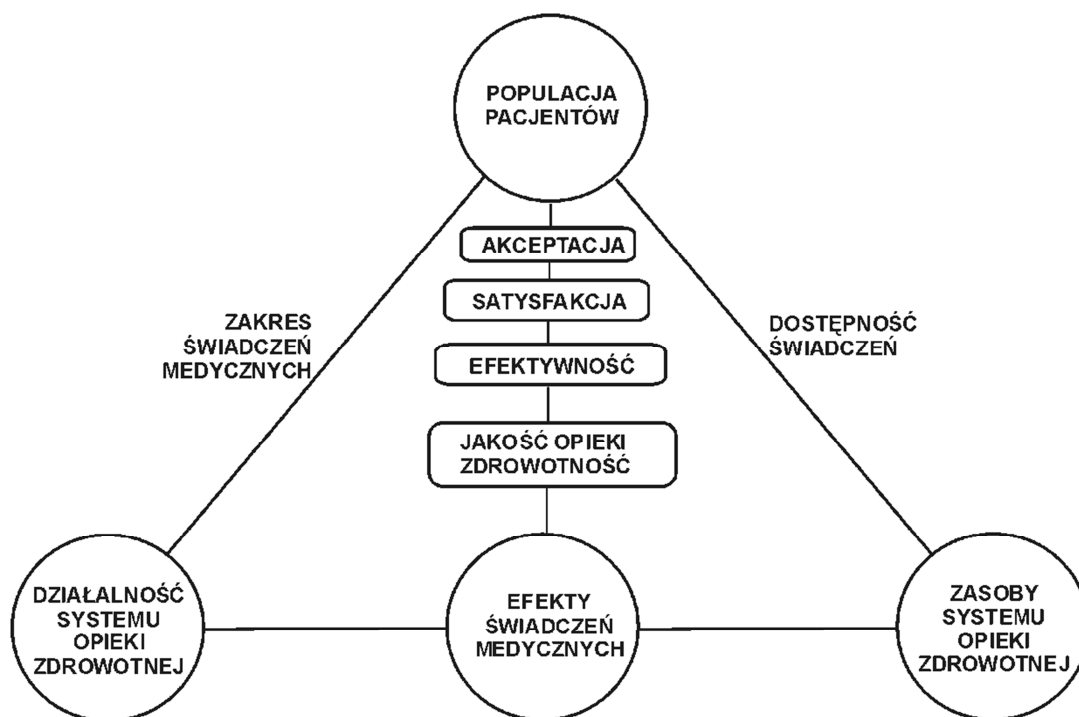
- dostępność opieki zdrowotnej,
- kompleksowość (globalność) opieki,
- ciągłość opieki,
- skuteczność i jakość opieki,
- produktywność systemu,
- akceptacja i satysfakcja pacjentów i personelu medycznego,
- dynamika systemu i jego zdolność do adaptacji.

Kryteria te mogą być mierzone przy użyciu różnych szczegółowych współczynników i wskaźników.

Kryteria sprawności i efektywności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej są wzajemnie ze sobą powiązane, warunkując się wzajemnie. Opisują one zależności występujące pomiędzy zasobami i aktywnością służby zdrowia a stanem zdrowia danej populacji. Zależności te ilustruje rysunek 6, opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia w Szwajcarii.

³⁵ S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne ...*, op. cit., s. 129.

³⁶ *Ibidem*, s. 132.

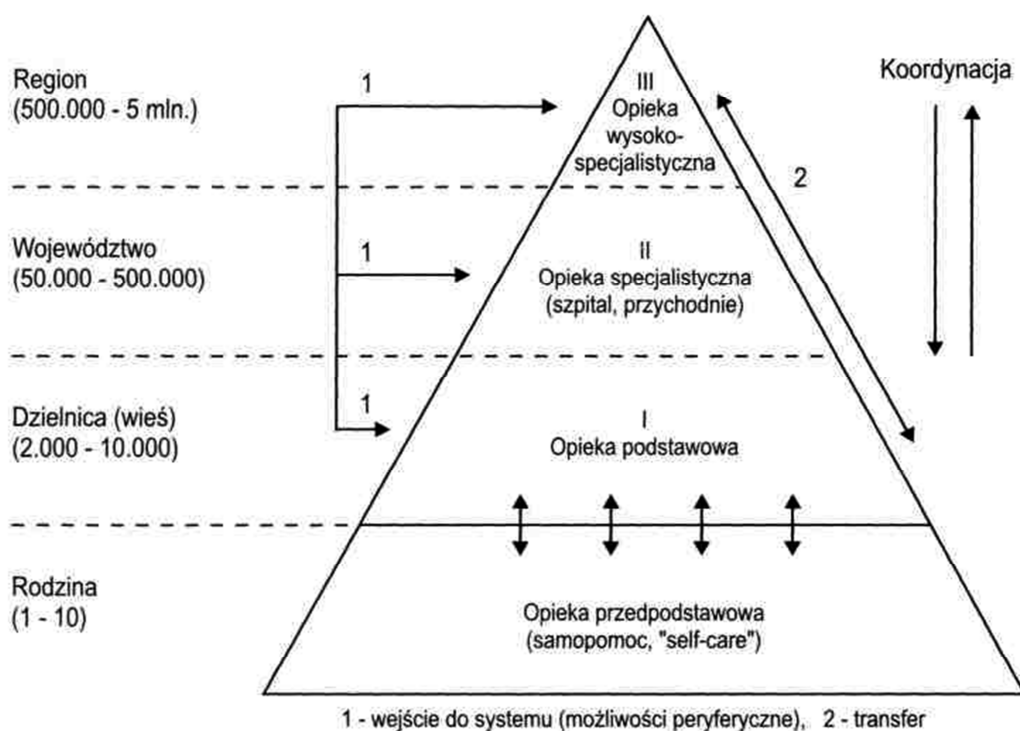


Rysunek 6. Elementy opieki zdrowotnej i kryteria jej sprawności

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom 1, Kraków 2000, s.138, (za:) A. Boutat, L. Davis, Ch. Beroud, *Analyse de la performance hospitalieres*, (w:) *De l'analyse economique aux politiques de sante. Colloque europeen*, Paris 1992, s. 161.

Zadania w dziedzinie opieki zdrowotnej realizowane są przez różne zakłady i jednostki organizacyjne, w tym: zakłady lecznictwa zamkniętego (szpitale, sanatoria, prewentoria i inne) oraz lecznictwa otwartego, czyli ambulatoryjnego (przychodnie ogólne i specjalistyczne). Opieka zdrowotna dzieli się na podstawową i specjalistyczną. Zasadniczą częścią systemu jest podstawowa opieka zdrowotna, którą wspierają działania jednostki lub rodziny. Dobrze zorganizowana i sprawnie funkcjonująca opieka zdrowotna pozwala realizować działania w zakresie opieki specjalistycznej (ambulatoryjnej i szpitalnej) oraz wysokospecjalistycznej. Taki strukturalny model systemu opieki zdrowotnej przedstawia rysunek 7³⁷.

³⁷ S. Poździoch, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne ...*, *op. cit.*, s. 138-139.



1 - wejście do systemu (możliwości peryferyczne), 2 – transfer

Rysunek 7. Optymalny model systemu opieki zdrowotnej

Źródło: S. Poździej, *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s. 139.

Zgodnie z definicją, zakład opieki zdrowotnej to „wyodrębniony organizacyjnie zespół zasobów ludzkich i materialnych, tworzony, gromadzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, promowania zdrowia, prowadzenia badań naukowych oraz prac badawczo-rozwojowych, a także w celu realizacji zadań dydaktycznych i badawczych”. Jego działalność regulują ustawy, rozporządzenia, statuty i regulaminy³⁸.

Podstawowe zadania zakładu opieki zdrowotnej to udzielanie świadczeń zdrowotnych i promowanie w środowiskach społecznych zachowań zdrowotnych. Należy dodać, że świadczenie zdrowotne w art. 1–3, w myśl ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, z dnia 30 sierpnia 1991 r., to działania ukierunkowane na utrzymywanie, przywracanie, ratowanie, ochronę i kompensację zdrowia. Świadczeń zdrowotnych udzielać mogą wyłącznie profesjonaliści legitymujący się wykształceniem medycznym, prawem wykonywania zawodu oraz spełnianiem określonych odrębnymi przepisami wymogów, które precyzują kryteria

³⁸ M.D. Głowacka, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, op. cit., s. 12.

realizacji zadań zawodowych przez poszczególne grupy zawodowe oraz odnoszą się do przejawiania pożądaných zachowań i postaw³⁹.

Ustawa nakłada konieczność wpisu zakładu opieki zdrowotnej do rejestru prowadzonego przez wojewodę lub ministra zdrowia, i jest jednocześnie podstawowym aktem wykonawczym, normującym jego tworzenie, zasady działania lub znoszenie. Rejestr jest jawny, a dostęp do niego ma każda osoba zainteresowana⁴⁰.

³⁹ M.D. Głowacka, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, op. cit., s. 12.

⁴⁰ Ibidem, s. 12

2. Jakość w usługach medycznych

2.1. „Jakość” – próba przybliżenia pojęcia

„Jakość” jest pojęciem towarzyszącym ludzkości od czasów antycznych. Początek stosowania tego określenia przypada na drugi okres filozofii starożytnej, zwany także epoką klasyczną filozofii greckiej (V - IV w p.n.e.). W tym czasie obok filozofii, która najpierw pełniła funkcję nauki generalnej, intensywnie rozwijały się nauki szczegółowe. Nauki te stworzyły zasób wiedzy otwierający przed filozofią nowy zakres badań. Wcześniej przedmiotem zainteresowań Greków była przyroda, teraz stał się nim człowiek i jego dzieła. Filozofia weszła w okres humanistyczny, zapoczątkowany przez sofistów i Sofoklesa. Pojęcie „jakość” pojawiło się w drugim etapie tej epoki, nazwanym przez historyków filozofii okresem systematycznym. Jego głównymi przedstawicielami byli Platon i Arystoteles⁴¹.

Platon (427-347 p.n.e.), wprowadzając pojęcie jakości nazwał je *poiotes*. Zdaniem tego filozofa, opinie oparte wyłącznie na kryteriach ilościowych nie są w stanie opisać problemu czy badanego zjawiska. Jakość uznawał za pojęcie metafizyczne, definiując je jako stopień osiągniętej przez przedmiot doskonałości, zwany idealizmem obiektywnym. Według Arystotelesa (384-322 p.n.e.), jakość jest jedną z podstawowych kategorii myśli i rzeczywistości. Oznacza zespół pewnych swoistych cech, które pozwalają odróżnić jeden przedmiot od drugiego bez określenia tego zróżnicowania⁴².

Greckie pojęcie *poiotes* przetłumaczył na język łaciński Cynceron; słowo *qualitas* określa tu właściwość przedmiotu⁴³.

Hegel odkrywa w pojęciu jakości dialektyczną jedność przeciwieństw: podobieństwa – identyczności i różnorodności, wskazując jednocześnie na tendencje przechodzenia zmian ilościowych w jakościowe⁴⁴.

Kwalitologia, czyli nauka o jakości, jest stosunkowo młodą i jeszcze nie w pełni ukształtowaną dyscypliną naukową. Geneza dotychczasowych osiągnięć kwalitologii wiąże się z okolicznościami stosowania kontroli technicznej produktów przede wszystkim

⁴¹ R. Karaszewski, *TQM teoria i praktyka*, Toruń 2001, (za:) A. Kiliński, „Jakość”, WNT, Warszawa 1979, s. 13-14; W. Tatarkiewicz, *Historia filozofii*, Warszawa 1997, tom I, s. 65.

⁴² M. Marczak, *Aspekty jakości produktu*, „Problemy Jakości”, luty 2000 r., (za:) K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 35.

⁴³ A. Bielawa, *Postrzeganie i rozumienie jakości – przegląd definicji jakości*, *Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania* nr 21, [http://www.wneiz.pl/nauka_wneiz/sip/sip21-2011/SiP-21-11.pdf]; data odczytu: 12.10.2011.

⁴⁴ R. Karaszewski, *op. cit.*, s. 18-19, (za:) W. Tatarkiewicz, *op. cit.*, s. 213-215.

w organizacjach wytwórczych. Wywodzi się więc z praktyki i jak dotąd w zasadzie tej praktyce jest podporządkowana. W miarę postępu i komplikacji procesów wytwarzania produktów, procesów obrotu towarowego i eksploatacji oraz ciągłego wzrostu wymagań, ugruntowały swoją pozycję kategorie jakościowe, a także rozwinęło się instrumentarium pozwalające sterować jakością w jednostkach gospodarczych⁴⁵.

Nowoczesne spojrzenie na jakość jest znacznie szersze, a ukształtowali je tacy teoretycy, jak J.M. Juran, A.V. Feigenbaum, P.B. Crossy, W.E. Deming oraz K. Ishikawa.

W definiowaniu jakości, pomimo dużych różnorodności sformułowań, przejawiają się dwie zasadnicze koncepcje: 1. jakość oznacza spełnienie wymagań pacjenta, jego określonych lub domniemanych potrzeb; 2. jakość to zgodność z wyznaczonymi standardami.

A. Piątek uważa, że jakość oznacza wyższy lub niższy stopień w skali wartości, który można określić przez porównanie z normami zalecanymi lub uważanymi za najlepsze⁴⁶. Utożsamianie terminu „jakość” ze stopniem nasilenia takich cech, jak niezawodność, sprawność, trwałość wiąże go z pojęciem „standard” jako „akceptowanym, możliwym do przyjęcia i realizacji poziomem wykonania, a także z kryteriami służącymi do oceny tego poziomu⁴⁷.

Charakterystycznym rysem naszych czasów jest zauważalny wzrost znaczenia funkcji jakości. Jakość to najważniejszy element w konkurencji rynkowej, a zarazem najlepsza ochrona człowieka przeciw zagrożeniom ekologicznym, nadzieja na życie w korzystnym środowisku. Jakość nie jest jednak stanem idealnym, lecz obiektywnym celem, do którego należy zawsze dążyć⁴⁸.

Podjęcie do zarządzania jakością zostało zawarte w tzw. Trylogii Jurana, która wyróżnia następujące wymiary⁴⁹:

- Planowanie jakości – proces, który wymaga dokonania identyfikacji pacjentów, ich subiektywnych oczekiwań i wymagań związanych z oferowanymi usługami zdrowotnymi. Ważne jest również stworzenie procesów, których zadaniem jest dostarczanie usług zgodnych z oczekiwaniami. Tak zaplanowane usługi zdrowotne należy implementować w organizacji w postaci procesów.

⁴⁵ A. Hamrol, W. Mantura, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2002, s. 15.

⁴⁶ A. Piątek, *Jakość opieki szansą polskiego pielęgniarstwa. Materiały niepublikowane Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych*, s. 2.

⁴⁷ Ibidem, s. 2.

⁴⁸ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 23.

⁴⁹ J. M. Juran, *Upper Management and Quality*, Juran Institute, Nowy Jork, 1982, s. 72.

- Kontrola jakości – podejście to wprowadza konieczność monitorowania i oceny, czy usługa medyczna spełnia wymagania określone w standardach i procedurach. Jego celem jest najczęściej wykrycie błędów, braków i niskiej jakości. Owe usterki powinny być naprawione, a przyczyny ich powstania przeanalizowane po to, by zapobiegać ich pojawieniu się w przyszłości.
- Poprawa jakości – podejście to charakteryzuje przejście od postawy bierności do aktywnego stosowania istniejących norm, co poprawia jakość świadczonych usług. Jest to ponadto proces ciągły, a doskonalenie funkcjonowania prowadzi do zapobiegania powstawaniu błędów i ogranicza koszty związane z ich powtarzaniem. Taki sposób traktowania jakości powoduje stałe udoskonalanie wykonywanych działań i wyznaczanie coraz wyższych poziomów odniesienia, ciągłe ulepszanie systemu, jego struktur i procedur.

Współcześnie obserwuje się wzrost znaczenia funkcji jakości we wszystkich sferach życia. Jednak w niewielu dziedzinach jakość świadczonych usług jest tak istotna jak w opiece zdrowotnej, tu dotyczy ona bowiem najważniejszych wartości – życia i zdrowia człowieka. Jak w żadnej innej dziedzinie konsekwencje błędu, zaniedbania czy zaniechania mogą okazać się tragiczne i nieodwracalne⁵⁰.

Usługa zdrowotna to usługa szczególna – dostarczenie określonych świadczeń przez wykonawcę na rzecz odbiorcy, wyniki działań między dostawcą a pacjentem oraz wyniki wewnętrznej działalności dostawcy w celu spełnienia potrzeb, życzeń i oczekiwań pacjenta⁵¹.

Już wiele lat temu zaczęto dostrzegać potrzebę kompleksowego działania zmierzającego do systematycznej poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Próby takich działań pojawiły się na przełomie XIX i XX wieku i zapoczątkowane zostały w Stanach Zjednoczonych przez amerykańskich chirurgów.

W opiece zdrowotnej usługi wyróżniają się następującymi cechami:

- kwalifikacje personelu: świadczenie może być wykonane jedynie przez upoważnioną osobę,
- ograniczona swoboda pacjenta: w wielu sytuacjach pacjent nie jest w stanie określić swoich potrzeb, staje się całkowicie zależny od decyzji personelu medycznego,
- delegowanie uprawnień: pacjent przekazuje lekarzowi podjęcie w jego imieniu decyzji o zastosowaniu określonego leczenia,

⁵⁰ A. Krawczyńska, D. Trzmielak, *Jakość usług medycznych*, „Przegląd Organizacji”, 2001, nr 2, s. 37.

⁵¹ M. Lisiecka-Biełanowicz, *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, „Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera”, Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2001, s. 151.

- różnorodność procesów: personel dostarcza pacjentowi wiele świadczeń różnego typu⁵².

Jakość to bardzo pojemne pojęcie, którego zdefiniowanie w odniesieniu do opieki zdrowotnej jest dość trudne. Błędem byłoby zawężanie jakości jedynie do uzyskiwanych efektów – wyników leczenia. Równie ważne jak wyniki stają się sposób i warunki, w jakich przebiega proces leczenia, atmosfera, w jakiej świadczenia udzielane są pacjentom, lub – co jest mniej popularne – relacja ponoszonych kosztów do uzyskiwanych skutków. Wszystkie te czynniki składają się na to, co nazywamy jakością. Jakość w systemie opieki zdrowotnej, ze względu na specyfikę usług, jest niezbędna nie tylko dla przetrwania organizacji, lecz przede wszystkim dla zdrowia i komfortu osób korzystających z usług. Jakość jest zatem kwestią zasadniczą: zła jakość oznacza niepotrzebny ból i cierpienie, może też wyznaczać różnicę między życiem i śmiercią. Ponadto, podobnie jak w przypadku każdego uczestnika gry rynkowej, jakość jest istotnym czynnikiem decydującym o powodzeniu danego przedsiębiorstwa na rynku⁵³.

Wśród określonych cech postrzeganych przez pryzmat jakości, a istotnych dla pacjentów, można wyróżnić⁵⁴:

- niezawodność – pacjenci oczekują, że usługi będą charakteryzowały się dokładnością, niezawodnością oraz zgodnością z ofertą firmy. Oczekują również, że personel będzie wykonywać swoje usługi zgodnie ze standardami i zasadami etyki,
- wrażliwość – pacjenci oczekują, aby pracownicy zakładu opieki zdrowotnej wykazywali empatię, byli chętni do pomocy. Są przekonani, że pracownicy zawsze odpowiedzą na ich pytania, a odpowiedź będzie prawdziwa i pełna,
- wygląd – pacjenci spodziewają się, że instytucja opieki zdrowotnej będzie spełniać standardy estetyki i higieny. Poza tym oczekują, że wygląd pracowników wzbudzi ich zaufanie – pracownicy będą nosić identyfikatory, schludne i czyste ubrania,
- dostępność – pacjenci oczekują, że usługi i personel instytucji będą dostępne dla nich w czasie i miejscu, w którym ich potrzebują,
- kompetencja – pacjenci wymagają profesjonalizmu, oczekują od personelu medycznego posiadania fachowej wiedzy niezbędnej do świadczenia usługi,

⁵² J. Stępniewski (red.), *Zarządzanie szpitalem. Kompendium menedżera*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 2005, s. 231.

⁵³ M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienie zdrowia w nowym stuleciu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 311.

⁵⁴ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 32-33.

- uprzejmość – pacjenci oczekują, że personel będzie w stosunku do nich przyjazny, oraz będzie traktować ich z szacunkiem,
- komunikatywność – pacjent oczekuje od personelu umiejętności komunikowania się oraz słuchania,
- bezpieczeństwo na każdym etapie opieki medycznej.

E. Hauke⁵⁵ podaje, że pod pojęciem jakości rozumie się sumę właściwości i cech produktu, procesu lub usługi, które są właściwe dla spełnienia założonych wymagań. Powyższą definicję jakości rozszerzył D. Blumenthal, uważając że płatnika świadczeń medycznych, oprócz wartości merytorycznej danej usługi medycznej, interesować będzie również koszt jej realizacji oraz efektywność dostarczanej przez świadczeniodawców opieki medycznej. Natomiast kadra medyczna sprawująca na co dzień opiekę medyczną nad pacjentem poprzez jakość rozumie rezultaty procesu terapeutycznego, wynikające przede wszystkim z technicznych umiejętności lekarzy i pielęgniarek oraz relacji interpersonalnych pomiędzy pacjentami a kadrą szpitala.⁵⁶

Według K. Sato można wyróżnić trzy rodzaje jakości⁵⁷: wymaganą, docelową, dostosowaną. Jakość wymagana to taka, której klienci oczekują na rynku, docelowa zaś, zwana jakością konstrukcji, to taka, którą pragnie wytwarzać kadra zarządzająca danej organizacji. Jakość dostosowana oznacza jakość wykonaną przez świadczeniodawcę, odpowiadającą potrzebom pacjentów.

Jakość, zdaniem W.E. Deminga, jest tym, „co zadawala, a nawet zachwyca klienta”⁵⁸. Jest to również przewidywany stopień jednorodności i niezawodności przy niskich kosztach i dopasowaniu do wymagań rynku. Z kolei J.J. Juran wprowadził pojęcie jakości jako „zgodności z przeznaczeniem lub celem, a nie zgodności ze specyfikacją techniczną”. Autor podaje następujące definicje jakości⁵⁹:

- stopień, w jakim określona usługa zaspokaja potrzeby określonego nabywcy np. pacjenta (jakość rynkowa),
- stopień, w jakim klasa usługi ma potencjalną zdolność zapewnienia satysfakcji pacjentowi,
- stopień zgodności z modelem, wzorcem lub odpowiednio ujętymi wymaganiami,

⁵⁵ E. Hauke, *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu*. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995, s. 10-12.

⁵⁶ D. Blumenthal, *Quality of care – what is it?*, „The New England Journal of Medicine”, vol. 335, no. 12, 1996, s. 891.

⁵⁷ K. Sato, *Osiem podstawowych zasad japońskiego stylu zarządzania*, „Problemy Jakości”, 1998, s. 29.

⁵⁸ D. Elsnier, *Doskonalenie, kierowanie placówką oświatową*, Chorzów 1999, s. 97.

⁵⁹ E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo UMC-S, Lublin 2000, s. 29.

- stopień, w jakim określona usługa znajduje u konsumenta pierwszeństwo przed inną usługą w wyniku przeprowadzonych badań porównawczych,
- cecha lub zespół cech (istotnych dla danej usługi) dających się wyodrębnić, sposób świadczenia (charakterystyka jakości).

Wspólnym mianownikiem tych definicji jest mniej lub więcej wyeksponowanie twierdzenia, że jakość to zdolność do spełniania oczekiwań i potrzeb odbiorcy⁶⁰.

W świetle przytoczonych definicji, jakość usługi medycznej postrzegana jest jako wypadkowa trzech elementów, jakimi są: jakość usługi, zgodność usługi z oczekiwaniami konsumenta – pacjenta, jakość wykonania⁶¹.

Na tle definicji jakości ważne staje się wyodrębnienie jej aspektów. Nowatorskie podejście do tej kwestii miały Instytut Pickera i Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego. Instytut Pickera stworzył aspekty opieki wspólne dla opieki zamkniętej i otwartej. Składają się na nią: informacja i komunikacja, respekt i zainteresowanie, koordynacja opieki, ciągłość opieki, zaangażowanie rodziny i przyjaciół, wsparcie psychiczne, a także kompleksowe leczenie bólu⁶².

Natomiast Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego wyodrębnia trzy aspekty adekwatne dla opieki otwartej, a mianowicie: dostępność usług, satysfakcję oraz jakość kliniczną.

Dostępność oznacza łatwość, z jaką pacjent może osiągnąć opiekę zdrowotną, uwzględniając finansowe, organizacyjne, kulturowe i emocjonalne bariery. Zazwyczaj dostępność mierzy się biorąc pod uwagę czas oczekiwania na wizytę i w dniu wizyty, lokalizację geograficzną, współczynnik pacjent/wykonawca, możliwość telefonicznego kontaktu z usługodawcą, godziny pracy, bariery kulturowe.

Satysfakcja jest to stopień, w jakim opieka zdrowotna jest akceptowana przez pacjenta, przy uwzględnieniu jego oczekiwań i potrzeb. Dokonując pomiaru satysfakcji należy pamiętać, że jest ona subiektywna i może dotyczyć satysfakcji z czasu oczekiwania, satysfakcji płynącej z kontaktu z lekarzem, pielęgniarką czy inną osobą z personelu lub ogólnej satysfakcji w odniesieniu do placówki.

⁶⁰ K. Opolski, *Strategia jakości w nowoczesnym zarządzaniu bankiem*, Olympus Centrum Edukacji i Rozwoju Biznesu, Warszawa 1998, s. 17-26.

⁶¹ M. Armstrong, *A Handbook of Management Techniques*, Kogan page Ltd, Londyn 1993, s. 192.

⁶² J. Siwiec, *Aspekty opieki – wymiary do pomiaru*, Piąta Ogólnopolska Konferencja, Jakość w Opiece Zdrowotnej, CMJ w Ochronie Zdrowia, Kraków 12-14 kwiecień 2000 r., s. 232.

Jakość kliniczna oznacza, że usługodawca świadczy usługi odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, że świadczone są one w sposób bezpieczny i kompletny, w odpowiednim czasie i prowadzą do pożądaných wyników. Jakość kliniczną zmierzyć jest najtrudniej.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość to rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (wydajność ekonomiczna), organizacji usług i satysfakcja pacjenta⁶³. Według JCHCO natomiast „dobra jakość to maksimum wyniku korzystnego przy minimum niekorzystnego”⁶⁴. Jakość opieki jest wartością techniczną (to wiedza, umiejętności kliniczne, technologia), wartością stosunków międzyludzkich (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny) i oprawą usług (komfort, estetyka)⁶⁵. W ochronie zdrowia jakość przekracza linie kryteriów materialnych przechodząc w sferę pojęć socjologicznych oraz psychologicznych.

Jakość opieki to:

- zastosowanie wszystkich koniecznych osiągnięć nowoczesnej medycyny do potrzeb ludzi,
- poziom na jakim opieka jest osiągalna, akceptowana, całościowa, ciągła i udokumentowana,
- potwierdzenie między opieką i założonymi kryteriami tej opieki,
- efektywne działania opieki zdrowotnej w celu podniesienia poziomu zdrowia i satysfakcji populacji, zgodnie z przeznaczonymi na opiekę środkami społeczności i indywidualnych osób,
- twór wielowymiarowy i kompleksowy⁶⁶.

Zgodnie z definicją A. Donabediana, usługa zdrowotna obejmuje takie elementy, jak: dostępność, ciągłość, koordynacja, skuteczność, sprawność. Zdaniem autora, jakość usług medycznych to ten rodzaj usług, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc jednocześnie pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat, jakie towarzyszą procesowi opieki we wszystkich jego etapach. Istotne są tu trzy zasadnicze wymiary jakości⁶⁷:

- wymiar techniczny – dotyczy nauki i techniki rozwiązania danego problemu zdrowotnego,

⁶³ WHO Working Group. *Quality Ace In Heath Care*, 1989, I, p. 79-95.

⁶⁴ Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations, *Quality Assurance in Managed Health Care Organizations*, Chicago 1989.

⁶⁵ A. Donabedian, *The Definition of Quality*, Health Administration PRESS, 1980.

⁶⁶ M. Szczepka, *Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce i w Europie*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1996, s. 105.

⁶⁷ L. Gaster, *Quality in Public Services Managers*, Choices, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 1995, (za:) K. Lisiecka, *Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych*, (w:) *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, K. Lisiecka (red.), Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003, s. 23.

- wymiar pozatechniczny – w tym wymiarze ważne są psychologiczne interakcje pomiędzy podmiotem świadczącym usługi (reprezentowanym przez personel) a pacjentem,
- wymiar środowiskowy – odnosi się do miejsca świadczenia usług.

Potrzeba jakości w opiece zdrowotnej nigdy nie była kwestionowana, ale często niewiele robiono w kierunku jej poprawy. Dopiero w ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się zagadnieniom związanym z oceną oraz działaniami pozwalającymi na ciągłe doskonalenie jakości usług medycznych, warunkującymi skuteczną opiekę medyczną, zgodną z wymaganiami społecznymi. I tak np., w Stanach Zjednoczonych warunkiem funkcjonowania szpitala w publicznym systemie *Medicare* jest wprowadzenie i stosowanie praktyki ciągłego doskonalenia jakości świadczonych usług medycznych⁶⁸.

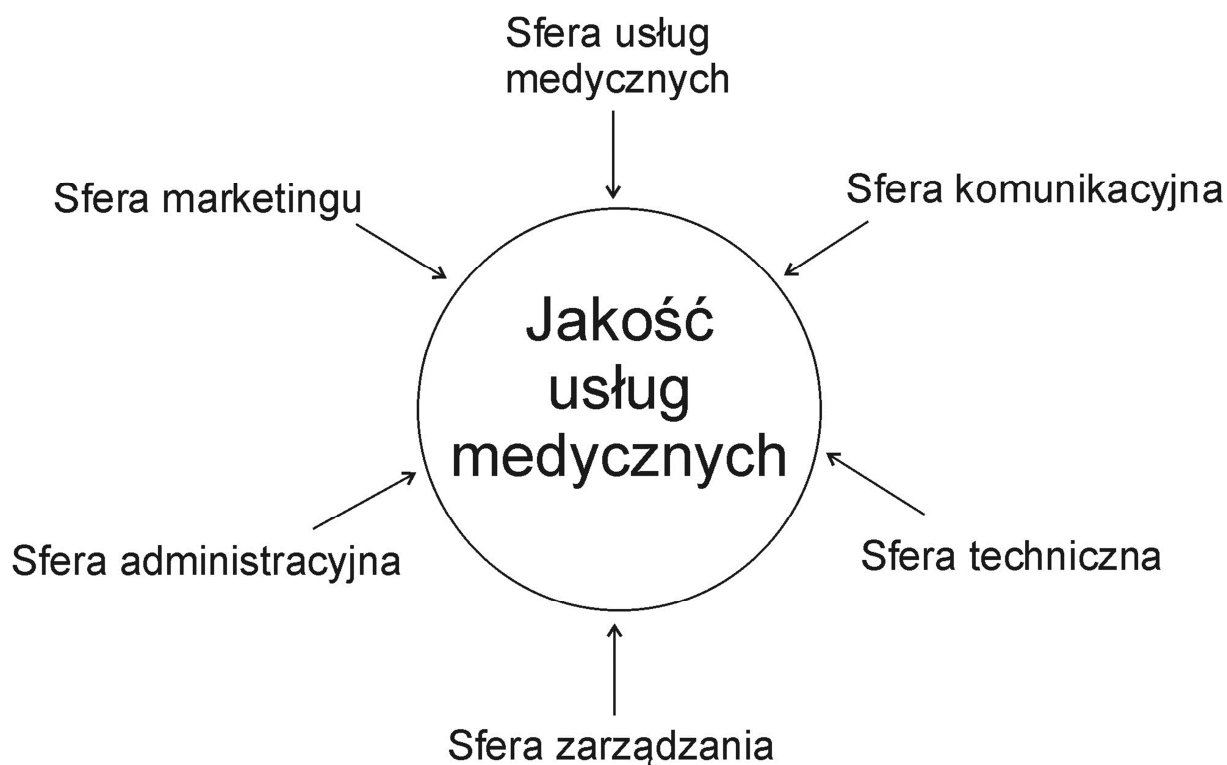
W krajach europejskich zainteresowanie jakością w usługach medycznych rozpoczęło się w drugiej połowie lat 80., kiedy to politycy konfrontujący się z nową sytuacją ekonomiczną, socjalną, demograficzną, technologiczną, zajęli się badaniem struktur zarządzania w systemie świadczeń zdrowotnych. W Polsce zjawisko to pojawiło się na tle transformacji systemowej. Jednak w ciągu ostatnich lat, dopiero na skutek zachodzących przemian społeczno-gospodarczych, do funkcjonowania opieki zdrowotnej wprowadzono kontrakty, jako formę kontrolowania rynku. W 1996 roku rozpoczął się proces restrukturyzacji polskiej opieki zdrowotnej w szpitalach, nastąpiła zmiana ich funkcjonowania, z jednostek budżetowych na samodzielne⁶⁹.

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 kupujące (finansujące) usługi⁷⁰. Tak definiowana jakość usług medycznych wymaga zapewnienia znakomitej, zgodnej z ustalonymi na wysokim poziomie standardami, realizacji działań placówki medycznej w kilku podstawowych sferach. Sfery te prezentuje poniższy rysunek.

⁶⁸ Zob: W.D. Weissman, D.J. Curren, B. Cox, *CMS requires hospitals to improve quality*, (w:) National Intelligence Report, Washington, 2003.

⁶⁹M. Dobska, P. Dobski, *TQM – zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, (w:) *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, M. Trocki (red.), Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa, 2002, s. 148.

⁷⁰M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1996, s. 12.



Rysunek 8. Sfery jakości w usługach medycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 29.

Przedstawione sfery to⁷¹:

- Sfera usług medycznych (profesjonalna) – to sfera obejmująca obszar, w którym pacjent zwraca dużą uwagę na relacje interpersonalne z pracownikami medycznymi, głównie z lekarzami. W tym zakresie postuluje się doskonalenie jakości w sferze opieki medycznej głównie poprzez zapewnienie udzielania świadczeń w sposób określony przez profesjonalistów medycznych; wykonywanie świadczeń powinno być zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej i uwzględniać jednocześnie pełne bezpieczeństwo pobytu pacjenta w szpitalu.
- Sfera komunikacyjna – obejmuje zbiór informacji, który jest przekazywany pacjentowi (np. w jaki sposób ma stosować zleczone leki, jak ma postępować po wykonanym zabiegu, jak zapobiegać rozwojowi choroby). W tym obszarze często następuje zablokowanie przepływu informacji, lekarz bowiem wie o oferowanej usłudze znacznie więcej niż pacjent, który często nie zadaje żadnego pytania, bo nie wie jak je sformułować. Ponadto pojawia się wiele negatywnych opinii pacjentów na

⁷¹K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 28-31.

temat instytucji medycznych i oferowanych przez nie usług, co wynika z poczucia niedoinformowania na temat stosowanego leczenia czy obecnego ich stanu zdrowia. To z kolei implikuje również poczucie stresu, związane z pobytem w szpitalu. Stąd bardzo ważne jest umiejętne wyeliminowanie barier związanych ze zrozumieniem przez pacjenta specjalistycznego języka medycznego. Zasadnicze znaczenie mają tu kompetencje społeczne zarówno lekarza, jak i personelu pomocniczego (umiejętność nawiązania i utrzymania kontaktu z pacjentem, wzbudzenia jego zaufania, umiejętność współpracy w procesie leczenia).

- Sfera techniczna – poziom zastosowanej technologii w urządzeniach diagnostycznych wykorzystywanych w trakcie badań, terapii czy podjętego leczenia oraz innych sprzętach wykorzystywanych do leczenia wpływa na wielkość osiągniętych w postępowaniu rezultatów, i jest także dla pacjenta materialnym dowodem jakości usług medycznych. Sfera ta dotyczy również takich czynników, jak wygląd personelu, gabinetu badań, sal chorych czy poczekalni.
- Sfera zarządzania oraz sfera administracyjna – nie są to sfery szczególnie istotne dla pacjenta, jednak stanowią bardzo ważną rolę dla menedżera placówki medycznej. Nie są one bezpośrednio widoczne dla pacjenta, jednak pośrednio wpływają na wszystkie inne, wcześniej scharakteryzowane obszary. Dotyczą one z jednej strony zarządzania zasobami ludzkimi, z drugiej natomiast efektywnego wykorzystania owych zasobów w ramach limitów zakontraktowanych przez płatnika.
- Sfera marketingu – obejmuje działania polegające na rozpoznaniu potrzeb pacjentów, ich oczekiwań, w celu dostosowania organizacji do potrzeb odbiorców. Zakłady opieki zdrowotnej próbują realizować te zadania tworząc specjalne marketingowe komórki organizacyjne lub zatrudniając osoby ds. marketingu, które zajmują się m.in. badaniem satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług medycznych, wydawaniem materiałów informacyjnych (broszury, ulotki) czy podejmowaniem działań zmierzających do uzyskania certyfikatu jakości.

Z technicznego punktu widzenia, dobra jakość udzielanych świadczeń medycznych polega na optymalnym wykorzystaniu wiedzy, umiejętności, metod klinicznych oraz technologii po to, by osiągnąć maksymalną poprawę zdrowia pacjenta. W literaturze dotyczącej jakości w medycynie wyróżnia się trzy jej komponenty: strukturę, proces oraz wynik. Struktura obejmuje zasoby, zarówno ludzkie, jak i materialne. Na proces składają się wszelkiego rodzaju czynności związane z opieką zdrowotną, niezależnie od poziomu, na

jakim są realizowane. Wynik opieki to z kolei wpływ podejmowanych działań na stan zdrowia populacji, a także satysfakcja pacjentów z uzyskanych świadczeń.

Obecnie wśród kadry zarządzającej coraz więcej menedżerów wprowadza do swoich organizacji elementy zarządzania przez jakość.

Jakość staje się podstawowym narzędziem zarządzania – częścią systemu, elementem wbudowanym w organizację, dążeniem i obowiązkiem pracowników. Tylko wówczas, gdy pracownicy całej organizacji utożsamiają się z projakościowym podejściem do wykonywanych czynności służbowych, istnieje szansa na sukces, rozwój i pokonanie konkurencji.

Organy administracji samorządowej także powinny troszczyć się o jakość świadczeń zdrowotnych. Jakość jest jednym z najważniejszych parametrów sprawnego działania opieki zdrowotnej, i wszelkie starania służące jej poprawie muszą być celem wspólnego wysiłku wszystkich ośrodków, które mogą na nią pozytywnie oddziaływać⁷².

2.2. Kryteria jakości w usługach medycznych

Dokładne sprecyzowanie jakości w odniesieniu do konkretnych dóbr wymaga identyfikacji kryteriów jakości. Placówki opieki zdrowotnej, dążąc do wytypowania najważniejszych dla pacjentów czynników jakości, mogą wykorzystywać kilka sposobów. Wśród wskazanych metod preferowane są badania marketingowe, które umożliwiają kształtowanie jakości w oparciu o preferencje własnych czy potencjalnych odbiorców. Jeśli zaś z określonych przyczyn placówki medyczne nie mogą stosować badań marketingowych, powinny rozważyć metodę benchmarkingu.

W latach 90. XX wieku amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne SunHealth Alliance (obejmujące 250 szpitali) zastosowało benchmarking do poprawy jakości oferowanych usług medycznych⁷³. Za pomocą tej metody placówki medyczne mogą obserwować kształtowanie jakości w organizacjach oferujących podobny zakres świadczeń i porównywać do własnych wskaźników, a następnie wykorzystywać do doskonalenia te kryteria, w których ich dystans do najlepszych organizacji jest duży.

⁷² C. Włodarczyk, S. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie*, Vesalius, Kraków 1999, s. 152.

⁷³ B. Ziębicki, *Zastosowanie benchmarkingu w szpitalnictwie amerykańskim*, „Przegląd Organizacji”, 1997, nr 9, s.18.

Biorąc pod uwagę stopień obiektywizmu oraz podział na medyczne i pozamedyczne czynniki determinujące jakość usług medycznych, w procesie oceny jakości można zastosować trzy grupy kryteriów⁷⁴:

- Kryterium struktury – odnoszące się do czynników umożliwiających personelowi zakładu opieki zdrowotnej wykonywanie swoich zadań zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej:
 - infrastruktura (wyposażenie budynków i pomieszczeń),
 - zasoby materialne (wyposażenie techniczne: sprzęt i aparatura medyczna),
 - zasoby ludzkie (liczba, kompetencje, kwalifikacje personelu).
- Kryterium procesu – dotyczące wszelkich działań (sposobu ich realizacji) administracyjnych, pielęgniarских oraz lekarskich wykonywanych wokół pacjenta na każdym etapie opieki medycznej:
 - dostępność do świadczeń medycznych (potencjalna możliwość uzyskania niezbędnej usługi lub świadczenia oraz czas jej oczekiwania),
 - kompleksowość usługi,
 - zachowanie personelu medycznego oraz pomocniczego,
 - kultura obsługi pacjentów,
 - komunikacja z personelem medycznym.
- Kryterium wyniku – osiągniętych rezultatów, stanowiących podstawę oceny realizowanych świadczeń medycznych:
 - powikłania (zakażenia wewnątrzszpitalne, liczba powtórnych przyjęć, liczba reoperacji),
 - wskaźnik śmiertelności,
 - wskaźnik sprawności,
 - średni czas pobytu w szpitalu,
 - satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi medycznej.

Najlepsze wyniki w określaniu kryteriów jakości można osiągnąć przeprowadzając badania marketingowe, na podstawie których dany podmiot określi właściwe determinanty jakości własnych usług (czyli takie, które pozwalają osiągnąć satysfakcję pacjentów). Kryteria jakości mają indywidualny charakter i mogą różnić się w zależności od rodzaju obsługiwanych odbiorców oraz od specyfiki oferowanych usług.

⁷⁴Zob: S. Harrison, C. Pollitt, *Controlling Health Professional*, Open University Press, Buckingham, 1994.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), uwzględniając założenia Maxwella z 1986 roku, wyłoniła sześć wymiarów jakości opieki zdrowotnej, a mianowicie⁷⁵:

- skuteczność, tzn., że świadczenia aktualnie spełniają swoją funkcję,
- równość, tzn., że wszyscy ludzie mają jednakowy dostęp do świadczeń medycznych,
- adekwatność, tzn., że świadczenia są dopasowane do potrzeb populacji,
- akceptacja, tzn., że odbiorcy zgadzają się na proponowane świadczenie medyczne,
- dostępność, tzn., że ludzie mogą wykorzystywać oferowane usługi,
- efektywność, tzn., że świadczenia osiągają najwyższą jakość przy najniższym koszcie.

Cechy te stanowią podstawę, na której można budować szczegółowe kryteria i mierzyć jakość świadczeń zdrowotnych.

Posługiwanie się kryteriami przy szacowaniu opieki zdrowotnej dostarcza pewnych sygnałów, które naprowadzają system na zmiany w celu udoskonalenia jego usług. Obiektywne ocenianie opieki zdrowotnej stanowi integralną część działań organizatorów ochrony zdrowia i kierowników instytucji świadczących tę opiekę niezależnie od podstawowego zawodu.

W literaturze przedmiotu znaleźć można kilka powtarzających się czynników określających jakość usług. Najczęściej spotykany podział autorstwa A. Parasuraman'a, V. A. Zeithaml'a i L.L. Berry'ego obejmuje dziesięć najważniejszych czynników, które biorą pod uwagę pacjenci oceniając jakość usług⁷⁶:

- Dostępność usługi – wyrażającą się w możliwości skorzystania z usługi w określonym czasie i miejscu (wskazać tu można m.in. dogodną lokalizację placówki, godziny jej otwarcia, krótki czas oczekiwania na usługę). Dostępność związana jest także z łatwością uzyskania pomocy medycznej niezależnie od takich czynników, jak: bariery kulturowe, finansowe, organizacyjne oraz emocjonalne.
- Informacja o usługach placówki – przekazywana w sposób zwięzły, jasny i zrozumiały. Umiejętność skutecznego komunikowania się z usługobiorcą wiąże się z koniecznością rozwijania określonych umiejętności społecznych personelu, takich jak: umiejętność nawiązania i podtrzymywania kontaktu, umiejętność słuchania, koncentrowania się na osobie pacjenta oraz uwzględniania punktu widzenia innej osoby.

⁷⁵ H. Lenartowicz, *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie – materiały dydaktyczne specjalizacji Organizacja i Zarządzanie*, Warszawa 1998, s. 39.

⁷⁶ Ph. Kotler, *Marketing Management. Analysis, Planning, Implementation and Control*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New York 1988, s.484-485.

- Kompetencje – obejmujące zarówno wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę fachową, wykształcenie kierunkowe, jak i umiejętności społeczne, kluczowe dla budowania kontaktu z człowiekiem chorym.
- Uprzejmość, wyrażająca się w traktowaniu pacjenta w miły, przyjazny, przepelniony szacunkiem i empatią sposób.
- Zaufanie, którego podstawą jest wiarygodność personelu, okazywana przezeń troskliwość oraz gotowość do udzielania pomocy, rozwiązywania problemów i wyjaśniania wątpliwości.
- Rzetelność – wyrażająca się w dokładności, niezawodności i precyzji wykonania usług (zgodnie z obowiązującymi standardami i etykietą), jak również przejawiająca się w istnieniu zgodności między usługami uwzględnianymi w ofercie placówki a rzeczywiście świadczonymi formami pomocy.
- Odpowiedzialność – związana z faktem uwzględniania potrzeb, oczekiwań i żądań nabywców, a jednocześnie wyrażająca się w szybkości i fachowości podejmowanych działań, przestrzeganiu terminów, prawidłowym prowadzeniu dokumentacji itp.
- Bezpieczeństwo – polegające zarówno na ograniczaniu stresu związanego z pobytem pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, jak i minimalizowaniu ryzyka związanego z korzystaniem z usługi.
- Rodzaj zastosowanych środków materialnych – namacalne elementy usługi kształtujące profesjonalny wizerunek placówki, które będą wzbudzały zaufanie pacjenta (stan placówki, wystrój jej wnętrza, wyposażenie, nowoczesny sprzęt, wygląd pracowników: identyfikatory, czyste i schludne uniformy),
- Znajomość potrzeb usługobiorców i dążenie do ich zaspokojenia.

Z kolei inna klasyfikacja wyodrębnia następujące kryteria charakteryzujące jakość produktów opieki zdrowotnej. Wśród nich wymienia się⁷⁷:

- dostępność dla pacjenta,
- informacja o usługach organizacji i komunikacja pomiędzy placówką a pacjentem,
- rzetelność wykonywanego świadczenia,
- uprzejmość w stosunku do pacjenta i bliskich mu osób,
- zachowanie budzące zaufanie,
- szybkość reakcji na wezwanie oraz zaangażowanie w podejmowane działania,

⁷⁷B. Nogalski, J.M. Rybicki (red.), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów Studiów Podyplomowych*, Dom Organizatora, Toruń 2002, s. 123-126.

- bezpieczeństwo pacjenta,
- przyjazne środowisko materialne,
- empatia ze strony personelu medycznego.

Analizując segmenty zewnętrznego i wewnętrznego rynku produktów opieki zdrowotnej warto zwrócić uwagę na fakt, że odbiorcami informacji o jakości są nie tylko pacjenci korzystający z usług danej placówki i zarazem bezpośrednio jej doświadczający, ale również inne grupy odbiorców, takie jak:

- Nabywcy świadczeń, jak Narodowy Fundusz Zdrowia, a także firmy ubezpieczeniowe.
- Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w stosunku do opieki specjalistycznej.
- Dostawcy aparatury medycznej, środków opatrunkowych, sprzętu niezbędnego do świadczenia usług medycznych.

Rozróżnienie to jest istotne z punktu widzenia marketingu, gdyż nie zawsze i nie wszystkie kryteria jakości będą komunikowane w ten sam sposób i tym samym grupom odbiorców. Placówki opieki zdrowotnej mogą w tym zakresie przyjąć strategię kształtowania wizerunku w odniesieniu do każdej z wymienionych grup odbiorców (strategia kształtowania subwizerunku).

Następnym etapem po dokonaniu wyborze zestawu najważniejszych kryteriów zapewnienia jakości jest określenie standardów, czyli głównych cech kryteriów. W ujęciu praktycznym standard jest stanem, jaki placówka zamierza osiągnąć w odniesieniu do przyjętych kryteriów jakości.

2.3. Mierniki jakości i standaryzacja świadczeń medycznych

Działania zmierzające do systematycznej poprawy jakości świadczeń w opiece zdrowotnej zostały podjęte na przełomie XIX i XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Inicjatorami tych działań byli lekarze chirurdzy, którzy stwierdzili istotne różnice w wynikach podobnych zabiegów operacyjnych przeprowadzonych w różnych oddziałach. Wówczas to zaczęto badać czynniki wpływające na ostateczny wynik leczenia operacyjnego pacjentów.

W 1910 roku dr Ernest Codman przyczynił się do założenia organizacji American College of Surgeons, która wypracowała w 1918 roku pierwszy standard postępowania

medycznego. Rok później towarzystwo to przyjęło pięć standardów dotyczących świadczenia opieki w szpitalu, tzw. „standardów minimum”, które zakładały, że⁷⁸:

- Lekarze wraz z innym „białym personelem” tworzą zespół medyczny.
- Lekarze muszą posiadać wykształcenie medyczne wraz z prawem wykonywania zawodu, być ludźmi dobrymi i postępować etycznie.
- Personel medyczny przynajmniej raz w miesiącu organizuje zebranie, którego celem jest analiza pełnej dokumentacji medycznej, a w dalszej perspektywie poprawa wyników leczenia.
- Personel prowadzi szczegółową dokumentację medyczną.
- Szpital wyposażony jest w niezbędne pracownie diagnostyczne i terapeutyczne.

Od 1919 roku rozpoczął się rozwój instytucji działających na rzecz poprawy jakości w opiece zdrowotnej. W efekcie w 1951 roku powołano w Stanach Zjednoczonych Zespoloną Komisję do Spraw Akredytacji Szpitali (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), która przekształciła się następnie w Zespoloną Komisję do Spraw Akredytacji Zakładów Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Organizacja ta skupiła się na przygotowaniu standardów jakości, wskaźników jakości, wytycznych postępowania w specyficznych problemach klinicznych, systemu zbierania i przetwarzania danych oraz systemu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej⁷⁹.

W 1989 roku Kongres Stanów Zjednoczonych powołał Agencję do Spraw Polityki i Badań w Opiece Zdrowotnej (AHCPR – Agency for Health Care Policy and Research), która zajmuje się wypracowaniem schematów działania w określonych problemach zdrowotnych.

Istnienie takich organizacji służy stworzeniu dostępnego poziomu opieki zdrowotnej oraz pozwala stworzyć standardy i wskaźniki, według których można oceniać jakość świadczonych usług medycznych.

Ocena jakości jest jednym z elementów ściśle związanym ze świadczeniem usług zdrowotnych. Biorąc pod uwagę szpitale w Europie można wyróżnić cztery podstawowe modele: system wizytacji, model Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością, model ISO oraz system akredytacji. Z kolei nowoczesne mechanizmy, które zmierzają do zapewnienia jakości to: rekomendacja dla praktyki, monitorowanie wskaźników, certyfikacja oraz akredytacja. Powyższe systemy łączą fakt, iż żaden z nich nie będzie sprawnie funkcjonował w sytuacji, w której nie będą istnieć korzystne dla organizacji warunki do podejmowania

⁷⁸K. Szczerbińska, *Poprawa jakości usług medycznych. Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Biblioteka Menadżera Opieki Zdrowotnej, Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996, s. 141-142.

⁷⁹Ibidem, s. 142.

zwiększonego wysiłku w dążeniu do doskonalenia jakości, a także gdy wysoka jakość nie będzie proporcjonalna do nakładów związanych z utrzymaniem określonego standardu.

Większość krajów Europy Zachodniej stosuje szpitalne systemy jakości oparte na zasadzie dobrowolności, z wyjątkiem Włoch i Francji, które muszą poddać się certyfikacji. Stosowane są również takie systemy, jak: ISO 9000, EFQM oraz Joint Commission.

Istnieją także modele stosowane wyłącznie w Niemczech, takie jak: KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, Niemcy 2001), QMK (Qualitätsmodell Krankenhaus, Niemcy 2000), AMIQ (Asklepios – Modell für integriertes Qualitätsmanagement, Niemcy 1999)⁸⁰.

Wszystkie te modele są w pewnym sensie podobne, ponieważ koncentrują się na opiece nad pacjentem. Pozycję lidera wśród rdzennie niemieckich systemów zarządzania zajmuje model KTQ. Jego popularność wśród szpitali wynika z następujących cech: niskie koszty audytu, wszystkie procedury badania jakości zakończone są uzyskaniem certyfikatu, brak koncentracji na wynikach działania, model akceptowany jest przez wszystkie ważne podmioty sektora zdrowia. Szczegółowa analiza struktury modelu KTQ jest możliwe poprzez porównanie go z innymi systemami. Wszystkie modele wykorzystują uniwersalny zestaw kryteriów oceny zorientowanych na⁸¹: kierowanie (zarządzanie, personel, strategia, współpraca i zasoby oraz procesy) a także wyniki działania (rezultaty w odniesieniu do personelu, pacjentów, organizacji oraz procesów). Rozkład punktów ciężkości w poszczególnych modelach przedstawia się następująco: w modelu EFQM występuje równowaga pomiędzy obiema grupami kryteriów, w modelu KTQ nacisk kładzie się na kryteria związane z kierowaniem, model Joint Commission cechuje koncentracja na kryteriach ukierunkowanych na kierowanie, natomiast w przypadku modelu QMK można mówić o akcentowaniu takiej kategorii, jaką są wyniki działania. System KTQ powstał dzięki współpracy izb lekarskich, szpitali i kas chorych. Najważniejsze w tym systemie są kryteria dotyczące struktury i procesów zachodzących w szpitalu, nie uwzględnia się tu natomiast kryteriów zorientowanych na wynik, jak również roli partnerów i pacjentów w procesie zarządzania jakością. KTQ to system obejmujący sześć kategorii, dwadzieścia dwa standardy i siedemdziesiąt kryteriów związanych z działalnością szpitala⁸².

⁸⁰ G. Prause, I. Rudawska, *Szpitalne systemy oceny jakości – jak to robią inni*, „Przewodnik Menadżera Zdrowia”, 2002, nr 3, s. 14; Zob. także: J. Stojgniew, S. Sitko, *Zewnętrzne mechanizmy zapewnienia jakości a efektywność jednostek opieki zdrowotnej. Jakość w opiece zdrowotnej*, II Ogólnopolska Konferencja, Kraków, 1997.

⁸¹ Ibidem, s. 14.

⁸² Ibidem, s. 15.

Pomiaru jakości postępowania medycznego można dokonywać obiektywnie za pomocą mierników. Podstawowymi miernikami umożliwiającymi ocenę świadczeń medycznych są kryteria i standardy.

Słownik wyrazów obcych definiuje standard jako „przeciętną normę, przeciętny typ, model, wyrób odpowiadający określonym wymogom, wzorzec”⁸³. Standardy określane są jako uzgodniony lub założony poziom wykonywania praktyki lub poszczególnych jej elementów, a ich celem – charakteryzowanie, poddawanie pomiarom dla osiągnięcia najwyższego poziomu jakości opieki⁸⁴.

W praktyce standard oznacza postępowanie zgodne z wytyczonymi zasadami, rekomendowane przez specjalistów z danej dziedziny, określające minimalny zakres wymogów dotyczących świadczonych usług zdrowotnych. Postępowanie to jest ujednolicone w odniesieniu do konkretnej jednostki chorobowej, realizowane na takim samym poziomie i w podobnych warunkach, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i techniki medycznej.

Standardy jakości to określone wymagania stawiane jednostkom opieki zdrowotnej. Standardy i wytyczne tworzone są dla takich obszarów medycyny, które wymagają usystematyzowania z powodów klinicznych, finansowych, prawnych lub organizacyjnych. Obok wytycznych postępowania funkcjonują na świecie różnorodne rodzaje standardów, m.in. standardy jakościowe usługi, postępowania czy wyposażenia organizacji. Standaryzacja w opiece zdrowotnej, obejmuje głównie świadczenia zdrowotne a także warunki ich udzielania, stała się niezbędną, a jej rola wzrasta wraz z rozwojem możliwości diagnostycznych i leczniczych, lepszym dostępem do informacji oraz zachodzącymi zmianami w organizacji świadczącej usługi medyczne.

Obszar standardów opieki nad pacjentem obejmuje m.in.: prawa pacjenta, rejestrację, ewakuację (np. w razie pożaru), wyżywienie – dieta, estetyka podania, ciepłota posiłków, obsługa itp., zabiegi bezoperacyjne, zabiegi operacyjne, uświadamianie rodziny, kontynuację opieki – w domu lub innej placówce ochrony zdrowia.

Standardy mają charakter dynamiczny i podlegają okresowym modyfikacjom. Powinny określać docelową wizję efektywnego i doskonałego (w sposób ciągły) zarządzania informacją, a także spełniać m.in. takie wymagania, jak⁸⁵:

- precyzyjność – stałe doskonalenie zbierania i opracowywania samych danych, właściwe proporcje dostępności do danych i ich bezpieczeństwa,

⁸³ *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1997, s. 1036.

⁸⁴ Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A., *op. cit.*, s. 26.

⁸⁵ R. Niecikowska, *Standardy – spojrzenie i praktyka*, „Pielęgniarstwo i My”, 1995, s. 19-20.

- odpowiedzialność – niezależność od takich wpływów, jak czas, subiektywizm, instrumentalność,
- wrażliwość – reakcja na wszelkie zmiany w przeprowadzanych pomiarach, stosowanie danych zagregowanych i porównywalnych m.in. w celu wskazania możliwości doskonalenia opieki. To również stała modyfikacja najważniejszych działań niezbędnych do poprawy efektywności tak, aby wszelkie zmiany jak najszybciej mogły znaleźć swoje odbicie w dokonywanych pomiarach,
- sprawdzalność – określenie miejsca lub/i sposobu sprawdzenia standardu,
- osiągalność – dostosowanie do realnych warunków,
- przestrzeganie – zaakceptowanie, przyjęcie standardu przez zespół do jego stosowania w bieżącej działalności.
- właściwość – standard jest potrzebny w odniesieniu do odbiorcy, jakim jest pacjent czy zespół pracowników,
- wymierność – standard możemy mierzyć i porównywać stosując odpowiednie instrumenty kontrolne.

Standardy w opiece zdrowotnej bywają ze sobą powiązane, dlatego też procesy standaryzacji wymagają starannej koordynacji. Skuteczne wdrażanie standardów wymaga zaangażowania wszystkich zainteresowanych stron, dlatego powodzenie w tym procesie zależy od ich wzajemnego porozumienia⁸⁶.

Standardy w opiece zdrowotnej można podzielić na dwie zasadnicze grupy⁸⁷:

- Standardy świadczeń medycznych nabywanych przez zleceniodawcę (fundusze, indywidualnego płatnika itp.) i kierowane do świadczeniodawców w służbie zdrowia.
- Standardy postępowania medycznego, kierowane do kadry medycznej wykonującej świadczenia zdrowotne.

Standardy świadczeń medycznych nabywanych dotychczas przez płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia⁸⁸ są rozumiane jako opis warunków, w których wykonywane powinny być świadczenia medyczne lub opis samego świadczenia stanowiącego przedmiot kontraktu. Standaryzującym jest płatnik, którego zadaniem jest jasne określenie przedmiotu postępowania konkursowego i umowy kontraktowej.

⁸⁶ <http://www.ceestahc.org>; data odczytu: 21.06.2011.

⁸⁷ K. Lisiecka, *op. cit.*, s. 31.

⁸⁸ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz. U. Nr 45, 2003 r.

Standardy produktów nabywanych przez płatnika są opisane przy użyciu odpowiednich parametrów:^{89 90}

- kwalifikacje personelu realizującego świadczenia medyczne,
- wymagania dotyczące pomieszczeń, w których wykonywane są świadczenia medyczne,
- średni czas realizacji świadczenia,
- zakres jednostek chorobowych rozpoznanych i objętych terapią,
- zakres procedur medycznych realizowanych w ramach świadczenia medycznego,
- wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny dla realizacji świadczenia medycznego.

Standardy produktów wykorzystuje się⁹¹:

- w trakcie procesu kontraktowania świadczeń medycznych,
- w trakcie procesu dokonywania oceny merytorycznej oferty świadczenia medycznego,
- w trakcie procesu wyboru najlepszej oferty,
- w trakcie procesu określania kosztów całkowitych świadczenia medycznego,
- w trakcie procesu ustalania ceny na świadczenia medyczne,
- w trakcie procesu negocjacji umów z płatnikiem świadczeń zdrowotnych.

Standard postępowania medycznego, nazywany również „standardem postępowania klinicznego”, definiowany jest jako opis, zalecenie adresowane do lekarzy oraz pacjentów. Ustala on właściwe formy opieki zdrowotnej stosowanej w konkretnej sytuacji medycznej. Jednostkę standaryzującą stanowi powołany zespół ekspertów. Standard postępowania klinicznego ujmuje się jako najlepsze rozwiązanie w danym schorzeniu⁹².

Standard postępowania medycznego dotyczy określonych schorzeń i jednostek chorobowych. Najczęściej konstruowany jest dla schorzeń, które cechują się dużą częstotliwością występowania, są kosztowne w terapii, obarczone dużym ryzykiem niepowodzenia w przypadku wdrożenia niewłaściwego postępowania, nie są już zjawiskiem nowym i przestają wzbudzać kontrowersje w środowisku medycznym co do zasad

⁸⁹ A. Ostrowska, J. Stępień, *Standardy medyczne w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Standardy Medyczne”, 1999, nr 2, (za:) M. Lisiecka-Biełanowicz, *Standardy a jakość usług zdrowotnych*, (w:) *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, K. Lisiecka (red.), Instytut Przedsiębiorczości Samorządności, Warszawa 2003, s. 32.

⁹⁰ A. Kozierkiewicz, *Jak powstają standardy świadczenia usług medycznych*, „Standardy Medyczne”, 1999, nr 2, (za:) M. Lisiecka-Biełanowicz, *Standardy a jakość usług zdrowotnych*, (w:) *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, K. Lisiecka (red.), Instytut Przedsiębiorczości Samorządności, Warszawa 2003, s. 32

⁹¹ M. Lisiecka-Biełanowicz, *op. cit.*, s. 32.

⁹² *Ibidem*, s. 33.

postępowania klinicznego. Ułatwiają dokonanie przez lekarzy oceny przydatności procedury pod względem medycznym, epidemiologicznym czy ekonomicznym.

Oprócz standardu postępowania medycznego używa się także sformułowania „wytyczne postępowania medycznego”. Wytyczne dotyczą postępowania (w zakresie diagnostyki oraz leczenia) w określonych jednostkach chorobowych. Są one opracowywane przez specjalistów, obowiązują na terenie danego kraju i uwzględniają wartości etyczne i kulturowe oraz koszty. Różnica między standardem postępowania medycznego a wytycznymi postępowania medycznego wiąże się z obszarem ich oddziaływania. Standardy obowiązują lokalnie, podczas gdy wytyczne dotyczą najczęściej całego kraju⁹³.

Standard postępowania klinicznego określają następujące wytyczne: aktualność i wiarygodność; korzyść praktyczna, rzetelność i powtarzalność; prostota przekazu językowego, określenie czasu monitorowania standardów medycznych. Postuluje się, aby standardy medyczne uaktualniać co 3-5 lat lub w sytuacji uzasadnionej potrzeby. W działania te powinny być zaangażowane wszystkie zainteresowane podmioty⁹⁴.

Prawidłowo skonstruowany standard postępowania klinicznego zawiera następujące elementy⁹⁵:

- kwalifikacje personelu realizującego świadczenie medyczne,
- kompetencje personelu medycznego niezbędne do realizowania usługi,
- kolejność wykonywania poszczególnych czynności wchodzących w skład realizacji świadczenia medycznego,
- aparaturę medyczną niezbędną do realizacji usługi,
- rodzaje procedur medycznych oraz kolejności ich wykonywania w określonym procesie diagnostyczno-terapeutycznym,
- niezbędne leki.

⁹³M. Lisiecka-Biełanowicz, *op. cit.*, s. 34.

⁹⁴Ibidem, s. 33-34.

⁹⁵Ibidem, s. 34.

Źródłem standardów usług medycznych są⁹⁶:

- Regulacje prawne (ustawy, rozporządzenia, przepisy prawne), które dotyczą:
 - ochrony zdrowia, środowiska i bezpieczeństwa,
 - gwarancji świadczenia wysokiej jakości usług zdrowotnych.
- Zalecenia Ministerstwa Zdrowia określające:
 - cele i założenia polityki zdrowotnej,
 - koszty ponoszone przez pacjenta (dotyczące podejmowanego leczenia i rehabilitacji).
- Wytyczne dotyczące praktyki medycznej (np. GMP-Good Medicine Practice).
- Badania krajowe, raporty, audyty zewnętrzne, opinie środowisk medycznych, uczenie się w oparciu o rozwiązania stosowane w innych szpitalach.
- Standardy międzynarodowe, np. norma ISO, KTQ.
- Podejmowane badania naukowe.
- Szersze oczekiwania społeczne.

W Stanach Zjednoczonych standardy JCAHO obejmują obecnie wszystkie sfery funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, takie jak⁹⁷:

- opieka medyczna nad pacjentem (diagnostyka, terapia, żywienie, pielęgnacja, edukacja i prawa pacjenta oraz etyka postępowania personelu),
- organizacja i zarządzanie (np. kierowanie zakładem opieki zdrowotnej, zarządzanie personelem, kontrola zdarzeń niepożądanych),
- działalność dyrekcji i administracji,
- inne dziedziny.

Odrębne standardy opracowano dla pomocy doraźnej, radiologii, rehabilitacji, radioterapii, aptek, opieki pielęgniarskiej, edukacji pacjenta i rodzin. Sformułowane przez ekspertów standardy JCAHO są standardami maksimum, czyli zakładają najwyższe, możliwe do osiągnięcia, wymagania. Jednocześnie placówki medyczne nie muszą realizować ich w pełni, by uzyskać pozytywną opinię. Podręczniki zawierające zbiór standardów są aktualizowane raz w roku, przy czym standardy uwzględniają specyfikę placówek (szpital, zakłady opiekuńcze, psychiatryczne, opieka środowiskowa)⁹⁸.

⁹⁶Ibidem, s. 33, (za:) S. Leatherman, *Poprawa działania systemów opieki zdrowotnej poprzez reformowanie rynku usług zdrowotnych*, I Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1995, s. 69-72.

⁹⁷K. Szczerbińska, *Jakość opieki zdrowotnej*, (w:) *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom 2, Vesalius, Kraków 2001, s. 143.

⁹⁸Ibidem, s. 143.

Standardy udzielania świadczeń medycznych wynikają z szeregu przepisów prawnych (rozporządzeń do wcześniejszej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i obecnie obowiązującej od 15 kwietnia 2011 roku ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodzie lekarza, pielęgniarki i położnej) i odnoszą się do wymagań stawianym owym placówkom w zakresie⁹⁹:

- infrastruktury budowlanej – dotyczą one norm jakie muszą spełniać, by można było w nich udzielać świadczeń określonego rodzaju i w określonym zakresie. Odnoszą się one np. do powierzchni lokalu, wysokości pomieszczeń czy też obowiązku posiadania podjazdów dla osób niepełnosprawnych,
- wyposażenia w sprzęt medyczny – dotyczy to minimalnych wymagań ilościowych i jakościowych wyposażenia placówki zgodnie z charakterem i rodzajem świadczonych usług, a także posiadania wymaganych zaświadczeń, atestów i certyfikatów potwierdzających zgodność aparatury z normami bezpieczeństwa,
- personelu medycznego – dotyczy to wymagań w zakresie niezbędnych kwalifikacji i uprawnień personelu do świadczenia usług zdrowotnych, a także określenia minimalnej liczby personelu w organizacji.

W 1994 roku, w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej, JCAHO wprowadziła w placówkach ubiegających się o akredytację, system wskaźników dotyczących¹⁰⁰:

- anestezyjologicznej opieki przedoperacyjnej – w celu zminimalizowania efektów ubocznych po zastosowanym znieczuleniu ogólnym,
- opieki położniczej.

Rok później wdrożono kolejne systemy wskaźników jakości w zakresie:

- zachowania w przypadku urazów,
- zachowania w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego,
- opieki onkologicznej.

Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej dzieli się na:

- wskaźniki minimum – określają minimum, jakie dany zakład opieki zdrowotnej powinien spełnić (wskaźniki te muszą być realizowane w 100%),

⁹⁹D.R. Hajdukiewicz, *Rola wytycznych i standardów postępowania w praktyce lekarskiej – różnice, wady i zalety obu rozwiązań*, 8. Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Kraków 9-11 kwietnia 2003, s. 53-58.

¹⁰⁰K. Szczerbińska, *Jakość opieki...*, s. 144.

- wskaźniki maksimum – określają pożądaną poziom realizacji standardów (nie muszą być spełniane w 100%),
- wskaźniki zdarzeń poświadczonych – dotyczące zdarzeń oczekiwanych,
- wskaźniki zdarzeń niepoświadczonych – dotyczące zdarzeń, które nie powinny wystąpić w placówce realizującej usługi,
- wskaźniki stosunkowe – dotyczące zdarzeń, które pomimo wysokiej jakości usług zawsze występują z pewną częstością wynikającą ze specyfiki (np. powikłania w przebiegu choroby),
- wskaźniki strażnicze – dotyczące zdarzeń niebezpiecznych, wynikających z zaniedbań personelu bądź mających poważne skutki, których należy unikać¹⁰¹.

Wskaźniki jakości są opracowywane przez Komisję do Spraw Akredytacji – JCAHO, jak również mogą być tworzone przez wewnętrzny zespół do spraw jakości na wewnętrzny użytek placówki. Wytyczne i standardy postępowania są podstawowymi narzędziami organizacyjnymi w działalności placówek medycznych, praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej oraz pracy personelu administracyjnego. Pojęć tych używa się często zamiennie, choć nie są synonimami. Narzędzia te wykazują wiele podobieństw, mają też zbliżone cele, jednak różnią się ze względu na prawne aspekty ich stosowania¹⁰². Wytyczne nie wynikają z przepisów, nie istnieje też obowiązek ich bezwzględnego realizowania. Można traktować je jako rekomendacje ułatwiające podejmowanie decyzji czy też wskazówki umożliwiające wybór postępowania o udowodnionej lub uznanej skuteczności. Wytyczne powinny regulować proces diagnozy i/lub leczenia 60-95% pacjentów¹⁰³.

Opracowanie i realizowanie standardu postępowania medycznego implikuje konieczność jego oceny. Ocena stopnia wdrożenia standardu, i jego efektu, odpowiednie metody jego weryfikacji i ciągłe doskonalenie stanowi podstawę racjonalnej działalności medycznej. Przy tworzeniu standardów powinno uwzględniać się wyniki badań klinicznych, epidemiologicznych, ekonomicznych, statystycznych i prawnych. Podkreślić należy tu także konieczność brania pod uwagę aspektów etycznych.

Standardy medyczne mają za zadanie ułatwić pracę lekarzowi, nie muszą jednak być bezwzględnie stosowane, gdyż odnoszą się zwykle do sytuacji przeciętnej, najczęściej występującej. W praktyce lekarskiej sytuacje odbiegające od przeciętnej występują jednak bardzo często i wtedy postępowanie może odbiegać od zalecenia. Taką ogólną wytyczną

¹⁰¹Ibidem, s. 145.

¹⁰²D.R. Hajdukiewicz, *op. cit.*, s. 53-58.

¹⁰³K. Łanda K., G. Nogas, M. Płazak, *Medycyna wiarygodna i racjonalizacja finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Antidotum”, 2002, nr 11, s. 36-37.

postępowania lekarskiego mającego charakter normy prawnej jest art. 4 ustawy o zawodzie lekarza¹⁰⁴, który stwierdza, że: „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej z należytą starannością”. Stopień realizacji standardów powinien uwzględniać opinie pacjentów (ich zadowolenie/niezadowolenie), wyniki zespołu sprawującego opiekę oraz dane zawarte w dokumentacji (w aspekcie merytorycznym, organizacyjnym, ekonomicznym, prawnym i etycznym). Taka ocena standardu pozwala na dostrzeżenie wszystkich efektów jego stosowania, a także nieprawidłowości, które należy wyeliminować przy aktualizowaniu standardu. W procesie oceny standardu stosuje się badania ankietowe w postaci odpowiednio opracowanych kwestionariuszy, wyniki których opracowywane są za pomocą metod statystycznych.

Standardy medyczne opracowywane są głównie przez towarzystwa naukowe w formie zaleceń, nie mają charakteru prawnego, oparte są na aktualnej praktyce medycznej oraz na tzw. medycynie opartej na naukowych dowodach (Evidence Based Medicine – EBM).

Standardy medyczne obejmują¹⁰⁵: wskazania diagnostyczne (zalecenia dotyczące rodzaju badań i częstości ich wykonywania), wskazania dotyczące metod leczenia (zalecenia stosowania leków i dawek, metod niefarmakologicznych, w tym zabiegów i interwencji chirurgicznych), wskazania dotyczące metod zapobiegawczych (programy profilaktyczne) oraz wskazania dotyczące kontroli procesu leczenia (badania kontrolne).

W badaniu realizacji danego standardu medycznego stosuje się tzw. wskaźniki medyczne należące do grupy wskaźników obiektywnych. Znany jest stan optimum dla danej czynności medycznej, a pomiar określa, w jakim stopniu dany standard postępowania leczniczego czy diagnostycznego jest realizowany. Wskaźnik medyczny oparty na standardzie w warunkach idealnych mierzy w sposób jak najbardziej obiektywny. W praktyce wygląda to jednak inaczej, osoby odpowiedzialne za proces monitorowania standardów są bowiem również zainteresowane ich spełnieniem. Z tego względu niechętnie dzielą się wiedzą dotyczącą zdarzeń niepożądanych. Monitorowanie wskaźników jakości jest obarczone wieloma trudnościami, co nie znaczy jednocześnie, że nie podejmuje się starań w odniesieniu do tworzenia systemu monitorowania jakości poprzez wskaźniki medyczne¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 02.21.204).

¹⁰⁵ <http://www.mz.gov.pl>, data odczytu: 09.12.2011.

¹⁰⁶ J. Siwiec, *Rola jakości w służbie zdrowia. Wskaźniki jakości w praktyce medycznej*, „Przewodnik Menadżera Zdrowia”, 2002, nr 1, s. 8.

Warto podkreślić na zakończenie, że istotną kwestią w rozważaniach dotyczących jakości usług medycznych winien być problem ogólnej dostępności społeczeństwa do określonych typów świadczeń. Przyjęcie procedury o najwyższej skuteczności, która jest jednocześnie bardzo kosztowna, sprawi, że dostęp do niej będzie miał niewielki procent pacjentów. Zasadne w tym kontekście wydaje się zatem znalezienie rozwiązania kompromisowego, które uwzględnia zarówno sytuację ekonomiczną jednostki, jak i dbałość o wysoką jakość świadczonych usług, co pozostaje w ścisłym związku z zatrudnianiem personelu o wysokich kompetencjach.

2.4. Systemy zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej

W celu właściwego zarządzania jakością, tak by zmierzać ku doskonałości, użyteczne jest wdrożenie w organizacji systemu zarządzania jakością. System zarządzania jakością powinien określać strukturę organizacyjną, podejmowane działania w zakresie jakości (procesy, procedury), zasoby, które umożliwiają wdrożenie zarządzania jakością, odpowiedzialność organizacji za jakość, uprawnienia do wykonywania zadań, sposób przepływu informacji oraz dokumentów. System powinien być ponadto efektywny, sprawiać by usługi spełniały wymagania pacjentów, umożliwiać kontrolę nad całą działalnością organizacji oraz pomagać w osiągnięciu celów jakościowych.

Wyodrębnienie systemu zarządzania jakością polega na zbudowaniu odpowiedniej struktury organizacyjnej. Jeśli system zarządzania jakością wdrożony jest w całość procesów zarządzania organizacją, wówczas zaczyna dominować zarządzanie przez jakość. W najbardziej rozwiniętej formie zarządzanie przez jakość obejmuje całość systemu zarządzania organizacją¹⁰⁷.

W analizach dotyczących ochrony zdrowia pojęcie „system zdrowotny” (system ochrony zdrowia, system opieki zdrowotnej itp.) jest jednym z terminów używanych najczęściej¹⁰⁸. Wyróżnić można przy tym trzy odrębne nurty analiz, w których pojęcie to jest wykorzystywane. Nurt pierwszy obejmuje analizy dokonywane w perspektywie międzynarodowej, czyli badania porównawcze systemów zdrowotnych w różnych krajach¹⁰⁹. Obiektem zainteresowań są tu podobieństwa i różnice dotyczące struktury i efektów

¹⁰⁷ K. Opolski, *op. cit.*, s. 71.

¹⁰⁸ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000 r.

¹⁰⁹ M.I. Roemer, *National Health Systems of the World*, vol. I,II, Oxford University Press, New York, Oxford 1993.

funkcjonowania systemów porównywanych krajów. W nurcie drugim mieszczą się badania systemów różnych krajów, uwzględniające ich specyfikę, jak również ich zdolność do efektywnej realizacji celów¹¹⁰. Nurt trzeci skupia się na analizie cech różnych systemów krajowych. System ujmuje się wówczas jako teoretyczną konstrukcję, która ma ułatwiać rozumienie zasad regulujących działania ochrony zdrowia w danym kraju¹¹¹.

Implementacja systemu zarządzania jakością nakłada konieczność¹¹²:

- określenia rodzaju systemu zapewnienia jakości: certyfikacja (norma ISO), akredytacja, Total Quality Management,
- określenia celów i zadań systemów zarządzania jakością,
- określenia środków przeznaczonych na finansowanie systemu,
- uwzględnienia pewnych elementów składowych systemu,
- dbałości o trwałość i stabilność systemu,
- akceptacji kosztów jakości,
- korzystania z doświadczeń innych jednostek.

W krajach gospodarczo rozwiniętych, w obszarze usług zdrowotnych stosowane są takie systemy zarządzania jakością, jak: akredytacja, normy ISO 9000 oraz filozofia zarządzania przez jakość – Total Quality Management. Wszystkie te systemy mogą być implementowane w polskich placówkach opieki medycznej.

Systemem zarządzania jakością traktuje się jako „całość, wyodrębnioną organizacyjnie w systemie zarządzania organizacji, złożoną z systemu zarządzającego jakością oraz ujętego jakościowo systemu zarządzanego”¹¹³.

Zarządzanie jakością jest jednym z elementów zarządzania, przy czym jakość jest tu najważniejszym celem w decyzjach kierowniczych. Kluczowe znaczenie dla zarządzania jakością ma sposób postrzegania organizacji przez kadrę zarządzającą. W systemach zarządzania jakością rezygnuje się z pionowej struktury organizacyjnej, preferując podejście procesowe i systemowe do realizowanych działań. Proces jest tu rozumiany jako przebieg pracy – ciąg następujących po sobie czynności, które mają na celu realizację usługi zgodnej z oczekiwaniami pacjenta.

Podstawę każdego systemu zarządzania jakością tworzy osiem zasad:¹¹⁴

¹¹⁰ M. Gold, *The Changing US Health Care System: Challenges for Responsible Public Policy*, The Milbank Quarterly, 77 (1), 1999, s. 2-32.

¹¹¹ C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2001 r., s. 13.

¹¹² T. Donahue, *Poprawa jakości opieki zdrowotnej i akredytacja*, Pierwsza Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1995, s. 29-33.

¹¹³ A. Hamrol, W. Mantura, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2002, s. 103.

- Orientacja na pacjenta – funkcjonowanie organizacji uzależnione jest od jej pacjentów, stąd niezwykle ważne jest rozpoznanie, zrozumienie i zaspokojenie ich potrzeb, wymagań oraz oczekiwań. Pacjent stanowi integralną część struktury organizacyjnej, któremu podporządkowane są wszystkie działania organizacji. W systemach zarządzania jakością to właśnie pacjent bardzo często jest obiektem analiz i bazą informacji, stąd systematycznie prowadzi się wśród nich badania dotyczące satysfakcji z procesu opieki i leczenia.
- Przywództwo – kadra menedżerska organizacji wyznacza cele i kierunki działania oraz tworzy odpowiedni klimat wewnątrzorganizacyjny w celu zwiększenia zaangażowania personelu do osiągnięcia wyznaczonych celów organizacji.
- Zaangażowanie ludzi – pracownicy różnych szczebli organizacji są jej częścią i stanowią jednocześnie jej najcenniejszy zasób. Poziom ich zaangażowania, możliwości i zdolności ujawniają się w jakości funkcjonowania całej organizacji.
- Podejście procesowe – pożądany wynik osiągnąć jest szybciej wówczas, gdy wszystkie elementy zarządzania stanowią proces. Poszczególne działania powinny być logicznie powiązane, stanowić ciąg następujących po sobie określonych zdarzeń złożonych z elementów składających się na całość realizowanej usługi.
- Systemowe podejście do zarządzania – czyli identyfikowanie, zrozumienie i zarządzanie systemem wzajemnie powiązanych ze sobą procesów. Efektem podejmowanych działań jest zwiększenie skuteczności i efektywności.
- Ciągłe doskonalenie – jest to główny i wiodący cel organizacji. Wszystkie procesy zachodzące w organizacji powinno się systematycznie analizować, a następnie usprawniać i doskonalić po to, by zapewnić najwyższą efektywność wszystkich podejmowanych działań.
- Podejmowanie decyzji na podstawie faktów – proces podejmowania efektywnych decyzji i działań powinien opierać się na logicznej analizie danych i informacji.
- Wzajemnie korzystne powiązania z dostawcami – wzajemne więzi z dostawcami podnoszą zdolności oraz wartość organizacji, które powiązane są ze sobą jakościowo w relacji dostawcy-odbiorcy.

Wszystkie modele systemu zarządzania jakością (akredytacja, certyfikacja, Total Quality Management, Good Clinical Practice, Good Manufacturing Practice, Good Laboratory Practice), a przede wszystkim ten, który realizuje wymagania normy PN-EN ISO 9001,

¹¹⁴ M. Urbaniak, *Jakość w marketingu*, Sami Sobie, Poznań 1999, s. 57.

oparte są na modelu koła Deminga PDCA (Plan-Do-Check-Act). Model ten to powtarzające się cyklicznie czynności obejmujące takie elementy, jak: Planowanie – stanowiące wybór problemów, celów, wyjaśnianie przyczyn podjętego planu działania, ocena aktualnej sytuacji; Wykonywanie – czyli realizacja zaplanowanych działań, Sprawdzanie – będące kontrolą uzyskanych wyników podjętych wcześniej działań, a także porównanie wykonanych zadań z przyjętą z procedurą i końcowa ocena rezultatów; Działanie – czyli podejmowanie działań korygujących, zapobiegawczych oraz doskonalących. Ciągłe doskonalenie jest tożsame dla każdego systemu zarządzania jakością.

Integralnym elementem modelu Deminga jest monitorowanie procesów, kontrola pomiarów wskaźników procesów oraz analiza ich rezultatów.

Wprowadzenie systemu zarządzania jakością usług zdrowotnych zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania usługi medycznej na możliwie najwyższym poziomie. Dokonując wyboru oferty świadczeń zarówno pacjent, jak i świadczeniodawca powinien brać pod uwagę nie tylko takie elementy, jak wyposażenie jednostki w aparaturę czy sprzęt, ale także fakt posiadania certyfikatów jakości – akredytacji lub/i certyfikacji.

Posiadanie sprawnego systemu zarządzania jakością niesie ze sobą dwojakiego rodzaju korzyści: wewnętrzne i zewnętrzne¹¹⁵:

- Korzyści wewnętrzne w zakładzie opieki zdrowotnej – związane z poprawą atmosfery w środowisku pracy, redukcją kosztów wynikających z niskiej jakości, doskonaleniem procesów, usprawnieniem przepływu informacji i określeniem zakresu odpowiedzialności to:
 - poprawa jakości świadczonych usług medycznych,
 - obniżenie kosztów funkcjonowania placówki,
 - wzrost znaczenia jakości w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - orientacja na pacjenta,
 - redukcja kosztów związanych z błędną realizacją usługi,
 - zwiększenie efektywności świadczeń medycznych oraz skuteczności działania całej organizacji,
 - poprawa bezpieczeństwa pacjenta i pracownika,
 - wypracowanie przejrzystej struktury organizacyjnej w aspekcie odpowiedzialności za świadczone usługi,

¹¹⁵ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 122-124.

- uporządkowanie procesów zarządzania działalnością placówki medycznej, wyznaczenie zakresu zadań, kompetencji i odpowiedzialności każdego pracownika,
 - usprawnienie wewnętrznej współpracy między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi (poradnie, oddziały, blok operacyjny itp.),
 - zwiększenie zainteresowania personelu problematyką jakości świadczonych usług zdrowotnych, a w efekcie – wzrost satysfakcji z pracy oraz motywacji do pracy,
 - budowanie zaufania personelu do instytucji, co wpływa korzystnie na atmosferę pracy,
 - wzrost stopnia identyfikacji pracowników z organizacją,
 - zmiana wzorca komunikacji pomiędzy pracownikami, integracja pracowników,
 - wzrost wiedzy pracowników na temat celów organizacji, utożsamianie się pracowników z polityką projakościową,
 - wzrost zainteresowania personelu rozwojem własnych kwalifikacji,
 - inwestowanie w rozwój wiedzy i umiejętności.
- Korzyści rynkowe – dotyczące otoczenia zewnętrznego organizacji, uzyskane przez świadczeniodawcę, wynikające zarówno ze zmiany wizerunku placówki medycznej, jak i możliwości dostrzeżenia jej przez dotychczasowych bądź nowych pacjentów oraz innych uczestników w otoczeniu zewnętrznym organizacji:
 - pokazanie dotychczasowym i potencjalnym pacjentom zainteresowania sprawami jakości w organizacji,
 - zapewnienie, że procedury w organizacji są wdrożone tak, by zminimalizować ewentualne ryzyko pomyłek,
 - wprowadzanie nadzoru zewnętrznego czuwającego nad przestrzeganiem procedur jakościowych,
 - uzyskanie przewagi konkurencyjnej wobec placówek, które nie posiadają certyfikatów jakości, potwierdzenie solidności zakładu opieki zdrowotnej,
 - możliwość osiągnięcia przewagi konkurencyjnej na rynku,
 - uznanie u pacjentów i wzrost ich zaufania do danej placówki,
 - sprostanie oczekiwaniom pacjentów – wzrost ich satysfakcji,
 - umacnianie lojalności pacjentów, a także wzrost pozytywnej relacji z pacjentami,

- rozróżnienie świadczeniodawcy od konkurencji,
- zwiększenie wiarygodności świadczeniodawcy,
- możliwość składania ofert przetargowych na dostawy usług medycznych, w sytuacji gdy posiadanie certyfikatu jakości stanie się warunkiem koniecznym dla złożenia oferty,
- możliwość wzrostu cen usług bez zmiany ich konkurencyjności – im wyższa jakość, tym wyższa cena usługi,
- wzrost udziału w rynku,
- poprawa zysków w perspektywie kilku lat,
- wzrost zaufania instytucji finansujących,
- zmiana sytuacji zakładu opieki zdrowotnej jako pracodawcy na lepszą,
- wzrost wizerunku zakładu opieki zdrowotnej w otoczeniu innych podmiotów funkcjonujących w ochronie zdrowia,
- gwarancja, że wdrożony system zarządzania jakością w zakładzie opieki zdrowotnej jest zgodny z wymaganiami praktyk menedżerskich,
- pozyskanie dobrego narzędzia marketingowego,
- wzrost dostępności dla pacjentów usług świadczonych przez zakład opieki zdrowotnej.

Korzyści wynikające z posiadania sprawnego systemu zarządzania jakością są trwałe tylko wówczas, gdy wdrożony system jest stale optymalizowany, udoskonalany i dostosowywany do ciągle zmieniających się warunków rynkowych. Istotna jest również zmiana nastawienia wszystkich pracowników organizacji, a także stopień ich zaangażowania w problematykę jakości. Wzrost jakości usług medycznych jest możliwy dopiero wtedy, gdy wszyscy pracownicy placówki medycznej ustalą, kto jest pacjentem i komu konkretnie służy ich praca oraz gdy zaczną spełniać potrzeby i oczekiwania tego odbiorcy. Jednak zmiana kultury organizacyjnej jest procesem długotrwałym, bez którego nie można uzyskać jakichkolwiek korzyści. Kształtowanie postawy życzliwości, wrażliwości i pomocy w stosunku do pacjenta wymaga wypracowania określonych norm i wartości, a także przyswojenia przez personel nowych sposobów myślenia i działania¹¹⁶.

W Polsce coraz więcej placówek medycznych wdraża systemy zapewnienia jakości, jednak certyfikacją, zgodną z międzynarodowymi normami, legitymuje się mniejsza liczba placówek. Podnoszenie jakości usług służy ciągłej i kompleksowej poprawie poszczególnych

¹¹⁶ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 124.

obszarów funkcjonowania, a tym samym utrzymaniu właściwego poziomu świadczeń oraz pozyskaniu nowych pacjentów.

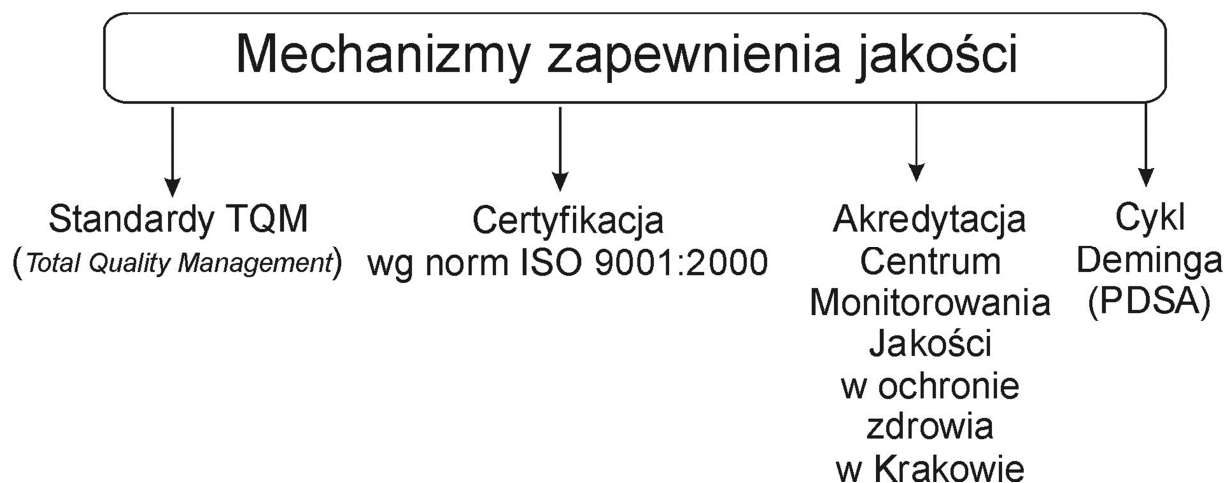
Polityka jakości oparta na kompleksowej kontroli wszystkich działań szpitala zwiększa prawdopodobieństwo zaspokojenia potrzeb i oczekiwań pacjentów. Okres szybkiego postępu technologicznego i nasilonych procesów integracyjnych wymusza ciągłe wprowadzanie zmian w systemach zarządzania, a certyfikacja staje się jedną z możliwości podniesienia wiarygodności instytucji na rynku usług medycznych.

2.4.1. Mechanizmy zapewnienia jakości

Jakość i zapewnienie jakości nie mogą być traktowane jako pojęcia tożsame, a występujące różnice można określić następująco¹¹⁷:

- gdy wysoka jakość odnosi się do zadowolenia pacjenta, to zapewnienie jakości odnosi się do jego zaufania,
- gdy wysoka jakość odnosi się do danej usługi, to zapewnienie jakości odnosi się do organizacji.

Zapewnienie jakości zatem jest różne od pojęcia jakości jako zespołu atrybutów i cech produktu i sprowadza jakość na grunt zarządzania. Na rynku usług medycznych można wyznaczyć następujące mechanizmy zapewnienia jakości, które zostały zilustrowane na poniższym rysunku.



Rysunek 9. Mechanizmy zapewnienia jakości w podmiotach ochrony zdrowia

Źródło: B. Nogalski, J.M. Rybicki (red.), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów Studiów Podyplomowych*, Toruń 2002, s.128.

¹¹⁷D. Kowalska, *Przedsiębiorstwo zorientowane na jakość*, „Manager”, 1999, nr 1, s. 52-53.

Pod koniec lat 80. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna opublikowała normy określone jako normy ISO 9000, ustalając terminologię związaną z zapewnieniem jakości, opisując kilka ogólnych modeli systemów zarządzania jakością, precyzując warunki, jakie powinny spełniać owe modele oraz wskazując wytyczne dotyczące systemów zarządzania jakością¹¹⁸.

Normy ISO 9000 wydawane są przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (ISO, International Organisation for Standardisation). Jest to międzynarodowa organizacja pozarządowa, z siedzibą w Genewie, powołana do życia w 1947 r., zrzeszająca 100 krajów członkowskich. Celem tej organizacji jest promowanie i tworzenie międzynarodowych standardów w wielu różnych dziedzinach działalności naukowej, technicznej a także ekonomicznej¹¹⁹.

Normy ISO to normy rozpoznawalne na całym świecie, przyjmuje się, że stanowią one jedno z najlepszych narzędzi mających wpływ na kształtowanie jakości usługi¹²⁰. Wymagania norm ISO nie odnoszą się bezpośrednio do technicznej specyfikacji usługi, tylko do systemu zarządzania jakością, który ma zapewnić usługę zgodną ze specyfikacją¹²¹.

Podstawę dla obecnej normy ISO stanowiły branżowe normy w poszczególnych krajach, np. normy AQAP, którymi w 1971 roku zostały objęte wszystkie kraje członkowskie NATO. Normy te skupiały się na kontrolowaniu, pochodzących od różnych dostawców jakości, elementów wykorzystywanych w przemyśle zbrojeniowym.¹²²

Norma ISO jest jednym z narzędzi zarządzania służącym doskonaleniu określonego obszaru lub części organizacji. Normy ISO 9000 są normami odnoszącymi się do sposobu zarządzania. Stanowią jeden z elementów strategicznego podejścia do idei ciągłego doskonalenia jakości, a także stanowią podstawę dla zakładu opieki zdrowotnej przy tworzeniu jakości.

Norma ISO z 1987 r. opierała się głównie na koncepcji sterowania jakością i kontroli jakości polegającej na wykrywaniu usterek i błędów na końcu procesu. Dopiero w normie ISO z 1994 r. (9001:1994), określającej wymagania modelu Systemu Zapewnienia Jakości, zaakceptowano elementy systematycznego planowania wszystkich działań w celu spełnienia

¹¹⁸J.W. Nierzwicki, *Zarządzanie jakością. Wybrane zagadnienia*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 1999, s. 11.

¹¹⁹K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 82.

¹²⁰H.M. Hayes, *ISO 9000 : the new strategic consideration*, "Business Horizon", 1994, 7,3, p. 52-59.

¹²¹D.W. Marquardt, *ISO 9000: a universal standard of quality*, "Management Review", 1992, 81, 1, p. 50-52.

¹²²J. Łańcucki, D. Kowalska, J. Łuczak, *Zarządzanie jakością w przedsiębiorstwie*, OPOV, Bydgoszcz, 1994, s. 32-34.

wymagań klienta oraz konieczność zapobieżenia (ewentualnym) przyczynom niezgodności, jak i samym niezgodnościom.

W związku z faktem, że normy serii ISO są ciągle doskonalone i uzupełniane, tak aby odpowiadały aktualnemu poziomowi techniki i wiedzy o zarządzaniu. W 2000 r. norma ISO 9001:1994 została zaktualizowana i zastąpiona normą ISO 9001:2000, określającą wymagania Systemu Zarządzania Jakością, a jej uzupełnieniem były: norma ISO 9000:2000 (System Zarządzania Jakością. Podstawy i terminologia) oraz norma ISO 9004:2000 (Doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością). Obecnie obowiązuje norma PN-EN ISO 9001:2009, która została zatwierdzona przez Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego 23.02.2009. Do końca maja 2009 roku normy sprzeczne z tą normą zostały wycofane¹²³.

Normy ISO 9000 wywodzą się z branży przemysłowej i przez długi czas uważano, że nie jest możliwe, aby zaadaptować je w jednostkach ochrony zdrowia¹²⁴. Z czasem jednak normy ISO zaczęły być postrzegane jako przydatne narzędzie pomagające w stworzeniu skutecznego i efektywnego systemu zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej¹²⁵.

Normy ISO są podstawowym czynnikiem decydującym o funkcjonowaniu instytucji i niepowtarzalności oferowanych usług. Jakość pracy i usług w epoce globalnej staje się dla wielu polskich menedżerów ochrony zdrowia wartością podstawową. Normy ISO stanowią podstawowy dokument wiarygodności instytucji. Certyfikaty są zasadniczym elementem świadczącym o pozycji placówki zdrowotnej na rynku, informują o jakości usług oraz zachęcają pacjenta do skorzystania z oferty.

Normalizacja to działanie mające na celu uzyskanie optymalnego stopnia uporządkowania w dziedzinie usług medycznych poprzez sformułowanie określonych standardów postępowania.

Normy ISO regulują funkcjonowanie szpitala, zapewniają oczekiwaną przez pacjenta jakość usług, ustalają, porządkują i udoskonalają zasady dokumentowania i oceniania systemu zarządzania jakością. Wytwarzanie większej liczby dokumentów bez stosownych i pełnych opisów jest jednym z bardziej powszechnych problemów polskich szpitali. Rodzina norm ISO wyraźnie niweluje ten problem.

¹²³ PN-EN ISO 9001:2009

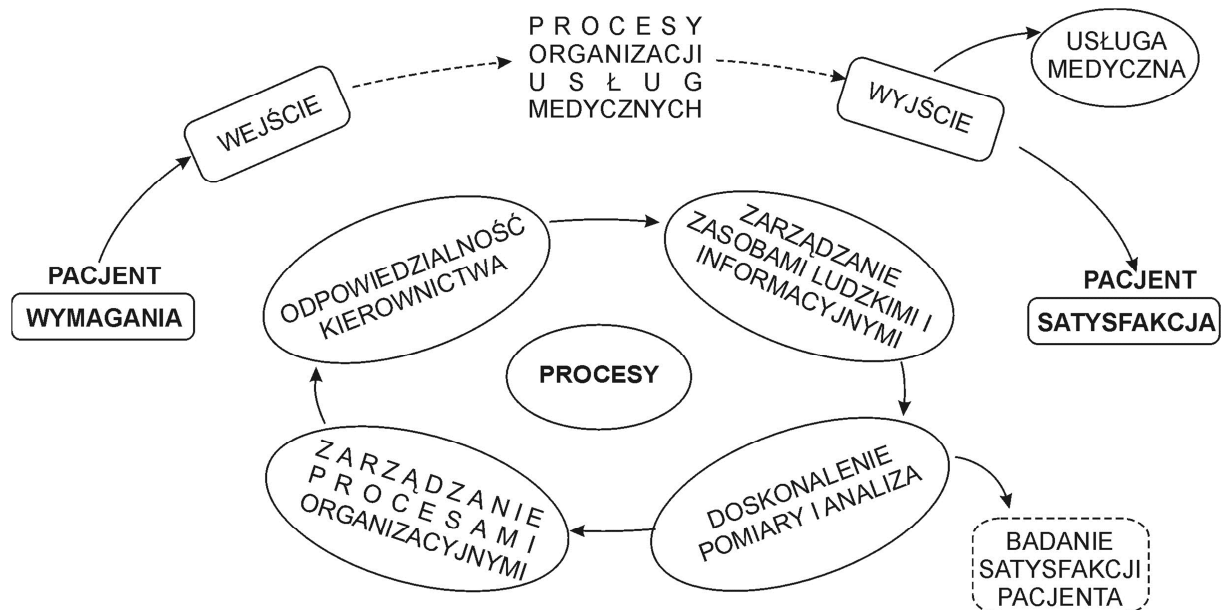
¹²⁴ N. Klazinga, *Re-engineering trust: the adoption and of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems*, International Journal for Quality Health Care, 2002, 3, s. 183-189.

¹²⁵ B.E. Garson, *ISO 9001:2000: A new paradigm for health care*, ASQ Quality Press, Milwaukee, 2004, s. 26.

Normalizacja to również zapewnienie jakości w sferze logistyki, co stanowi szansę na uzyskanie certyfikatu przez placówki zdrowotne posiadające nowoczesne zaplecze technologiczne i dobrej jakości aparaturę medyczną.

Oprócz typowych korzyści z ISO, związanych z działalnością administracyjną szpitala, należy wspomnieć o innych pozytywnych aspektach certyfikacji usług medycznych. Jednym z nich jest poprawa komunikacji wewnątrz szpitala. Dotyczy ona nie tylko świadczeniobiorców, ale także samego personelu medycznego. Współdziałanie i praca zespołowa zastępują dotychczasową rywalizację. W dłuższej perspektywie systemy zapewnienia jakości wpływają na wzrost indywidualnej odpowiedzialności i zaangażowania pracowników w funkcjonowanie szpitala.

Wdrażanie systemów zapewnienia jakości zgodnych z wymaganiami norm ISO 9000 zorientowane jest na szybką poprawę jakości w każdej dziedzinie działalności szpitala. Fakt posiadania bądź nieposiadania certyfikacji staje się obecnie istotnym elementem kształtowania wizerunku placówki na rynku usług medycznych.



Rysunek 10. Pętla jakości w zarządzaniu usługą

Źródło: Opracowanie własne na podstawie normy ISO 9001:2009

Powyższy rysunek przedstawia nową normę ISO 9001:2009. Jest to model, który ma zastosowanie również w ochronie zdrowia.

Treść nowej normy została podzielona na cztery główne procesy:

- odpowiedzialność kierownictwa (polityka i cele jakości, organizacja, system i kontrola),
- zarządzanie zasobami (kwalifikacje pracowników, szkolenia, środowisko pracy),
- zarządzanie procesem (procesy związane z pacjentem, zaopatrzenie, działalność usługowa, nadzór nad sprzętem medycznym),
- pomiary, analiza i doskonalenie (pomiar systemu i zadowolenie pacjenta, audyt, kontrola procesów, monitoring, systematyczne doskonalenie).

Ogólny charakter normy oraz jej interpretacja sprawia, że użytkownicy doświadczają wielu trudności w procesie jej implementacji, choć możliwe jest zaadoptowanie określonych wymagań w obrębie każdej struktury organizacyjnej.

Norma ISO 9001 jest najobszerniejszą z norm. Nakłada ona obowiązek dokumentowania każdego systemu jakości i dokonywania jego oceny za pomocą zgodnych z normą narzędzi. Zastosowanie norm ISO jako powinno pozwolić instytucjom świadczącym usługi zdrowotne na osiągnięcie istotnych korzyści w wielu aspektach działalności, takich jak: wyeliminowanie zbędnego przemieszczania się i przerw w pracy, ograniczenie liczby wykonywanych czynności, zapobieganie zdarzeniom niepożądanym, wzrost jakości dokumentacji medycznej, lepsza logistyka, usprawnienie gospodarki magazynowej.

Modele systemu proponowane w normach ISO 9001 przyjęły się powszechnie, ponieważ spełniają wiele warunków umożliwiających ich wdrożenie, cechuje je bowiem¹²⁶:

- kompleksowość: zawierają elementy niezbędne do utworzenia efektywnego systemu zarządzania jakością,
- elastyczność: organizacja odpowiedzialna jest za dobór odpowiednich metod i narzędzi zarządzania jakością,
- uniwersalność: stosuje się je w organizacjach świadczących różnorodne usługi,
- oparcie na dobrym zapleczu organizacyjnym: wspierane są przez organizacje, które posiadają już certyfikat zgodności z systemem zarządzania jakością,
- obiektywizm: ocena zgodności systemu zarządzania jakością zaimplementowanego w organizacji jest poufna, profesjonalna i oparta na interpretacji znanej wszystkim uczestnikom zaangażowanym w proces certyfikacji.

Kolejnym mechanizmem zapewniającym jakość świadczonych usług medycznych jest akredytacja.

¹²⁶ Zob: M.J. Fox, *Quality Assurance Management*, Chapman and Hall, London 1994.

Akredytacją nazywamy zewnętrzną ocenę instytucji opieki zdrowotnej dokonywaną przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną w oparciu o stopień zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi¹²⁷.

Akredytacja instytucji opieki zdrowotnej powstała w Stanach Zjednoczonych, jako odpowiedź na nie zadawalającą jakość usług medycznych, co skłoniło do zwiększenia wymagań stawianych przed szpitalami. Wymagania te, określane obecnie jako standardy minimum, opracowane zostały z myślą o bezpieczeństwie pacjentów i musiały być spełnione przez wszystkie szpitale działające w Stanach Zjednoczonych¹²⁸.

Polska była piątym europejskim krajem, który wprowadził system akredytacji szpitali¹²⁹. Działania w tym zakresie prowadzi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, instytucja powołana Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1994 r., z siedzibą w Krakowie.

Akredytacja jest w Polsce systemem najbardziej powszechnym, metodą uznaną i sprawdzoną. Akredytacji dokonuje się na wniosek zainteresowanej instytucji w celu „wydania niezależnej opinii na temat jakości funkcjonowania instytucji”¹³⁰. Polega ona na dokonaniu weryfikacji jednostki służby zdrowia na podstawie określonych standardów.

Rola akredytacji we obecnie obowiązujących systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. We wskazanych obszarach tworzy się mierzalne kryteria oceny placówki opieki zdrowotnej (w przypadku podjętych przez autorkę badań skupiono się tylko na szpitalach), zwane standardami akredytacyjnymi. Owe standardy mają charakter dynamiczny, są cyklicznie doskonalone i podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądanych efektów. Pozwala to na spełnianie założenia akredytacyjnego polegającego na stałym stymulowaniu do osiągnięcia poziomu tzw. optimum, jaki został wyznaczony przez standardy akredytacyjne. Wymagania standardów zawsze są określone na możliwie wysokim poziomie, zarazem takim, który jest możliwy do osiągnięcia. Akredytacja daje ponadto możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się pojedynczej placówki (szpitala) ze wzorcami dobrego postępowania, jakimi są przyjęte

¹²⁷ Program akredytacji szpitali, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998.

¹²⁸ M. Bedlecki, H. Kutaj-Wąsikowska, J. Surowiec, *Program akredytacji szpitali*, Centrum Monitorowania Jakości, Kraków 1998, s. 5.

¹²⁹ J. Kulikowski, B. Wójcik, *Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 2003, nr 6, s. 34.

¹³⁰ zob.: C. Segoin, *L'accréditation des établissements de sante. De l'expérience internationale à l'application française*, 1998.

standardy akredytacyjne. Pozwala to na określenie zestawu słabych stron, jednocześnie inspirując pełnomocników do spraw jakości do znalezienia rozwiązań pozwalających usprawnić procesy zachodzące wewnątrz jednostki¹³¹.

Wspomnieć należy także o Joint Commission Accreditation of Hospitals, której zadaniem było budowanie standardów i ocena funkcjonowania szpitali. Przez kolejne lata minimalne standardy przekształcały się w standardy odzwierciedlające najwyższy poziom jakości w ochronie zdrowia. Ten system akredytacji rozwijał się i upowszechnił w wielu krajach, odgrywając istotną rolę w ocenie miejsca poszczególnych jednostek na rynku usług medycznych. Do stworzenia Programu Akredytacji Szpitali przyczyniły się liczne instytucje i organizacje środowisk medycznych, których delegaci tworzą dwie struktury:

- Radę Akredytacyjną określającą politykę, standardy, wydającą decyzje o akredytacji,
- Centrum Akredytacji organizujące wizyty akredytacyjne.

Istnieją trzy typy decyzji:

- akredytacja na trzy lata,
- akredytacja warunkowa,
- odmowa akredytacji.

Wprowadzenia akredytacji jest związane ze wzrostem wydajności systemu i poprawą jakości usług. Umowy zawierane na świadczenia zdrowotne pozwalają kontrolować przekazywane środki finansowe i monitorować poziom świadczonych usług. Akredytację postrzega się jako uznane, cenione i sprawdzone narzędzie poprawy jakości świadczonych usług medycznych. Wiąże się to z formalnym uznaniem kompetencji określonej placówki w zakresie realizowanych zadań¹³².

Cele akredytacji to¹³³:

- poprawa jakości świadczeń medycznych,
- identyfikacja placówek oferujących świadczenia o najwyższej jakości,
- umiejętność zaprezentowania się przez poszczególnych świadczeniodawców,
- wzrost zaangażowania pracowników w cele pro jakościowe,
- osiągnięcie współdziałania wewnątrzorganizacyjnego na rzecz jakości,
- samokształcenie,
- obiektywna samoocena,

¹³¹ <http://www.cmj.org.pl>, data odczytu: 09.05.2012.

¹³² K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 73

¹³³ *Ibidem*, s. 73-74.

- starania o zawarcie umów z płatnikami na usługi medyczne.

Cechą charakterystyczną akredytacji jest to, iż oceny dokonują specjaliści w danej dziedzinie. Wizytacja dokonywana jest przez komisję akredytacyjną, skupia się na kompleksowej i wiarygodnej ocenie działalności placówki. Istotą oceny jest poziom zgodności stanu faktycznego ze standardami jakie szpital winien spełniać. Zdecydowana większość standardów akredytacyjnych dotyczy sposobów funkcjonowania i zarządzania instytucją oraz praktyki postępowania w kontakcie z pacjentem¹³⁴.

Akredytację cechuje¹³⁵:

- Dobrowolne uczestnictwo.
- Oparcie o standardy.
- Cel edukacyjny (publikowanie standardów, prowadzenie szkoleń, wydawanie biuletynów itp.)
- Autonomiczność (decyzje o przyznaniu akredytacji są podyktowane wartością nadrzędną, jaką jest dobro pacjenta, nie zaś korzyściami decydentów).
- Postępowanie zgodne z procedurą.
- Jawność i równość zasady oceniania i podejmowania decyzji.

Akredytacja niesie za sobą usprawnienie funkcjonowania szpitala jako jednostki i całego systemu stacjonarnej opieki zdrowotnej. Efektywność akredytacji można również rozpatrywać z punktu widzenia dysponowania zasobami. System zdrowotny powinien być nastawiony na maksymalne wykorzystanie środków, jakimi dysponuje w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów. Wymagania stawiane szpitalom są bardzo wszechstronne; ocenie podlegają przede wszystkim działania związane ze sprawowaniem bezpośredniej opieki nad pacjentem i jego bezpieczeństwem w czasie pobytu w placówce.

Zanim wdrożone zostały procesy akredytacyjne, w zakładach opieki zdrowotnej istniały zwyczajowo przyjęte formy postępowania z dokumentacją medyczną i opieką nad pacjentem. Przygotowanie do oceny poszczególnych obszarów funkcjonowania placówki wymaga systematyzowania wielu procedur i zasad postępowania oraz usprawnia pracę personelu. Dokumentacja medyczna prowadzona zgodnie z przyjętymi standardami staje się źródłem istotnych informacji o pacjencie i jego chorobie, umożliwiając podejmowanie właściwych decyzji dotyczących procesu terapeutycznego. Monitorowanie prowadzonej

¹³⁴ R. Niżankowki, *Początek akredytacji polskich szpitali*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. I, 1999, nr 3, s. 35. (34-40)

¹³⁵ K. Lisiecka, *op. cit.*, s. 40, (za:) M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, *Zastosowanie standardów w programach akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1996.

dokumentacji medycznej pozwala ocenić, czy zgromadzone informacje są wystarczające, by zapewnić pacjentowi właściwą opiekę¹³⁶.

Działania związane z akredytacją mają na celu zapewnienie takich warunków realizowania usług medycznych, które będą uwzględniały indywidualne możliwości danego państwa i przyniosą maksymalne korzyści dla pacjenta.

W wielu państwach europejskich, a także w USA, Kanadzie czy Australii problematyka jakości regulowana jest obligatoryjnie, obejmując takie obszary, jak np. zakres i jakość udzielanych świadczeń medycznych. Zapewnienie odpowiedniej jakości opieki postrzegane jest przez wielu świadczeniodawców jako metoda optymalizacji kosztów. Akredytacja powinna jest zatem jednym z kluczowych elementów, które wyróżniają szpital na rynku usług medycznych.

Akredytacja z jednej strony jest narzędziem do zapewnienia jakości świadczeń, czyli optymalnego zaspokojenia potrzeb pacjenta, a z drugiej – instrumentem zarządzania szpitalem jako organizacją.

Obecnie nie istnieje jednolity wzorcowy model akredytacji jednostek opieki zdrowotnej. Wprowadzenie systemu jakości usług w Polsce wymaga uwzględnienia różnych czynników, m.in.: zgromadzenia odpowiednich środków finansowych przeznaczonych na system, wbudowanie określonych komponentów w system, zapewnienia ci systemu, wzorowania się na doświadczeniach innych państw, które wdrożyły akredytację¹³⁷.

Do pożądanych efektów wynikających z akredytacji można zaliczyć¹³⁸:

- wzrost wiarygodności szpitala,
- poprawa jakości opieki nad pacjentem,
- obniżenie kosztów funkcjonowania szpitala,
- usprawnienie obiegu dokumentacji,
- wzrost wizerunku szpitala,
- zapewnienie sprawności aparatury medycznej,
- lepsza koordynację pracy wewnątrz organizacji,
- usprawnienie komunikacji w szpitalu,
- polepszenie komfortu pracy pracowników medycznych,
- zmiana nastawienia pracowników na zgodne – zgodność z wizją szpitala,

¹³⁶ T. Gwizdak, *Akredytacja a zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*, „Zdrowie i Zarządzanie”, T. III, 2001, nr 3-4, s. 46.

¹³⁷ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 74-75.

¹³⁸ Program akredytacji szpitali. Zestaw standardów. Przewodnik po procesie, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998, s. 9.

- skuteczne identyfikowanie oraz rozwiązywanie problemów.

Utrzymanie długotrwałych efektów wymaga mobilizacji ze strony wszystkich pracowników. Działaniom podejmowanym na rzecz poprawy jakości winna towarzyszyć zmiana w sposobie myślenia¹³⁹.

Innym programem wpływającym na zapewnienie jakości w placówce medycznej jest Total Quality Management.

TQM można rozumieć jako wszechstronny, zbiorowy wysiłek, ukierunkowany na stałe doskonalenie organizacji we wszystkich aspektach, sferach i efektach jej funkcjonowania. Jest to nowa filozofia zarządzania, która obejmuje nie tylko doskonalenie usług, lecz także jakości pracy (kwalifikacje ludzi, sprawność systemów – marketingowych, eksploatacyjnych, informatyczno-decyzyjnych i wszystkich innych prowadzących do zaspokojenia potrzeb pacjentów). Istotne znaczenie przypisuje się dostrzeganiu szerszych powiązań organizacji z jej otoczeniem, co znajduje odzwierciedlenie w postawie dbałości o bezpieczeństwo warunków pracy czy środowisko naturalne¹⁴⁰. Definiując TQM jako program, który obejmuje wszystkie działania związane z jakością, podkreśla się jednocześnie konieczność zaangażowania w proces doskonalenia jakości wszystkich pracowników w strukturze organizacyjnej (od dyrektora naczelnego do pracowników najniższych szczebli). Szkolenia organizowane w związku z istnieniem TQM adresowane są do wszystkich użytkowników systemu, co w przypadku usług zdrowotnych oznacza organizowanie szkoleń dla pracowników, instytucji współpracujących ze szpitalem oraz pacjentów. TQM ukierunkowany jest na wzrost świadomości, zwiększenie poczucia odpowiedzialności, zrozumienie wizji szpitala, na naukę posługiwania się narzędziami i technikami mającymi zastosowanie w procesie doskonalenia jakości¹⁴¹.

TQM jest to koncepcja zarządzania organizacją, w tym organizacją służby zdrowia, która akcentuje strategiczne planowanie oraz włączenie wszystkich uczestników organizacji w realizację tej strategii. Działania te pozwalają spełniać oczekiwania pacjentów, a co za tym idzie utrzymywać lub poprawiać pozycję na rynku usług medycznych. Jakość postrzegana jest tu jako filozofia zarządzania, główny cel działalności organizacji, zadanie każdego pracownika, pojęcie wielowymiarowe, odnoszące się do ludzi, procesów, systemów.

¹³⁹ T. Gwizdak, op. cit., s. 47-48.

¹⁴⁰ E. Kindlarski, J. Bagiński, *Podstawy zarządzania przez jakość*, Wydawnictwo Bellona, Warszawa, 1994.

¹⁴¹ zob: J.S. Oakland, *Total Quality Management*, Butterworth-Heinemann Ltd., Oxford 1992.

Filozofia ta przedstawiana jest za pomocą różnych modeli¹⁴². Jeden z nich zaprezentowano poniżej.



Rysunek 11. Model TQM według Oaklanda

Źródło: Z. Kłos, Zarządzanie przez jakość a kultura przedsiębiorstwa, „Problemy Jakości”, 1998, nr 4, s. 17.

Model ten ilustruje, że oprócz stosowania norm ISO należy dostrzegać także inne aspekty, związane np. z powszechnym i pełnym współdziałaniem wszystkich uczestników organizacji, którzy posługują się różnorodnymi narzędziami i technikami.

W zakresie ochrony zdrowia wyznaczniki TQM są następujące:

- akcentowanie znaczenia pacjenta,
- uświadomienie roli profilaktyki,
- podkreślenie wagi komunikowania się z pacjentem,
- uświadomienie personelowi odpowiedzialności za własną pracę.

Zarządzanie przez jakość jest strategią, która powinna doprowadzić do zmian w całej organizacji, jeśli chce ona osiągnąć długotrwały sukces. Wśród przeszkód na drodze do tego celu J. Juran wskazuje m.in.:¹⁴³ brak świadomości wpływu pracowników na procesy jakościowe oraz niewłaściwą hierarchię priorytetów (pracownicy zainteresowani są osiągnięciem celów innych niż jakość). Wśród licznych korzyści wynikających z wprowadzenia TQM wymienia się:¹⁴⁴ twórczą postawę pracowników, satysfakcję

¹⁴² K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 110-111.

¹⁴³ zob.: J.M. Juran, *Juranon Leadership for Quality*, The Free Press, New York, 1989.

¹⁴⁴ R. Kolman, K. Krukowski, *Nowoczesny system jakości. Poradnik dla przedsiębiorcy*, Biblioteka Menedżera i Służby Pracowniczej, TNOiK, zeszyt 66, Bydgoszcz, 1997.

pacjentów, wyeliminowanie błędów, skuteczną komunikację, efektywny przepływ informacji oraz ciągłe doskonalenie działań.

W warunkach nasilającej się konkurencji na rynku usług medycznych konieczna staje się optymalizacja kosztów, a jednocześnie dbałość o zwiększanie i zróżnicowanie zakresu udzielanych świadczeń. Zarządzanie projakościowe staje się wyzwaniem zarówno w przypadku prywatnych, jak i publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Wdrażanie systemu TQM związane jest ze stworzeniem przez kierownictwo organizacji odpowiedniej długofalowej polityki, która angażuje wszystkich pracowników. Kluczowym zagadnieniem jest rozpoznanie specyfiki procesu świadczenia usług i odpowiednie zarządzanie tym procesem.

Obecnie menadżerowie zakładów opieki zdrowotnej skłonni są wdrażać zintegrowane systemy jakości (zgodne ze standardami CMJ, normy ISO 9001, normy ISO 14000) na zasadzie kompatybilnych, uzupełniających się działań projakościowych, które przybliżają organizację do kompleksowego zarządzania jakością (TQM) wykorzystującego następujące zasady: ustawiczne doskonalenie jakości, organizowanie pracy zespołowej, rozpoznawanie oczekiwań pacjentów, zarządzanie uwzględniające fakty¹⁴⁵.

Można zatem wnioskować, że TQM podkreśla tworzenie kultury jakościowej oraz budowanie odpowiednich struktur dla usprawnienia zachodzących procesów w organizacji z równoczesnym podejmowaniem prac nad ewentualnymi kierunkami zmian¹⁴⁶.

Analizując różnice między trzema podstawowymi systemami, można stwierdzić, że akredytacja kładzie nacisk na standaryzację i procedury, ISO 9000 koncentruje się na tworzeniu procedur i instrukcji dla personelu, natomiast celem TQM jest budowanie kultury jakości i struktur służących poprawie procesów przebiegających w organizacji.

Omówione wyżej systemy jakościowe w ochronie zdrowia przyczyniają się do¹⁴⁷:

- poprawy opieki nad pacjentem,
 - efektywnego i skutecznego świadczenia usług,
- a w rezultacie – do wzrostu satysfakcji pacjenta i poprawy wizerunku placówki na rynku.

2.5. Metody doskonalenia jakości

¹⁴⁵ P. Adinolfi, *Total Quality Management in public health care: a study of Italian and Irish hospitals*, Total Quality Management, 2003, vol. 14, no 2, p. 141-150.

¹⁴⁶ R. Karaszewski, *Relacje pomiędzy wprowadzeniem norm serii ISO 9000 a TQM w praktyce polskich przedsiębiorstw*, „Problemy Jakości”, 1999, 10, s. 2.

¹⁴⁷ G. Broniewska, *Systemy zarządzania jakością w opiece zdrowotnej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom V, 2003, nr 6, s. 45.

W celu doskonalenia systemów zarządzania jakością wykorzystuje się wiele dostępnych metod, w tym m.in.: benchmarking, Just in Time, reengineering, outsourcing. Metody te mogą być stosowane oddzielnie lub jako element szerszych działań.

2.5.1. Benchmarking

Metoda benchmarkingu jest najbardziej popularną metodą w procesie doskonalenia jakości, stosowaną w zakładach opieki zdrowotnej, które chcą uczyć się, korzystając z doświadczeń innych placówek konkurencyjnych.

Angielskie słowo *benchmarking* tłumaczone jest jako porównywanie się z najlepszymi. Stąd też, benchmarking jest to ciągły proces, polegający na porównywaniu takich obszarów funkcjonowania placówki, jak: osiągnięte wyniki, istniejące systemy zarządzania, zachodzące procesy, świadczone usługi z bezpośrednimi jej konkurentami oraz liderami w sektorze usług medycznych¹⁴⁸. Jego istotą jest konfrontowanie własnej efektywności, utożsamianej z produktywnością, jakością i doświadczeniami z wynikami tych organizacji, których funkcjonowanie wydaje się doskonałe¹⁴⁹.

Benchmarking służy określeniu tych obszarów działania zakładu opieki zdrowotnej, które wymagają usprawnień. Oprócz porównywania wyników konieczne jest także porównywanie praktyk, które umożliwiają osiąganie pewnych standardów. Benchmarking to również wdrażanie zmian; metoda ukierunkowana na ciągłą aktywność organizacji, nastawiona na wzrost i rozwój, pozwalająca określić i ukierunkować działania podnoszące jej konkurencyjność¹⁵⁰.

Wyróżnia się cztery rodzaje benchmarkingu: wewnętrzny, zewnętrzny, funkcyjny i rodzajowy¹⁵¹. Benchmarking wewnętrzny polega na przeprowadzaniu porównań w obrębie tej samej placówki medycznej. Benchmarking zewnętrzny oznacza porównywanie się z konkurentami (można napotkać tu problemy z pozyskaniem niezbędnych informacji). Benchmarking funkcyjny polega na przeprowadzeniu porównań z podmiotami nie należącymi do konkurencji, ale zwracającymi uwagę ze względu na osiągnięcia. Benchmarking rodzajowy polega na porównywaniu procesów w poszczególnych dziedzinach, ale obszarach, które nie są konkurencyjne.

¹⁴⁸ A. Kupczyk, H. Korolewska-Mróż, M. Czerwonka, *Radykalne zmiany w firmie*, Warszawa 1998, s. 79.

¹⁴⁹ B. Karłow, S. Ostblom, *Benchmarking*, Biblioteka Menedżera i Bankowca, Warszawa 1995, s. 7.

¹⁵⁰ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op.cit.*, s.127.

¹⁵¹ T. Bendell, L. Boulter, *Benchmarking. Jak uzyskać przewagę nad konkurencją?*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2000, s. 85.

Wybór rodzaju benchmarkingu i placówki zdrowotnej, stanowiącej wzorzec jest niezwykle istotny i zależy od szeregu czynników. W przypadku dużych organizacji, takich jak szpitale, należy na początku zdefiniować procesy, które mają kluczowe znaczenie dla danej placówki medycznej i określić charakteryzujące je wielkości oraz wskaźniki. Gdy analizuje się pojedynczy proces czy nawet niewielką mapę procesów, należy przyrzeć się ewentualnym niedociągnięciom czy brakom (np. zbędne powtarzanie badań diagnostycznych, operacji, zbyt długi czas oczekiwania na zabieg pacjenta przebywającego w szpitalu, brak kontaktu z pacjentem itp.). Benchmarking musi być prowadzony w sposób systematyczny, co oznacza, że po ostatnim etapie powinien nastąpić powrót do pierwszego. Wówczas można mówić o istnieniu w organizacji procesu ciągłej poprawy jakości¹⁵².

Benchmarking, jest obciążony również pewnymi wadami. Jest to proces długotrwały w odniesieniu do czasu oczekiwania na efekty, czasochłonny związany z pracami dotyczącymi analiz wstępnych, ponadto w dużym stopniu angażuje także dostępne środki. Dzięki benchmarkingowi świadczeniodawca może jednak osiągnąć wiele korzyści. Wśród nich na szczególną uwagę zasługują: wzrost efektywności działania, poprawa wydajności, obniżenie kosztów, zmiana zachowań i postaw personelu, pojmowanie przebiegu i zależności występujących pomiędzy procesami, zmiany w projakościowej kulturze organizacji, a także poprawa komunikacji wewnętrznej. Należy zwrócić także uwagę na zagrożenia, jakie są konsekwencją benchmarkingu. Potencjalnie organizacji może grozić stagnacja, jeśli dana placówka uzna siebie za najlepszą. Jednak mimo wszystko benchmarking jest jedną z najlepszych metod poprawy jakości i konkurencyjności¹⁵³.

2.5.2. Just In Time

Istotą metody *Just in Time* jest zapewnienie odpowiednich środków, sprzętu, materiałów czy zasobów ludzkich we właściwym czasie i miejscu, w odpowiednim stanie i ilości („dokładnie na czas”)¹⁵⁴. Wiąże się ona z redukcją zapasów do minimalnego poziomu oraz zsynchronizowaniem zaopatrzenia w niezbędne materiały i środki opatrunkowe ze świadczeniem usługi zdrowotnej. Wymienia się także inne cechy tej metody, takie jak ¹⁵⁵: ustawiczna redukcja kosztów bieżącej działalności przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej jakości oferowanych usług, redukcja błędów w procesie, minimalny czas reakcji na potrzeby

¹⁵² K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s.127-128.

¹⁵³ Ibidem, s.129.

¹⁵⁴ B. Milewska, D. Milewski, *Just in Time*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2001, s. 20.

¹⁵⁵ Ibidem, s. 84.

odbiorcy, nastawienie na pacjenta, elastyczność w dostosowywaniu się do potrzeb świadczeniobiorców, szkolenie pracowników w wielu interdyscyplinarnych dziedzinach, dobra współpraca z dostawcami, wspólne rozwiązywanie problemów w organizacji, zapewnienie terminowości świadczonych usług.

Według tej metody zapasy stanowią zasób w radzeniu sobie przez organizację z takimi problemami, jak: mało efektywny system informacyjny, awarie aparatury i sprzętu medycznego, problemy z jakością, nieobecności pracowników, mała dostępność materiałów medycznych, niesprawny transport, liczne błędy organizacyjne¹⁵⁶.

Metoda Just in Time pozwala nie tylko skutecznie rozwiązywać powyższe sytuacje trudne; jest stosowana także wtedy, gdy organizacja pragnie osiągnąć określone cele, takie jak: zwiększenie wyników, wzrost zyskowności, polepszenie obsługi przyjęć, uproszczenie procesów zachodzących w organizacji, eliminacja zbędnych czynności, które nie wpływają na wzrost wartości placówki zdrowotnej¹⁵⁷.

Jako potencjalne przyczyny niepowodzeń omawianej metody wyróżnia się: brak kompleksowego podejścia do wdrażania jej w całej organizacji, pomijanie kierownictwa i administracji, szybkie tempo zmniejszania stanu magazynowego, brak istnienia usprawnień, niepodjęcie działań mających na celu usuwanie przyczyn problemów danej placówki medycznej, niesprawność transportu, brak umiejętności przewidywania zapotrzebowania, mentalność pracowników¹⁵⁸.

Just in Time prezentuje również wiele korzyści, do których zaliczyć można:¹⁵⁹

- redukcję poziomu zapasów, dzięki czemu możliwe jest znaczne ograniczenie środków finansowych ulokowanych np. w lekach,
- poprawę jakości – minimalizacja strat i nieprawidłowości, jakie mogą wystąpić | w procesie pracy; są one natychmiastowo wykrywane i usuwane,
- osiągnięcie dużych oszczędności poprzez:
 - wyeliminowanie zbędnych powierzchni użytkowych,
 - ograniczenie transportu,
 - redukcję zatrudnienia,
 - wzrost elastyczności placówki medycznej,
 - zmniejszenie kosztów administracyjnych związanych z dostawcami,
 - ułatwienie komunikacji,

¹⁵⁶ Ibidem, s.12

¹⁵⁷ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s.129-130.

¹⁵⁸ Ibidem, s. 130.

¹⁵⁹ B. Milewska, D. Milewski, *op. cit.*, s. 8, 85.

- wzrost motywacji i stopnia zaangażowania pracowników,
- pełniejsze wykorzystanie zasobów ludzkich,
- wzrost zysków i wielkość udziału w rynku.

Metoda Just in Time jako metoda wykorzystywana w procesie doskonalenia jakości może być stosowana w procesie zarządzania zasobami w każdej placówce medycznej¹⁶⁰.

2.5.3. Reengineering

Istnieje podobieństwo metody reengineeringu do zarządzania jakością. Do podobieństw owych metod zaliczyć można: dużą koncentrację działań na pacjentach i procesach, przykładanie dużej wagi do doskonalenia, skupianie się na zadowoleniu pacjentów, ciągłym doskonaleniu organizacji, likwidacji istniejących usterek i zdarzeń niepożądanych. Odwołując się do literatury przedmiotu, jak i doświadczeń wielu organizacji należy stwierdzić, że najlepsze efekty daje taki proces doskonalenia, w którym organizacja stosuje zarówno elementy zarządzania jakością, jak i reengineeringu¹⁶¹.

Celem reengineeringu nie jest naprawa, lecz rozpoczęcie działań od nowa, w sposób sprawny, po to, by osiągnąć efekty w krótkim czasie. Metoda ta stara się dokonać istotnych zmian poprzez odrzucenie dotychczasowych procesów i zastąpienie ich nowymi. Reengineering nie należy do metod łatwych, jest on obciążony znacznym ryzykiem i niepewnością. Zastosować go można zarówno do pojedynczego procesu, jak i całej organizacji. Jest przeciwstawny do wdrażania stopniowych zmian, jak w przypadku koncepcji zarządzania jakością, pozostawiania istniejących procesów, bez zaimplementowania istotnych zmian¹⁶².

Reengineering jest również stosowany w sytuacji, gdy funkcjonujące procesy są nieprawidłowo zaprojektowane, a ich udoskonalanie przy pomocy niewielkich zmian nie doprowadza do korzystnej poprawy. Organizacje, które nie przywiązują wagi do czynników wpływających na sukces i nie starają się ich tworzyć we własnej strukturze, zwiększają prawdopodobieństwo niepowodzenia. Spośród licznych przedsięwzięć około 70% działań reengineeringu kończy się klęską¹⁶³.

¹⁶⁰ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s.131.

¹⁶¹ Ibidem, s. 131.

¹⁶² Ibidem, s. 132.

¹⁶³ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s.133,135.

Rozróżnia się następujące etapy reengineeringu¹⁶⁴:

- sformułowanie wizji organizacji oraz celów procesu,
- identyfikacja konkretnego procesu, który ma być poddany metodzie reengineeringu,
- analiza i pomiar procesów współistniejących,
- dobór zespołu pracowniczego do reengineeringu,
- identyfikacja możliwości technologicznych i informatycznych,
- projekt wstępny nowego procesu.

Po spełnieniu określonych warunków i wykorzystaniu czynników sukcesu możliwe staje się osiągnięcie znacznej poprawy wyników, która wyraża się poprzez: minimalizację kosztów, zwiększenie produktywności, zmniejszenie stanu zapasów, skrócenie czasu wdrażania nowych usług, skróceniem czasu realizacji usługi¹⁶⁵.

2.5.4. Outsourcing

Outsourcing to kolejna metoda doskonalenia jakości, która najczęściej towarzyszy działaniom podejmowanym wraz z reengineeringiem. Zastosowanie outsourcingu ma istotny wpływ na poprawę jakości świadczonych usług¹⁶⁶.

Angielskie określenie outsourcing to skrót słów *outside – resource – using*, co oznacza wykorzystanie zasobów zewnętrznych¹⁶⁷. Jest to przedsięwzięcie, które polega na wydzieleniu ze struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, pewnych istniejących i realizowanych przez nią funkcji, a następnie przekazaniu ich do wykonania innym podmiotom, wyspecjalizowanym w danej dziedzinie. Można spotkać również outsourcing działalności o charakterze pomocniczym i wspomagającym, co daje szansę organizacji skupienia się wyłącznie na kluczowych dla jej działalności procesach. Do outsourcingu mogą skłaniać: problemy występujące podczas zarządzania poszczególnymi procesami, brak kluczowych zasobów, możliwość redukcji kosztów działalności, możliwość uzyskania środków finansowych z działalności nie będącej podstawową dla organizacji i przesunięcie tych środków do istotnych dla placówki medycznej obszarów, zmniejszenie ryzyka działalności, zwiększenie efektów reengineeringu, możliwość dostępu do najlepszych

¹⁶⁴ A. Kupczyk, H. Korolewska-Mróż, M. Czerwonka, *Radykalne zmiany w firmie*, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998, s. 29.

¹⁶⁵ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 135.

¹⁶⁶ *Ibidem*, s. 136.

¹⁶⁷ M. Trocki, *Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej*, PWE, Warszawa 2001, s. 7.

rozwiązań innych organizacji, możliwość wyłącznego skupienia się na kluczowych sferach działalności organizacji¹⁶⁸.

Do czynników sukcesu outsourcingu zaliczyć można:¹⁶⁹ aprobatę ze strony zwierzchnika, akceptację pracowników, zapewnienie optymalnej skuteczności kontroli działalności, analizę działalności organizacyjnej, kadrowej, technicznej, finansowej i prawnej.

Oprócz sukcesów można również napotkać na pewne niepowodzenia outsourcingu, do których należą¹⁷⁰: brak wiarygodnej informacji kosztowej danego rozwiązania, brak planu strategicznego podejmowanych działań, brak efektywnej komunikacji wewnątrz organizacji, niedostateczne wsparcie ze strony menedżera i reszty zespołu pracowniczego, zły dobór partnera outsourcingowego, błędy w zarządzaniu, źle sporządzona umowa, chęć osiągnięcia jednostronnych korzyści.

Wspomniane korzyści można osiągnąć dzięki outsourcingowi, dzieląc je na: strategiczne (skoncentrowane na istotnych problemach, wzroście efektywności i skuteczności podejmowanych działań), rynkowe (wzmocnienie pozycji), ekonomiczne (zwiększenie przychodów, zmniejszenie kosztów, poprawa wyników finansowych), organizacyjne (spłaszczenie struktury organizacyjnej, ograniczenie zatrudnienia) oraz motywacyjne¹⁷¹.

Wyróżnić można dwa typy outsourcingu¹⁷²:

- outsourcing kontraktowy – następuje przez wydzielenie pewnych funkcji ze struktury organizacyjnej macierzystej placówki medycznej i polega na przekazaniu jej do realizacji przez niezależny podmiot gospodarczy,
- outsourcing kapitałowy – występuje wówczas, gdy po wydzieleniu funkcji ze struktury organizacyjnej macierzystej placówki medycznej następuje jej przekazanie do realizacji przez podmiot powiązany z organizacją macierzystą, tzw. spółkę-córkę.

Proces outsourcingu dzieli się na trzy fazy:

- analizy wstępnej – dotyczy analizy i oceny uwarunkowań strategicznych odłączenia danych komórek od funkcjonowania całej organizacji,
- badań i opracowań szczegółowych – skupia się na dokonaniu szczegółowych badań i analizy uwarunkowań dotyczących opracowanego wydzielenia,

¹⁶⁸ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 136.

¹⁶⁹ M. Trocki, *Outsourcing...*, *op. cit.*, s. 53.

¹⁷⁰ Ibidem, s. 219.

¹⁷¹ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 137.

¹⁷² Ibidem, s. 137.

- wdrażania – wprowadza w działalność bieżącą organizacji zaprojektowane rozwiązania¹⁷³.

W odniesieniu do usług zdrowotnych obszarami najczęściej wydzielanymi są następujące funkcje¹⁷⁴: usługi rehabilitacyjne, usługi psychologiczne, usługi pralnicze, usługi związane z utrzymaniem czystości, żywienie pacjentów, laboratorium medyczne, usługi remontowe, utylizacja odpadów, utrzymanie zieleni, ochrona mienia, ochrona przeciwpożarowa i obsługa informatyczna.

2.6. Ewaluacja poziomu świadczeń medycznych w zakładach opieki zdrowotnej

Obecnie coraz częściej w placówkach medycznych zapewnienie jakości wiąże się z procesami świadczenia usług i systematycznym pomiarem ich rezultatów z punktu widzenia pacjenta. Zapewnienie jakości oznacza więc systematyczne likwidowanie różnic pomiędzy jakością oczekiwaną przez pacjentów a oferowaną przez zakład opieki zdrowotnej.

Istotne znaczenie ma w tym kontekście podmiot, który dokonuje oceny¹⁷⁵:

- dla pacjenta duże znaczenie ma akceptacja, dostępność, efektywność oraz bezpieczeństwo;
- dla personelu medycznego ważna będzie przede wszystkim efektywność;
- dla osób zarządzających placówką medyczną istotna jest kwestia bezpieczeństwa;
- dla płatnika ważna jest maksymalna wydajność;
- dla polityka zdrowotnego priorytetem będzie dostępność, akceptowalność oraz efektywność opieki.

Oprócz oceny opieki zdrowotnej z punktu widzenia menedżera opieki zdrowotnej, niezwykle ważna jest ocena z perspektywy najważniejszego odbiorcy systemu, czyli pacjenta. Badanie jego opinii i poziomu satysfakcji stanowi cenne źródło informacji na temat jakości usług świadczonych przez daną placówkę medyczną.

Menedżerowie placówek medycznych przeprowadzają badania satysfakcji pacjentów po pierwsze w celu marketingowym, po drugie – z uwagi na konieczność monitorowania jakości¹⁷⁶.

¹⁷³ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 137.

¹⁷⁴ M. Trocki (red.), *Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, IPiS, Warszawa 2002, s. 28.

¹⁷⁵ R. Niżankowski, *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. V, 2003, nr 6, s. 7.

¹⁷⁶ J.J. Fedorowski, R. Niżankowski, *Ekonomika medycyny*, PZWL, Warszawa 2002, s. 86.

Dokonując oceny jakości świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta wyróżnia się następujące kryteria jakości placówki medycznej:

- czas oczekiwania na wizytę lekarską,
- czas oczekiwania na hospitalizację,
- informacje uzyskane w rejestracji lub izbie przyjęć,
- relacja pacjent-pracownik medyczny,
- zaangażowanie personelu medycznego
- dostępność specjalistów
- czas oczekiwania na badania diagnostyczne,
- czas oczekiwania na wyniki badań,
- zapewnienie pacjentowi intymności
- jakość posiłków szpitalnych,
- formy spędzenia wolnego czasu, możliwość drobnych zakupów, usługi fryzjerskie, telewizja i inne,
- wyposażenie i stan sanitariatów,
- stan pomieszczeń szpitalnych,
- dbałość o komfort pacjenta oczekującego na usługę (wygodne krzesła, ławki, prasa do poczytania itd.)
- możliwość uzyskania informacji o stanie zdrowia, proponowanych zabiegach i ewentualnych zagrożeniach¹⁷⁷.

Już w roku 1910 dr Abraham Fletner opublikował raport dotyczący nieprawidłowości w systemie edukacji medycznej. Do końca lat 50. XX wieku problematyka jakości w opiece zdrowotnej rozpatrywana była wyłącznie z punktu widzenia lekarzy. Dopiero w artykuł R.L. Cosera z 1956 r. spowodował rozwój zainteresowania użytkownikami systemu, czyli pacjentami. Od lat 80. pomiar poziomu satysfakcji pacjenta z usług medycznych jest uznawany za istotny wskaźnik jakości. W systemie opieki zdrowotnej zorientowanym na pacjenta i warunkach konkurencyjności usług, badania takie stają się koniecznością¹⁷⁸.

Wskaźniki jakości monitorowane w opiece zdrowotnej dzieli się na dwie grupy:

¹⁷⁷A.K. Kopaliński, M.R Łysiak, Pęcińska (red.), *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce, Zarządzanie Jakością*, maj2004, część 6, s. 2-3.

¹⁷⁸M.A. Kornatowski, *Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik poziomu jakości opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 1995, nr 1, s. 47.

- wskaźniki medyczne (obiektywne, związane z istnieniem standardów postępowania medycznego)
- wskaźniki subiektywne:
 - satysfakcja pacjenta z usług
 - jakość życia związana ze stanem zdrowia (QOL)¹⁷⁹.

Wskaźniki subiektywne odnoszą się do pozamedycznych aspektów kontaktu pacjentów z placówkami medycznymi. Wskaźnikowi satysfakcji przypisuje się kluczowe znaczenie w nowoczesnym systemie zarządzania opartym na zarządzaniu przez jakość (TQM)¹⁸⁰. Korzyści z badania satysfakcji ujmują się w dwie grupy¹⁸¹:

- korzyści marketingowe – eliminowanie czynników obniżających zadowolenie uruchamia efekt przywiązania pacjenta do placówki, w której się leczy. Lojalny pacjent przyczynia się z kolei do zmniejszenia ryzyka utraty pozycji na rynku¹⁸².
- poprawa jakości – zidentyfikowanie dysfunkcyjnych obszarów systemu opieki i stworzenia listy problemów, które należy usunąć przyczynia się do wprowadzenia pozytywnych zmian w procesie świadczenia usług, co przekłada się w rezultacie na wzrost satysfakcji pacjenta. Cel ten jest realizowany poprzez badanie trzech podstawowych wymiarów:
 - wymiaru struktury – kwalifikacje zawodowe i kompetencje psychospołeczne personelu, organizacja jednostki, wyposażenie placówki,
 - wymiaru podejmowanych działań – wybór metody leczenia i jego przebieg, relacje pacjentów i personelu medycznego,
 - wymiaru osiągniętych rezultatów – trudny do ustalenia w badaniu satysfakcji pacjenta.

Z marketingowego punktu widzenia analiza zagadnienia jakości opiera na badaniu związków pomiędzy jakością usług a satysfakcją pacjenta.

Jedną z metod badania opinii pacjenta dotyczących jakości usług medycznych jest ustawiczna ocena i pomiar satysfakcji związany z zaspokojeniem potrzeb i oczekiwań usługobiorcy. Ocena satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi stanowi wyznacznik jakości świadczonych usług.

¹⁷⁹ J. Siwiec, *Rola jakości w służbie zdrowia. Wskaźniki jakości w praktyce medycznej*, „Przewodnik Menedżera Zdrowia”, nr 1, 2002, s. 6, 8.

¹⁸⁰ J. Dahlgaard, K. Kristesen, G. Kanji, *Podstawy zarządzania jakością*, PWN, Warszawa, 2002, s. 41-43.

¹⁸¹ J. Siwiec, *op. cit.*, s. 8.

¹⁸² S. Kaczmarczyk, *Badania marketingowe – metody i techniki*, PWE, Warszawa, 2003, s. 17-18.

W procesie monitorowania jakości usług menedżerowie placówek medycznych powinni brać pod uwagę ewentualne rozbieżności, których źródłem są różne wyobrażenia dotyczące jakości (perspektywa usługodawcy i usługobiorcy).

Analizując znaczenie pojęć „satisfakcja” i „jakość”, należy skupić się na następujących aspektach:

- Długość trwania efektu – w przypadku satysfakcji odnosi się często do pojedynczego zdarzenia, zaś w przypadku jakości dotyczy standardu i implikuje długoterminową powtarzalność poziomu wykonania.
- Sfera emocjonalna – satysfakcja jest subiektywnym odczuciem pacjenta po uzyskaniu świadczenia, jakość natomiast jest stanem mierzonym za pomocą obiektywnych metod.
- Sposób pomiaru – w odniesieniu do jakości można tworzyć mierniki i wskaźniki jej wykonania, satysfakcja zaś jako subiektywne odczucie jest trudna do pomiaru i kształtowania.

Ocena jakości w opiece zdrowotnej zależy od wielu aspektów, do których zalicza się:

- aspekt usługowy – pacjent styka się z wieloma osobami, które mają wpływ na jakość usługi,
- oferowana usługa – poziom jej jednolicenia bądź indywidualizacji w odniesieniu stosunku do konkretnego pacjenta,
- produktywność – istnieje związek pomiędzy jakością a ilością zrealizowanych usług medycznych.

Przeprowadzanie badania opinii pacjentów pozwala uzyskać wiedzę na temat tego, jak pacjent postrzega usługę zdrowotną. Zdarza się, że wyobrażenia świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy pozostają ze sobą w sprzeczności. W konsekwencji powstają pewne luki pomiędzy tym, co dostarcza świadczeniodawca a tym, co chce otrzymać pacjent. Luki te mogą być główną przeszkodą w świadczeniu usług uznawanych przez klientów za wysokiej jakości. W tym kontekście warto wskazać obszary, w których jakość usługi w sposób istotny odbiega od jakości oczekiwanej przez pacjenta¹⁸³.

Luka 1¹⁸⁴ odnosi się do faktu, że wiele organizacji, w tym placówki medyczne, nie rozpoznają oczekiwań pacjentów.

Luka 2 obejmuje trudności na etapie realizacji usługi. Wynikają one np. z niskiego stopnia zaangażowania kierownictwa w zarządzanie jakością usług.

¹⁸³ J. Otto, *Jakość dla klienta*, „Manager”, 2001, nr 1, s. 53.

¹⁸⁴ P. Mudie, A. Cottam, *Usługi: zarządzanie i marketing*, PWN, Warszawa 1998, s. 110-111.

Luka 3 odnosi się do rozbieżności między technicznymi normami, standardami jakości usług a rzeczywistym poziomem usługi wykonywanej w danej placówce.

Luka 4 związana jest z niedotrzymaniem obietnic świadczeniodawców dotyczących jakości usługi. Świadczeniodawca powinien wyraźnie sformułować ofertę, z której może korzystać pacjent.

Luka 5 jest to luka pomiędzy usługą medyczną oczekiwaną przez pacjenta a otrzymaną. Istotne jest tu założenie, że świadczeniodawca powinien spełnić lub przewyższyć jakość oczekiwaną przez pacjenta.

3. Metodologiczne podstawy badań własnych

3.1. Cel pracy, problemy i hipotezy badawcze

Głównym celem badawczym rozprawy jest analiza porównawcza poziomu świadczeń medycznych udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej, które posiadają wdrożony system zarządzania jakością oraz w tych jednostkach, w których takie systemy nie funkcjonują, jak również wskazanie wpływu procesu standaryzacji świadczeń medycznych na:

- wzrost satysfakcji pacjentów,
- zwiększenie zadowolenia kadry medycznej,
- podniesienie efektywności i jakości świadczonych usług,
- kulturę zakładów opieki zdrowotnej jako organizacji,
- postawy pracowników i stopień ich zaangażowania w podejmowane działania projakościowe,
- doskonalenie zawodowe kadr medycznych,
- wizerunek zakładów opieki zdrowotnej.

Realizacja celu głównego prezentowanej pracy przekłada się na następujące cele szczegółowe:

1. Określenie zależności pomiędzy funkcjonowaniem systemów zarządzania jakością w szpitalach a oceną opieki medycznej dokonaną przez pacjentów certyfikowanych jednostek.
2. Analiza dokonanej przez pacjentów oceny usług medycznych w szpitalach, w których nie funkcjonują certyfikowane systemy jakości.
3. Analiza dokonanej przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej oceny wdrożonych systemów zarządzania jakością.
4. Analiza porównawcza oceny funkcjonowania systemów jakości deklarowanej przez kierowników i pracowników certyfikowanych jednostek.
5. Analiza wpływu typu własności szpitala na poziom satysfakcji pacjentów.
6. Przeprowadzenie analizy porównawczej opinii pacjentów certyfikowanych szpitali polskich i niemieckich.

7. Analiza wpływu zmiennych demograficznych pacjentów jednostek certyfikowanych i tych bez certyfikatu na ocenę poszczególnych aspektów jakościowych satysfakcji pacjenta.

Powyższy cel główny i cele szczegółowe pozwoliły na wyłonienie następujących problemów badawczych:

1. Czy proces implementacji systemów zarządzania jakością zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO bądź akredytacji w zakładach opieki zdrowotnej oddziałuje na wzrost jakości oferowanych świadczeń medycznych?
2. Jak funkcjonują wdrożone systemy zarządzania jakością w placówkach medycznych?
3. Czy na poziom postrzeganej jakości świadczonych usług medycznych w szpitalach certyfikowanych oddziałują jeszcze inne czynniki?

Na podstawie zgromadzonej literatury, źródeł wtórnych i przeprowadzonych wcześniej przez autorkę części badań empirycznych postawiono następujące hipotezy badawcze.

W odniesieniu do problemu badawczego 1:

1. Jakość usług medycznych świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej w subiektywnej ocenie pacjentów zależy od posiadania przez placówkę certyfikatu. Szpitale certyfikowane postrzegane są jako placówki świadczące usługi o wyższej jakości.
2. Specyfika wdrażanych algorytmów postępowania kształtuje kulturę organizacji oraz postawy i zachowania pracowników, czyniąc ich odpowiedzialnymi za sukces zakładów opieki zdrowotnej. Sukces jest tu rozumiany jako optymalne funkcjonowanie placówki jako organizacji w różnych wymiarach (np. kadrowym – bardzo dobrzy specjaliści medyczni; organizacyjnym; finansowym; komunikacji rynkowej – tożsamość, wizerunek, marka).
3. Permanentne i systematyczne doskonalenie działalności placówek lecznictwa zamkniętego oddziałuje na wzrost jakości oferowanych świadczeń medycznych.

W odniesieniu do problemu badawczego 2:

4. Standaryzacja świadczeń medycznych wymusza świadome doskonalenie zawodowe pracowników, implikując ich indywidualny rozwój oraz stopień identyfikacji z danym zakładem opieki zdrowotnej.

5. Placówki certyfikowane wykazują różny stopień doskonałości w poszczególnych obszarach objętych systemem zarządzania jakością. Najmniej doskonałym elementem jest komunikacja wewnętrzna.

W odniesieniu do problemu badawczego 3:

6. Spośród certyfikowanych jednostek medycznych wyższa jakość świadczonych usług jest zdecydowanie częściej zauważalna w niepublicznych niż w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
7. Poziom jakości usług w szpitalach polskich i niemieckich różni się ze względu na czynniki socjoekonomiczne.

W przeprowadzonym badaniu empirycznym główną zmienną niezależną (Y1) stanowi implementacja systemów zarządzania jakością zgodna z procedurami certyfikacji wg norm ISO bądź akredytacji CMJ – zoperacjonalizowana jako zmienna dychotomiczna: posiadanie lub brak certyfikatu.

Do zmiennych niezależnych ubocznych zaliczono :

Y2. Typ własności – zmienna dwuwartościowa: szpitale prywatne vs publiczne; wartość zmiennej przypisywana na podstawie rzeczywistej własności szpitala.

Y3. Kraj – lokalizacja.

Jako zmienne zależne przyjęto :

X1. Subiektywną ocenę jakości – zoperacjonalizowaną w postaci dokonywanych przez pacjentów ocen wybranych aspektów funkcjonowania szpitala, takich jak:

- a. Izba Przyjęć
- b. Informacje udzielone przy przyjęciu do szpitala
- c. Warunki bytowe w oddziale szpitalnym
- d. Oferowane posiłki
- e. Opieka lekarska i kontakt z lekarzem
- f. Opieka pielęgniarska
- g. Poziom uzyskanych podczas pobytu w szpitalu informacji na temat stanu zdrowia.

Oceny te dokonywane są na 5-punktowych skalach typu Likerta z opisanymi punktami według wzorca (1 – bardzo dobrze, 2 – dobrze, 3 – raczej dobrze, 4 – źle, 5 – bardzo źle).

Odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania dotyczące oceny poniższych zmiennych zależnych X2-X7 uzyskano na skali jakościowej nominalnej. Pomiarów dokonywano na podstawie ocen respondentów (pracowników różnych szczebli organizacyjnych szpitala-personel medyczny i administracyjny oraz pacjentów) na skali alternatywnej z 2 wariantami odpowiedzi, gdzie respondent wybierał spośród możliwych „tak” lub „nie”, jak również mógł dokonać alternatywnego wyboru pomiędzy dwiema wykluczającymi się odpowiedziami(np. odpowiedź a) lub b) ze sformułowaną, konkretną treścią). Ocen dokonywano także na skali hierarchicznej, której celem było uporządkowanie wymienionych cech według stopnia wrażliwości dla danego respondenta (wybór cech najistotniejszych względem respondenta).

X2. Poziom zaangażowania pracowników w rozwój placówki, rozumiany jako:

- odpowiedzialność pracowników za placówkę medyczną,
- identyfikacja z podejmowanymi działaniami projakościowymi,
- akceptacja i udział w realizacji wizji szpitala.

X3. Doskonalenie działalności zakładów opieki zdrowotnej:

- realizacja polityki jakości,
- zaufanie wśród pracowników i dobry klimat w organizacji,
- praca zespołowa.

X4. Rozwój zawodowy pracowników:

- wdrożenie systemu podnoszenia kwalifikacji,
- wspieranie edukacji,
- doskonalenie kompetencji twardych i miękkich,
- motywowanie (finansowe i pozafinansowe).

X5. Poziom komunikacji wewnętrznej:

- wzorzec komunikacji w ZOZ,
- sprawność przepływu informacji.

X6. Jakość zarządzania usługami medycznymi w szpitalach publicznych i prywatnych:

- subiektywna ocena jakości dokonana przez pacjentów,
- aktywizacja podwładnych do działań projakościowych,

- koordynacja wyznaczonej polityki jakości,
- permanentne doskonalenie systemu zarządzania jakością.

X7. Proces certyfikacji w niepublicznych szpitalach krajów unijnych:

- postrzeganie jakości świadczonych usług przez pacjentów szpitali polskich i niemieckich.

3.2. Metody badawcze wykorzystane w badaniach własnych

Wśród zastosowanych metod znalazły się zarówno autorskie narzędzia skonstruowane specjalnie w celu przeprowadzenia omawianych badań, jak i gotowe, standaryzowane narzędzie badawcze.

3.2.1. Prezentacja zastosowanych narzędzi badawczych

- *Narzędzie standaryzowane do badania satysfakcji pacjenta hospitalizowanego PASAT*

Zostało ono opracowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Składa się z 16 pytań (lub grup pytań) dotyczących satysfakcji pacjenta z pobytu w oddziale szpitalnym oraz 6 pytań metryczkowych (załącznik 1).

Narzędzie to było tworzone, weryfikowane i testowane bardzo wnikliwie i szczegółowo. Pierwszym krokiem systematycznej analizy trafności narzędzia było przeprowadzenie analizy czynnikowej. Efektem końcowym tej analizy było uzyskanie 7 skal i przypisanie poszczególnych pytań do konkretnych skal.

Następnie sprawdzając rzetelność skal usuwano z nich pytania dążąc do możliwie maksymalnych wartości współczynnika α - Cronbacha, o ile nie obniżało to trafności narzędzia.

Analizy przeprowadzono dwukrotnie. Po raz pierwszy testowano narzędzie w oparciu o dane zgromadzone w ramach badania przeprowadzonego w lutym 1999 roku (403 ankiety). Rezultaty posłużyły do zmodyfikowania i udoskonalenia narzędzia zastosowanego ponownie w badaniach wiosną 2000 roku (1191 ankiet):

Wówczas powtórzono analizy trafności i rzetelności, a następnie dokonano szczegółowej analizy kolejnych pytań ankiety w świetle uzyskanych wyników. Uwzględniano nie tylko wyniki analizy czynnikowej i współczynniki α - Cronbacha (choć te miały kluczowe

znaczenie), ale również odsetki uzyskiwanych odpowiedzi na dane pytanie, korelacje odpowiedzi na dane pytanie z wykreowanymi skalami, kończąc na korelacjach skal.

W efekcie końcowym uzyskano 7 aspektów satysfakcji pacjenta hospitalizowanego:

- Opieka lekarska i kontakt z lekarzem
- Opieka pielęgniarska
- Warunki bytowe
- Proces przyjęcia do szpitala
- Ocena pracowników rehabilitacji
- Wypis ze szpitala
- Żywnienie szpitalne

Podsumowując, uzyskano wyniki świadczące o dużej wiarygodności skonstruowanego narzędzia. Współczynnik α - Cronbacha dla każdej ze skal przekracza wartość 0,7 (najniższy – 0,82, najwyższy – 0,95).

Badanie PASAT ze względu na swą specyfikę pozwala ocenić 5 obszarów opieki –

1. by umożliwić uniwersalne korzystanie z narzędzia w każdym szpitalu pominięto pytania z obszaru: „Ocena pracowników rehabilitacji”
 2. ponieważ ankieta jest wypełniana przez pacjentów pod koniec pobytu w szpitalu, a nie po wyjściu ze szpitala, usunięto we tej wersji pytania z obszaru: „Wypis ze szpitala”
- *Badanie ankietowe dla stanowisk kierowniczych zakładów opieki zdrowotnej dotyczące systemu zarządzania jakością*

Jest to narzędzie autorskie, skonstruowane z myślą o prowadzonych przez autorkę badaniach. Składa się ono z 18 pytań zamkniętych i 1 pytania otwartego oraz pytania metryczkowego ogólnego na temat przynależności do określonego szczebla kierowniczego w strukturze organizacyjnej szpitala (załącznik 2). Kwestionariusz ten przeznaczony był tylko dla kierowników jednostek posiadających zaimplementowany system zarządzania jakością. Pytanie otwarte dotyczyło rozwoju zawodowego respondenta w ostatnich 3 latach, natomiast pytania zamknięte skoncentrowane były wokół zagadnień związanych z problematyką jakości, podejmowania działań projakościowych, systemu podnoszenia kwalifikacji

podwładnych, klimatu wewnątrzorganizacyjnego, budowy planów strategicznych szpitala, systemu pracy podwładnych oraz sprawności obiegu informacji wewnątrz szpitala.

Przeprowadzono badanie pilotażowe, które objęło grupę 20 kierowników.

- *Badanie ankietowe dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej dotyczące systemu zarządzania jakością*

Skonstruowany kwestionariusz przez autorkę badań przeznaczony tylko dla pracowników certyfikowanych placówek leczenia zamkniętego. Składa się on z 1 pytania otwartego, 1 pytania wyboru wielu możliwości spośród wymienionych w narzędziu, 1 pytania otwartego oraz 4 pytań w metryczce (załącznik 3).

Pytania zamknięte dotyczyły zagadnień związanych z realizowaną polityką jakości, procesu doskonalenia jakości, akceptacji wizji szpitala, systemu podnoszenia kwalifikacji podwładnych, doskonalenia umiejętności własnych, motywacji ze strony naczelnego kierownictwa do doskonalenia zawodowego, sprawności funkcjonowania komunikacji wewnętrznej, zaangażowania w podejmowanie działań projakościowych, oceny przydatności certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej oraz odpowiedzialności za sukces placówki. Pytanie otwarte dotyczyło własnego rozwoju zawodowego, natomiast pytanie wyboru spośród wielu możliwości skupione było na rodzaju podejmowanych działań mających na celu wzrost satysfakcji pacjentów i skierowane było tylko do pracowników medycznych. Badanie główne poprzedzono badaniami pilotażowymi.

- *Badanie ankietowe dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej*

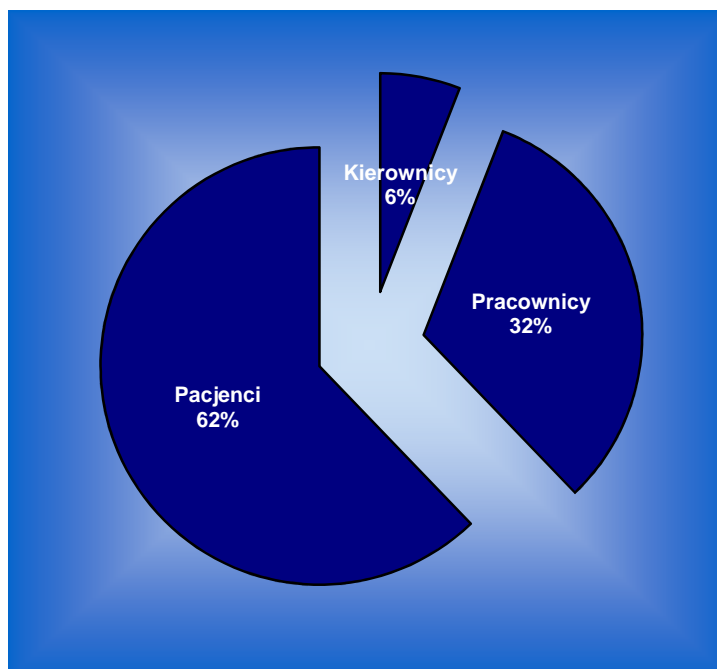
Kolejne narzędzie autorskie przygotowane dla pracowników placówek medycznych, które nie posiadają żadnych systemów zarządzania jakością. Składa się ono z 16 pytań zamkniętych, 1 pytania otwartego oraz 1 pytania z możliwością wyboru wielu odpowiedzi zgodnych z odczuciami respondenta a także 4 pytań metryczkowych (załącznik 4).

Pytania zamknięte skupione były wokół zagadnień służących poprawie funkcjonowania szpitala, wzrostu jakości usług zdrowotnych, doskonalenia zawodowego pracowników, komunikacji wewnętrznej i obiegu informacji, osobistego zaangażowania w poprawę jakości świadczonych usług oraz podejmowania działań korygujących i doskonalących jakość na własnym stanowisku pracy czy też poczucia odpowiedzialności za sukces szpitala, w którym

pracownik jest zatrudniony. Pytanie wyboru wielu spośród proponowanych odpowiedzi dotyczyło podejmowanych przez respondentów działań zwiększających satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług i przeznaczone było tylko dla personelu medycznego. Pytanie otwarte obejmowało rozwój zawodowy pracownika w ostatnich trzech latach. Przed przystąpieniem do badań zasadniczych przeprowadzono badanie pilotażowe.

3.3. Charakterystyka badanej populacji

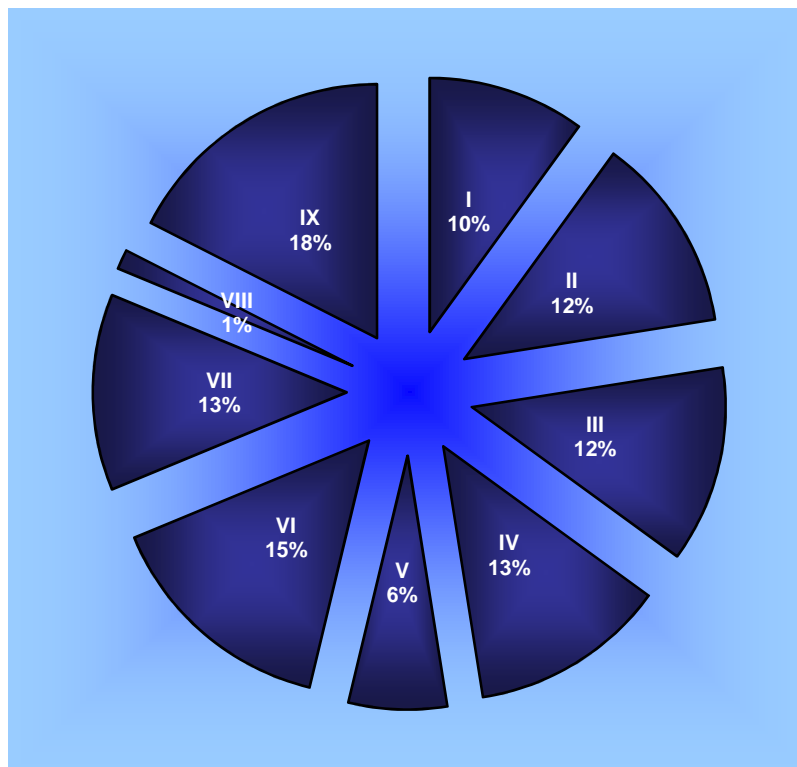
W badaniach wzięło udział łącznie około 1400 osób. Część ankiet została odrzucona ze względu na niekompletność danych lub błędy w wypełnianiu. Ostatecznie w analizach wykorzystano ankiety zebrane od 1351 osób. Udział poszczególnych grup badawczych w całej próbie prezentuje rysunek 12.



Rysunek 12. Udział poszczególnych grup badawczych w całej próbie
Źródło: badania własne

3.3.1. Kierownicy

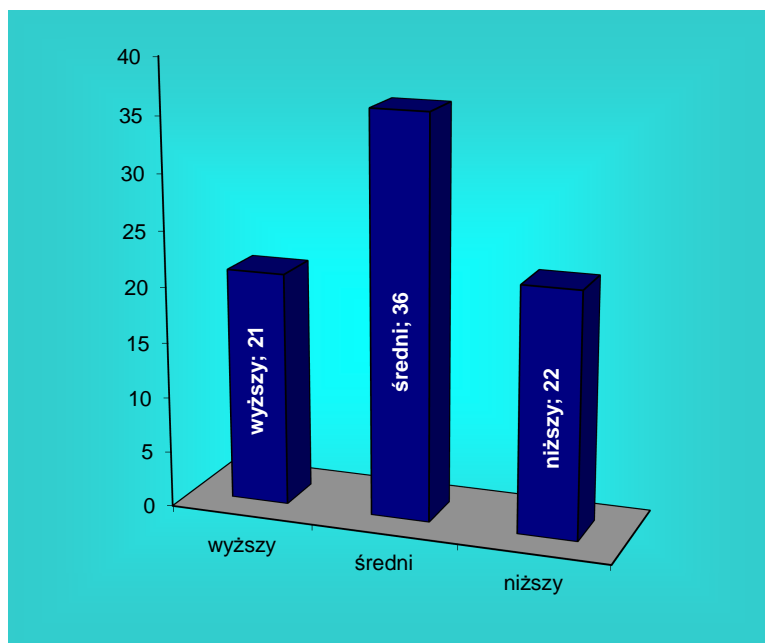
Personel kierowniczy reprezentowało w badanej próbie 80 osób. Kierownicy ci zatrudnieni byli w 9 spośród wszystkich szpitali, w których prowadzono badania. Szpitale te wyróżniały się posiadaniem wdrożonego systemu zarządzania jakością, były to zarówno szpitale kliniczne, wojewódzkie, specjalistyczne oraz niepubliczne na terenie całego kraju. Procentowy udział kierowników z poszczególnych szpitalach został przedstawiony na rysunku 13.



Rysunek 13. Udział kierowników z poszczególnych szpitali w badanej próbie

Źródło: badania własne

Badani kierownicy różnili się ze względu na pozycję zajmowaną w swojej organizacji. I tak, najwięcej spośród respondentów reprezentowało średni szczebel kierowniczy. W badanej próbie znalazła się podobna liczba osób wyższego i niższego szczebla zarządzania (rysunek 14).

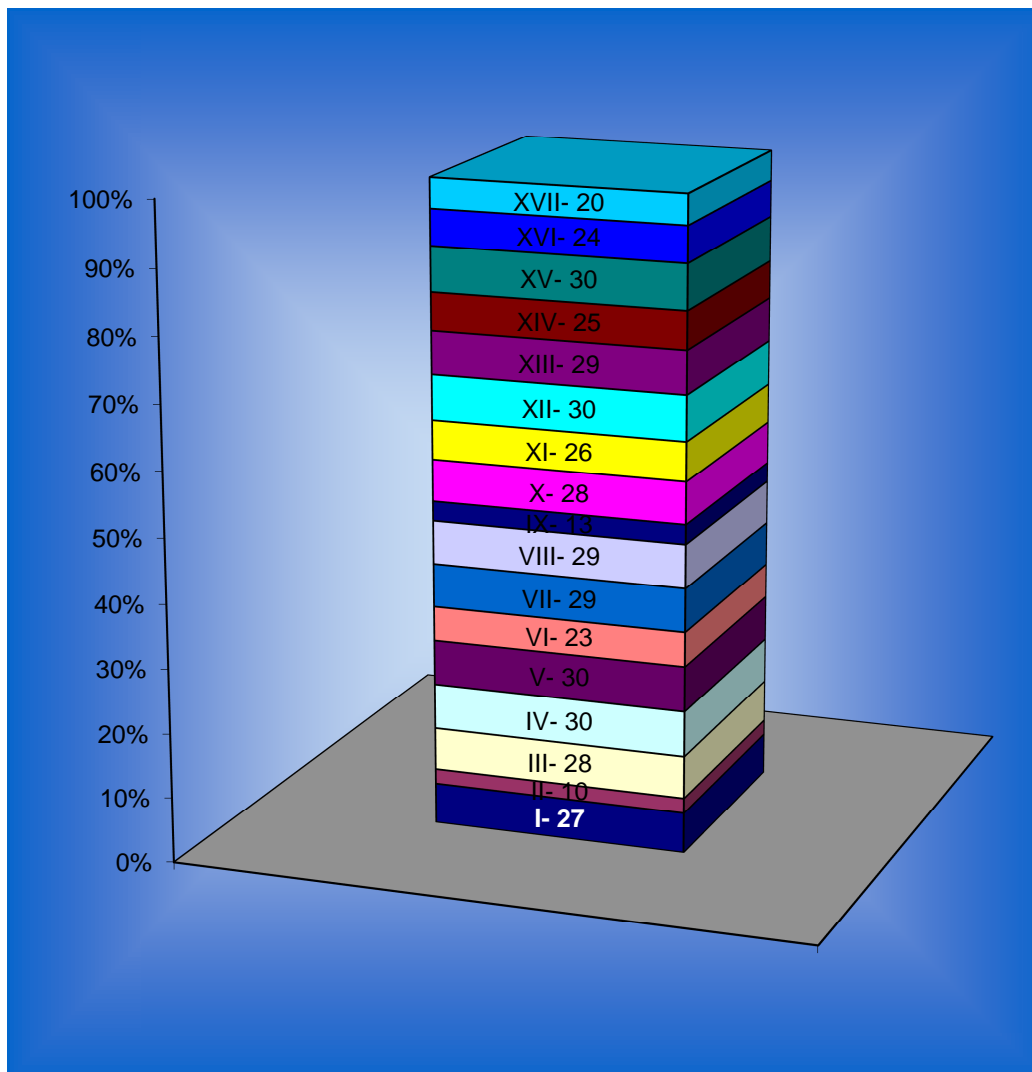


Rysunek 14. Przynależność badanych do szczebli kierownictwa

Źródło: badania własne

3.3.2. Pracownicy

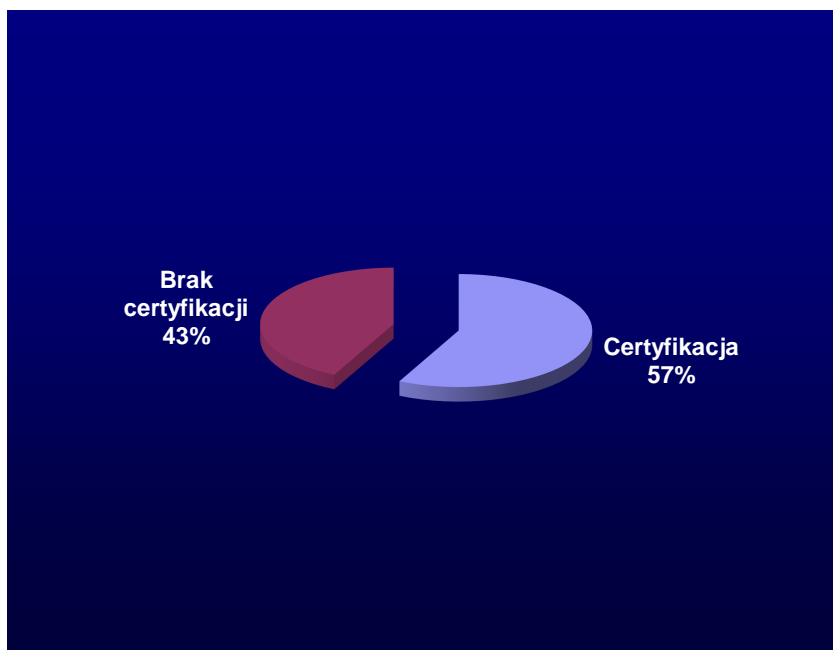
Pracownicy stanowili kolejną grupę badawczą prowadzonych przez autorkę badań. Reprezentowali ją, ze względu na charakter badań, przedstawiciele placówek posiadających certyfikaty jakości jak i nieposiadających żadnego wdrożonego systemu zarządzania jakością. Pracownicy zatrudnieni byli w 17 szpitalach różnego poziomu referencyjnego (szpitale kliniczne, wojewódzkie, powiatowe) oraz niepublicznych na terenie całego kraju. Stanowili grupę 431 osób. Rozkład procentowy udziału pracowników w poszczególnych szpitalach ilustruje rysunek 15.



Rysunek 15. Udział ilościowy pracowników z poszczególnych szpitali w badanej próbie

Źródło: badania własne

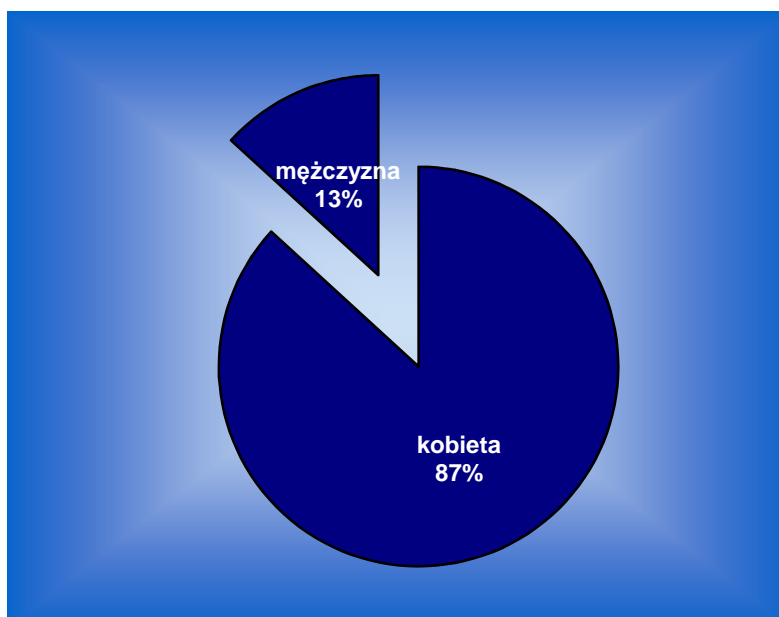
Pracownicy biorący udział w badaniu byli pracownikami szpitali posiadającymi wdrożony system zarządzania jakością, co stanowiło 57% badanych oraz 43% pracowników szpitali, które żadnych certyfikatów jakości nie posiadały.



Rysunek 16. Udział procentowy badanych szpitali w podziale na posiadanie certyfikatów lub ich brak

Źródło: badania własne

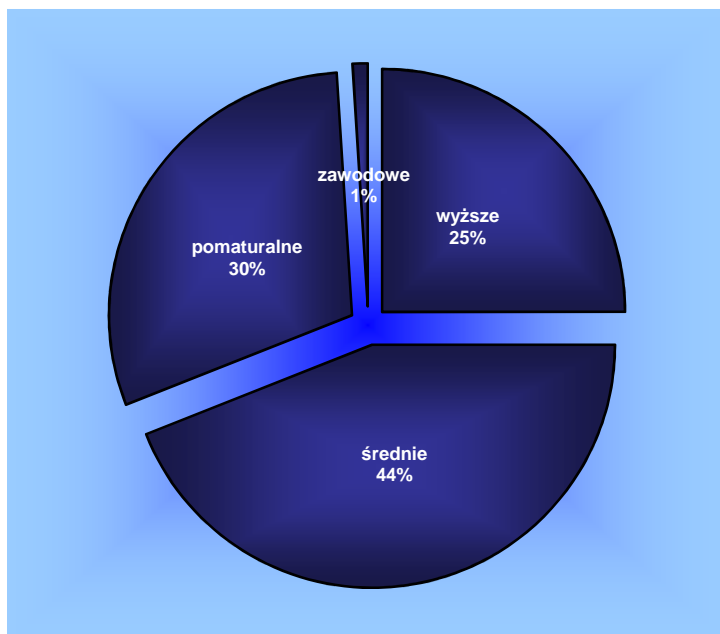
Spośród pracowników biorących udział w badaniu, 87% stanowiły kobiety a 13% mężczyźni.



Rysunek 17. Udział procentowy pracowników w podziale na płeć

Źródło: badania własne

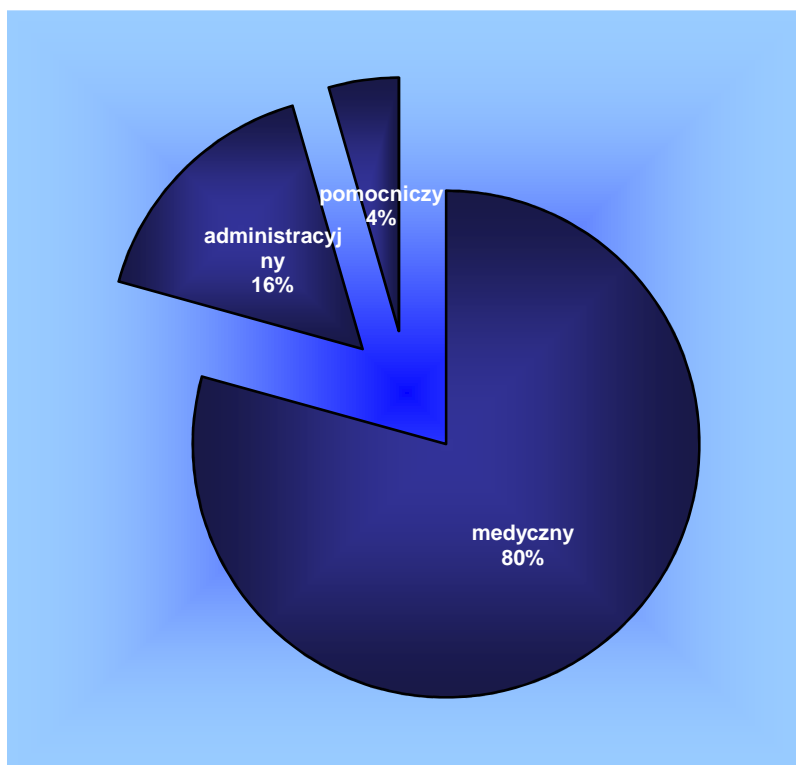
Respondenci legitymowali się wykształceniem wyższym, co stanowiło grupę 25% badanych, 30% posiadało wykształcenie pomaturalne, 44% średnie a 1% stanowili ankietowani z wykształceniem podstawowym.



Rysunek 18. Wykształcenie pracowników biorących udział w badaniu

Źródło: badania własne

Pracownicy biorący udział w badaniu stanowili najliczniej personel medyczny, bo aż 79% spośród wszystkich osób objętych badaniem, kolejno 16% stanowił personel administracyjny i 5% personel pomocniczy.

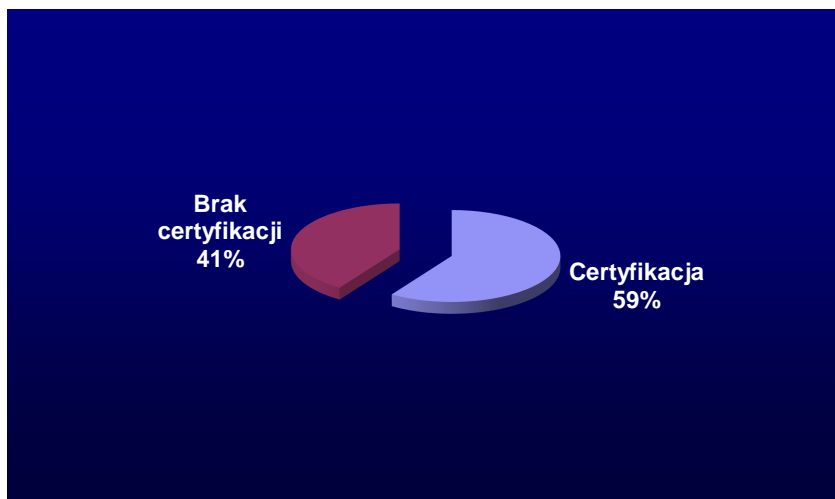


Rysunek 19. Udział procentowy pracowników ze względu na grupę zawodową

Źródło: badania własne

3.3.3. Pacjenci

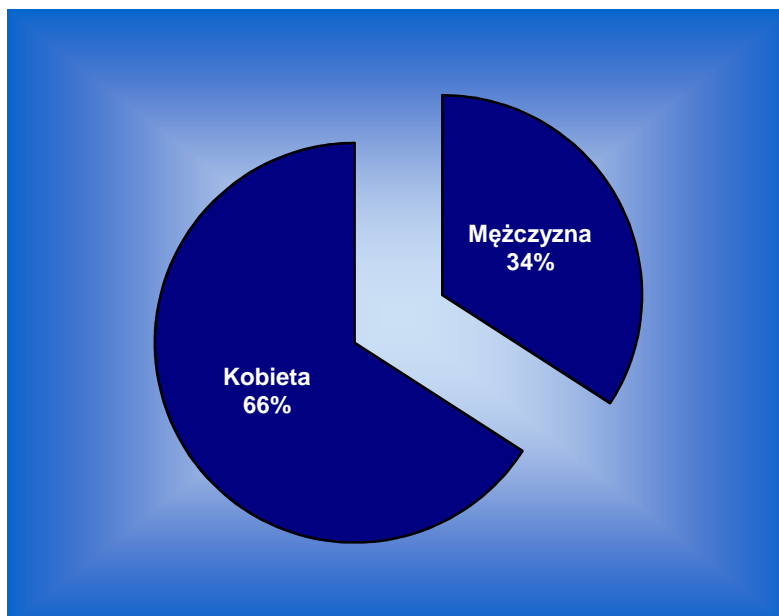
Kolejną grupę badawczą stanowili pacjenci, którzy poddani byli badaniu w szpitalach posiadających wdrożony system zarządzania jakością, co stanowiło odsetek 59% oraz 41% pacjentów placówek nieposiadających żadnego certyfikowanego systemu zapewnienia jakości.



Rysunek 20. Udział procentowy pacjentów szpitali certyfikowanych i bez certyfikatu

Źródło: badania własne

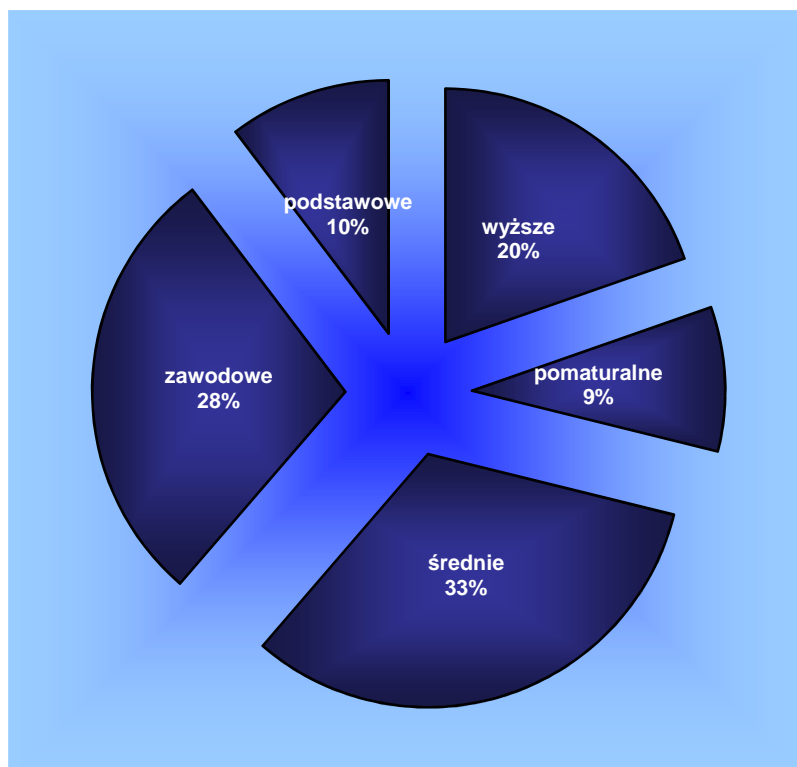
W grupie badawczej pacjentów wzięło udział 66% kobiet i 34% mężczyzn.



Rysunek 22. Udział procentowy pacjentów w podziale na płeć

Źródło: badania własne

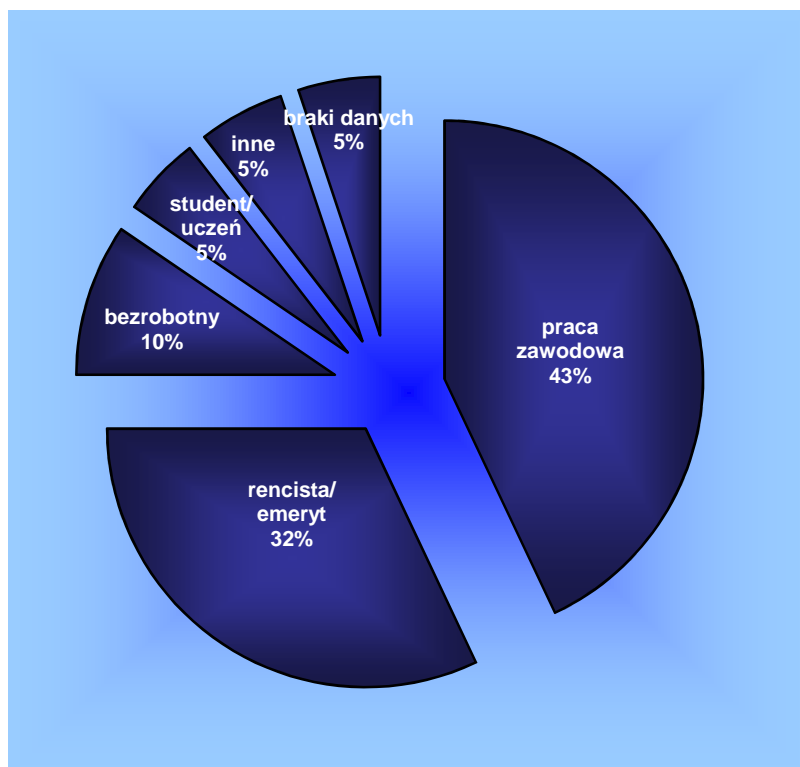
Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu legitymowali się posiadaniem zróżnicowanego wykształcenia. 20% posiadało wykształcenie wyższe, 9% pomaturalne, 33% średnie, 28% zawodowe oraz 10% podstawowe.



Rysunek 22. Wykształcenie pacjentów biorących udział w badaniu

Źródło: badania własne

Spośród ankietowanych pacjentów 43% pracowało aktywnie zawodowo, z kolei 32% nie wykazywało już takiej aktywności i stanowili grupę rencistów lub emerytów. 10% to osoby bezrobotne a 5% to pacjenci jeszcze edukujący się- uczniowie szkół lub studenci.



Rysunek 23. Aktywność zawodowa/edukacyjna pacjentów biorących udział w badaniu
 Źródło: badania własne

3.4. Przebieg badań

Badania przeprowadzone były w okresie od grudnia 2009 do lutego 2011 roku. Prowadzone były indywidualnie – każda osoba otrzymywała ankietę; następnie autorka pracy wyjaśniała sposób udzielania odpowiedzi, odpowiadała na ewentualne pytania ankietowanego i umawiała się na termin odbioru wypełnionej ankiety. Respondenci informowani byli o poufnym charakterze udzielanych przez nich informacji (pełna anonimowość) oraz o tym, że badania mają charakter naukowy i tylko takim celom posłużą.

4. Wyniki badań własnych

4.1. Metody statystyczne wykorzystane do opracowania wyników badań własnych

Przedstawione w poniższym rozdziale wyniki badań są efektem analiz statystycznych przeprowadzonych przy użyciu pakietu statystycznego SPSS v. 12.0 PL. We wszystkich analizach za właściwy do testowania hipotez przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Ze względu na to, iż wszystkie zmienne uwzględnione w badaniu miały status zmiennych nominalnych i porządkowych, odpowiednio dla celów testowania hipotez zastosowano test niezależności rozkładów *chi-kwadrat* oraz nieparametryczny test istotności różnic międzygrupowych dla danych niezależnych Manna-Whitneya.

Część danych uzyskanych od pacjentów, zgodnie z sugestią autorów metody, można potraktować jako dane na skali interwałowej. W przypadku tych danych do porównań międzygrupowych zastosowano testy parametryczne, a w szczególności testy istotności różnic między grupami *t-Studenta* dla danych niezależnych. Do analizy związków między zmiennymi odnoszącymi się do ocen pacjentów i zmiennymi demograficznymi zastosowano współczynniki korelacji *r-Spearmana*.

4.2. System zarządzania jakością w ocenie personelu kierowniczego

Ze względu na fakt, że wszyscy badani kierownicy zatrudnieni byli w szpitalach certyfikowanych, w tej części pracy zaprezentowane zostaną oceny systemu zarządzania jakością opracowane na podstawie opinii kierownictwa szpitali certyfikowanych. Wyniki przedstawiono w tabeli 4 oraz na rysunku 24.

Tabela 4. Ocena wybranych aspektów systemu zarządzania jakością w opinii kierowników szpitali certyfikowanych

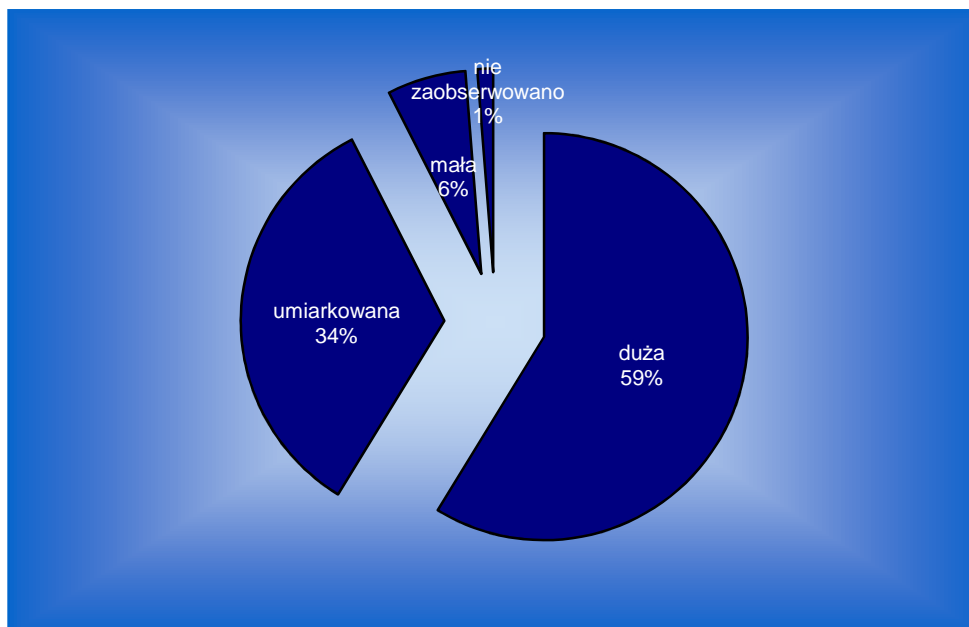
Pytanie		„tak”	„nie”
Czy aktywizuje Pan/i podwładnych do działań pro jakościowych?	n	78	2
	%	97,5%	2,5%
Czy pracownicy mają swój udział w tworzeniu wizji szpitala?	n	71	9
	%	88,8%	11,3%
Czy sprawnie funkcjonuje system komunikacji wewnętrznej?	n	53	27
	%	66,3%	33,8%
Czy w ZOZ istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?	n	65	13
	%	83,3%	16,7%
Czy pracownicy mają zapewnione regularne szkolenia?	n	76	4
	%	95,0%	5,0%
Czy program szkoleniowy jest modyfikowany i ulepszany?	n	72	7
	%	91,1%	8,9%
Czy wspiera Pan/i pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy?	n	76	4
	%	95,0%	5,0%
Czy koordynuje Pan/i realizację wyznaczonej polityki jakości?	n	72	6
	%	92,3%	7,7%
Czy istnieje dobry klimat w zespole i wzajemne zaufanie?	n	76	4
	%	95,0%	5,0%
Czy w szpitalu funkcjonują koła jakości?	n	53	24
	%	68,8%	31,2%
Czy identyfikowane są problemy istniejące w placówce?	n	74	5
	%	93,7%	6,3%
Czy personel jest informowany o planach krótko- i długofalowych szpitala?	n	64	15
	%	81,0%	19,0%
Czy pracownicy uczestniczą w procesie podejmowania decyzji?	n	60	16
	%	78,9%	21,1%
Czy zachęca Pan/i podwładnych do dokonywania samokontroli?	n	73	5
	%	93,6%	6,4%
Czy utworzone są zespoły zadaniowe?	n	59	19
	%	75,6%	24,4%
Czy dba Pan/i, by przekazywane informacje docierały do każdego pracownika?	n	76	4
	%	95,0%	5,0%
Czy czuje się Pan/i odpowiedzialny/a za sukces szpitala?	n	76	3
	%	96,2%	3,8%

Źródło: badania własne

Jak widać w powyższej tabeli, udział odpowiedzi twierdzących na pytania dotyczące funkcjonowania systemu jakości zarządzania waha się od 66,3% do 97,5%. W tym zestawieniu najslabiej wypada ocena odnosząca się do funkcjonowania systemu wewnętrznej komunikacji (33,8% odpowiedzi wskazujących na brak owego systemu) oraz kół jakości (31,2% odpowiedzi wskazujących brak). Warto też zauważyć, że niemal ¼ wskazań dotyczy braku zespołów zadaniowych. Należy podkreślić, że trzy powyższe oceny odnoszą się do kwestii związanych ze współpracą i współdziałaniem, co pozwala przypuszczać, że właśnie ten obszar jest najslabiej rozwijany w placówkach.

Z kolei w wymiarze odnoszącym się do oceny własnych działań zmierzających do aktywizacji podwładnych oraz własnego poczucia odpowiedzialności za szpital, poziom

zgodności opinii kierowników jest niezwykle wysoki. Prawie 98% osób uczestniczących w badaniu udzieliło odpowiedzi wskazujących na pozytywną ocenę własnych działań w tym zakresie.



Rysunek 24. Ocena przydatności certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej

Źródło: badania własne

Rysunek 24 pokazuje, że ocena przydatności certyfikowanego systemu zapewnienia jakości jest wśród szczebla kierowniczego wysoka. 59% ankietowanych uznało tę przydatność za dużą, a 34% – za umiarkowaną. Tylko 7% respondentów uznało, że przydatność systemu dla funkcjonowania szpitala jest niewielka lub całkowicie bez znaczenia.

4.3. Porównanie wybranych zagadnień w grupach kierowników i pracowników

Z uwagi na fakt, że część pytań była wspólna zarówno dla personelu kierowniczego oraz pracowników certyfikowanych zakładów opieki zdrowotnej, jak i dla kierowników oraz personelu placówek nieposiadających certyfikatu jakości, dokonano porównań odpowiedzi udzielanych przez respondentów z wszystkich wyłonionych grup.

I tak, okazało się, że odpowiedź na pytanie: „Czy czuje się Pan/i odpowiedzialny/a za sukces szpitala” istotnie różnicuje obie grupy ($\chi^2=6,198$; $df=1$; $p=0,013$). Poczucie odpowiedzialności za szpital pojawiało się częściej w grupie kierowników (96,2%) w porównaniu z pracownikami (86,2%). Różnice te ilustruje tabela 5.

Tabela 5. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania dotyczącego poczucia odpowiedzialności w grupach kierowników i pracowników

Chi-kwadrat=6,198; df=1; p=,013			Grupa		Ogółem
			kierownicy	pracownicy	
Czy czuje się Pan/i odpowiedzialny/ odpowiedzialna za sukces szpitala?	„tak”	Liczebność % z Grupa	76 96,2%	356 86,2%	432 87,8%
	„nie”	Liczebność % z Grupa	3 3,8%	57 13,8%	60 12,2%
Ogółem		Liczebność % z Grupa	79 100,0%	413 100,0%	492 100,0%

Zródło: badania własne

Zauważono natomiast istotne różnice w aspekcie oceny wspierania i motywowania przez personel kierowniczy podwładnych do coraz lepszej pracy; jak się okazało, 95% ankietowanych kierowników uznaje, iż dokonuje takich działań, co z kolei potwierdza zaledwie 50% pracowników (tabela 6).

Tabela 6. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania „Czy wspiera Pan/i pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy?” w grupach kierowników i pracowników

Chi-kwadrat=55,617; df=1; p=,000			Grupa		Ogółem
			kierownicy	pracownicy	
Czy wspiera Pan/i pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy?	„tak”	Liczebność % z Grupa	76 95,0%	211 50,0%	287 57,2%
	„nie”	Liczebność % z Grupa	4 5,0%	211 50,0%	215 42,8%
Ogółem		Liczebność % z Grupa	80 100,0%	422 100,0%	502 100,0%

Zródło: badania własne

Duże różnice odnotowano ponadto w odpowiedziach na pytanie dotyczące funkcjonowania w danym zakładzie opieki zdrowotnej systemu podnoszenia kwalifikacji podwładnych. Istotnie więcej, bo aż 83,3% kierowników uznało, że system taki istnieje, co potwierdziła mniejsza grupa personelu pracowniczego (67,4%) (tabela 7).

Tabela 7. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania „Czy w ZOZ istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?” w grupach kierowników i pracowników

Chi-kwadrat=7,953; df=1; p=,005			Grupa		Ogółem
			kierownicy	pracownicy	
Czy w ZOZ istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?	„tak”	Liczebność % z Grupa	65 83,3%	283 67,4%	348 69,9%
	„nie”	Liczebność % z Grupa	13 16,7%	137 32,6%	150 30,1%
Ogółem		Liczebność % z Grupa	78 100,0%	420 100,0%	498 100,0%

Źródło: badania własne

Podobne odpowiedzi uzyskano na temat funkcjonowania systemu komunikacji wewnętrznej w badanych placówkach medycznych. Tabela 8 przedstawia niewielkie różnice w ocenie dokonanej przez kierowników i pracowników tych szpitali; 66,3% ankietowanych z pierwszej grupy i 55,3% ankietowanych z drugiej grupy potwierdziło sprawność funkcjonowania systemu komunikacji wewnętrznej.

Tabela 8. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania „Czy sprawnie funkcjonuje system komunikacji wewnętrznej?” w grupach kierowników i pracowników

Chi-kwadrat=3,298; df=1; p=,084			Grupa		Ogółem
			kierownicy	pracownicy	
Czy sprawnie funkcjonuje system komunikacji wewnętrznej?	„tak”	Liczebność % z Grupa	53 66,3%	235 55,3%	288 57,0%
	„nie”	Liczebność % z Grupa	27 33,8%	190 44,7%	217 43,0%
Ogółem		Liczebność % z Grupa	80 100,0%	425 100,0%	505 100,0%

Źródło: badania własne

Dokonano także porównania udzielonych przez kierowników i pracowników placówek certyfikowanych odpowiedzi na pytanie dotyczące przydatności systemu zapewnienia jakości. Okazało się, że wyróżnione grupy nie różnią się istotnie pod względem

oceny tego zjawiska. Umiarkowaną i dużą przydatność tego systemu stwierdza 92,6% kierowników oraz 87,4% pracowników (tabela 9).

Tabela 9. Tabela krzyżowa i wyniki testu Manna-Whitney’a dla pytania „Jak ocenia Pan/i przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej?” w grupach kierowników i pracowników

U Manna-Whitneya= 8771,5; Z=-1,566; p=,117			Grupa		Ogółem
			kierownicy	pracownicy	
Jak ocenia Pan/i przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej?	duża	Liczebność % z Grupa	47 58,8%	122 49,8%	169 52,0%
	umiarkowana	Liczebność % z Grupa	27 33,8%	92 37,6%	119 36,6%
	mała	Liczebność % z Grupa	5 6,3%	23 9,4%	28 8,6%
	nie zaobserwowano	Liczebność % z Grupa	1 1,3%	8 3,3%	9 2,8%
Ogółem	Liczebność % z Grupa	80 100,0%	245 100,0%	325 100,0%	

Źródło: badania własne

4.4. Zarządzanie jakością w szpitalach z certyfikacją i bez certyfikacji

Badania będące przedmiotem niniejszej pracy koncentrują się wokół systemu zarządzania jakością w szpitalach posiadających certyfikat i tych, które takiego certyfikatu nie mają. Dlatego też wyniki odnoszące się do tych zagadnień przedstawione zostaną w pierwszej kolejności. W trosce o dbałość wyводу zdecydowałam się na prezentację wyników oddzielnie dla obu wyróżnionych grup respondentów, mianowicie: dla pracowników szpitali oraz pacjentów.

4.4.1. Pracownicy

Pracownicy placówek medycznych stanowili istotnie ważną grupę badawczą. Część pytań skierowana do respondentów szpitali certyfikowanych była taka sama, jak w ankietach dla pracowników zatrudnionych w placówkach nieposiadających certyfikatu jakości. Pozwoliło to na przedstawienie części wyników we wspólnych tabelach. Pozostałe wyniki są prezentowane oddzielnie.

Analizę wypowiedzi personelu rozpocznę od kwestii ogólnych, dotyczących znajomości i znaczenia działań projakościowych w ocenie pracowników oraz identyfikacji pracowników z wizją szpitala.

Tabela 10. Częstości odpowiedzi twierdzących i przeczących na pytania dotyczące wybranych aspektów funkcjonowania szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji

Szpital	Pytania		„tak”	„nie”
Certyfikowane	Czy identyfikuje się Pan/i z działaniami projakościowymi podejmowanymi przez jednostkę?	n	225	20
		%	91,8%	8,2%
	Czy w pełni akceptuje Pan/i wizję szpitala?	n	183	61
		%	75,0%	25,0%
Brak certyfikacji	Czy odczuwa Pan/i konieczność wprowadzenia zmian służących poprawie funkcjonowania szpitala?	n	173	10
		%	94,5%	5,5%
	Czy ZOZ, w którym Pan/i pracuje, podejmuje jakieś działania projakościowe?	n	156	22
		%	87,6%	12,4%
	Czy zna Pan/i wizję szpitala?	n	92	91
		%	50,3%	49,7%

Zródło: badania własne

Znacząca większość pracowników szpitali z wdrożonym systemem zarządzania jakością (91,8%) popiera i utożsamia się ze wszystkimi działaniami projakościowymi podejmowanymi przez te placówki medyczne, jednakże pełną akceptację wizji tych jednostek deklaruje 75% osób uczestniczących w badaniu. Oznacza to, że co czwarty pracownik ma zastrzeżenia do wizji kształtowanej przez szpital. Warto zastanowić się czy może świadczyć to o jej niedoskonałości bądź potrzebie weryfikacji.

W szpitalach, które nie posiadają żadnego certyfikowanego systemu zarządzania pracownicy prawie jednogłośnie, bo w 94,5% zgłaszają potrzebę wprowadzenia zmian służących poprawie funkcjonowania tych placówek. Jednocześnie 87,6% respondentów akcentuje fakt, że w ich placówkach podjęto już pewne działania służące poprawie jakości świadczenia usług. Niestety, zaledwie połowa pracowników uczestniczących w badaniu posiada wiedzę dotyczącą ogólnej wizji funkcjonowania szpitala. Powyższe informacje

powinny zachęcić menedżerów badanych placówek do podjęcia szeroko rozumianych działań projakościowych (tabela 10).

Tabela 11. Zaangażowanie pracowników w politykę jakości

		duże		umiarkowane		małe	
		n	%	n	%	n	%
Placówki certyfikowane	Jakie jest Pani/a zaangażowanie w realizację polityki jakości?	116	47,20%	116	47,20%	14	5,70%
Placówki nieposiadające certyfikacji	Jakie jest Pani/a zainteresowanie poprawą jakości usług?	97	52,70%	82	44,60%	5	2,70%

Źródło: badania własne

Tabela 11 pokazuje, iż zdecydowana większość pracowników szpitali certyfikowanych (94,4%) jest zaangażowana w realizację ustalonej polityki jakości, z czego 47,2% deklaruje duże zaangażowanie i taka sama grupa – umiarkowane.

Istotnie zainteresowani poprawą jakości świadczonych usług są także pracownicy szpitali bez certyfikatu (łącznie aż 97,3% osób). Duże zainteresowanie wykazuje w tym przypadku ponad połowa pracowników (52,7%), umiarkowane zaś 44,6% osób.

Tabela 12. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji – ocena systemu podnoszenia kwalifikacji zawodowych

Chi-kwadrat=16,488; df=1; p=,000			Certyfikacja		Ogółem
			Tak	Nie	
Czy w szpitalu istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?	„tak”	Liczebność %	183 75,3%	100 56,5%	283 67,4%
	„nie”	Liczebność %	60 24,7%	77 43,5%	137 32,6%
Ogółem		Liczebność %	243 100,0%	177 100,0%	420 100,0%

Źródło: badania własne

Wśród badanych pracowników istnieje istotna statystycznie różnica dotycząca oceny tego, czy system podnoszenia kwalifikacji podwładnych rzeczywiście funkcjonuje w placówkach, które dają im zatrudnienie. Różnica ta ujawnia się między osobami pracującymi w szpitalach certyfikowanych a tymi, które pracują w jednostkach nieposiadających certyfikacji. W tej pierwszej grupie ponad 75% respondentów dostrzega

obecność systemu podnoszenia kwalifikacji. W drugiej grupie tylko 56,5% respondentów twierdzi, że taki system rzeczywiście istnieje w szpitalu, w którym pracują (tabela 12).

Tabela 13. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji – ocena komunikacji wewnętrznej

Chi-kwadrat=13,618; df=1; p=,000			Certyfikacja		Ogółem
			Tak	Nie	
Czy sprawnie funkcjonuje komunikacja wewnętrzna i przepływ informacji?	„tak”	Liczebność %	152 63,1%	83 45,1%	235 55,3%
	„nie”	Liczebność %	89 36,9%	101 54,9%	190 44,7%
Ogółem		Liczebność %	241 100,0%	184 100,0%	425 100,0%

Źródło: badania własne

Zarówno kierownicy, jak i pracownicy szpitali certyfikowanych wyrażają podobną opinię na temat sprawności systemu komunikacji wewnętrznej i przepływu informacji. Funkcjonowanie w tych obszarach jest oceniane pozytywnie przez 63,1% pracowników, negatywnie zaś przez 36,9% pracowników. Może to wskazywać na konieczność podjęcia działań mających na celu modyfikację aktualnego systemu zarządzania jakością w sferze komunikacji w zespole pracowniczym. Warto podkreślić, że dużo większe zakłócenia obserwują pracownicy szpitali niecertyfikowanych; zakłócenia w komunikacji i zły przepływ informacji deklaruje niemal 55% ankietowanych (tabela 13).

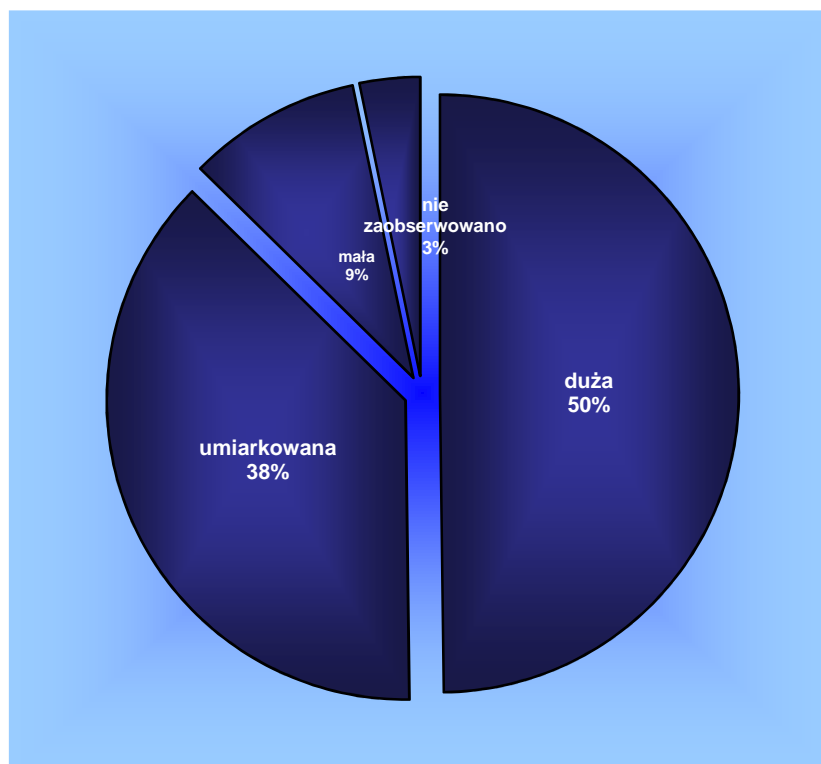
Tabela 24. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji w preferencjach formy wypełniania zadań

Chi-kwadrat=4,528; df=1; p=,033			Certyfikacja		Ogółem
			Tak	Nie	
Co ceni sobie Pan/i bardziej?	Pracę zespołową	Liczebność %	202 82,8%	163 90,1%	365 85,9%
	Indywidualne podejmowanie decyzji	Liczebność %	42 17,2%	18 9,9%	60 14,1%
Ogółem		Liczebność %	244 100,0%	181 100,0%	425 100,0%

Źródło: badania własne

Kolejne pytanie (tabela 14) skierowane do pracowników dotyczyło preferencji dotyczących formy wypełniania zadań pracowniczych. Jak się okazało, w szpitalach, w których istnieje system zapewnienia jakości 82,8% respondentów ceni sobie bardziej pracę zespołową niż indywidualne podejmowanie decyzji, które preferuje z kolei 17,2% pracowników.

Jeszcze bardziej widoczna różnica zaznacza się w preferencjach pracowników zatrudnionych w placówkach nieposiadających systemu zapewnienia jakości – ponad 90% osób zdecydowanie preferuje pracę w zespole, natomiast zaledwie 9,9% opowiada się za zindywidualizowanym podejściem do wykonywanych zadań.



Rysunek 35. Ocena przydatności certyfikowanego systemu zapewnienia jakości

Źródło: badania własne

Wyniki dotyczące oceny różnych aspektów jakości przez odbiorców usług medycznych w szpitalach z wdrożonym systemem zarządzania jakością prezentuje rysunek 25. Przedstawia on poziom przydatności certyfikacji w placówkach medycznych w ocenie pracowników tych jednostek. I tak, łącznie 88 % osób uczestniczących w badaniu ocenia tę przydatność jako dużą bądź umiarkowaną, jedynie 9% uznaje za małą, natomiast zaledwie 3% respondentów nie obserwuje wyraźnych różnic w funkcjonowaniu placówki po

implementacji systemu. Wydaje się zatem, że systemy zarządzania jakością są niezbędne w funkcjonowaniu szpitali, a ich obecność może stanowić gwarancję świadczenia usług zdrowotnych na możliwie najwyższym poziomie.

Tabela 35. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat wśród pracowników szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące odpowiedzialności za sukces szpitala

Chi-kwadrat=,550; df=1; p=,474			Certyfikacja		Ogółem
			Tak	Nie	
Czy czuje się Pan/i odpowiedzialny/a za sukces szpitala	tak	Liczebność %	206 87,3%	150 84,7%	356 86,2%
	nie	Liczebność %	30 12,7%	27 15,3%	57 13,8%
Ogółem		Liczebność %	236 100,0%	177 100,0%	413 100,0%

Zródło: badania własne

Ostatnie pytanie skierowane do badanych grup respondentów dotyczyło osobistego poczucia odpowiedzialności za sukces zakładu opieki zdrowotnej, w którym pracują. Opinie pracowników, zarówno szpitali posiadających certyfikat jakości, jak i tych zatrudnionych w jednostkach niecertyfikowanych, są bardzo podobne i wskazują, że znaczna większość, bo odpowiednio 87,3% respondentów placówek certyfikowanych oraz 84,7% placówek nieposiadających certyfikatu deklaruje poczucie odpowiedzialności.

Skłania to do postawienia tezy, że pracownicy skłonni są do utożsamiania się z miejscem pracy, który to fakt winien być brany pod uwagę przez zarządzających.

4.4.2. Pacjenci

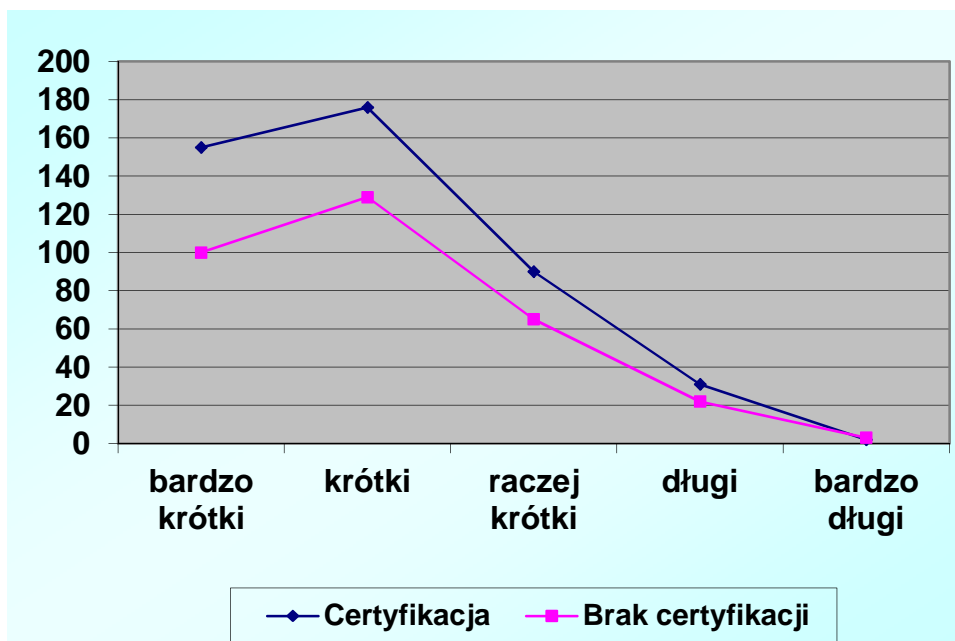
Prezentację wyników uzyskanych od grupy pacjentów rozpocznie zestawienie wyników testów istotności różnic między pacjentami szpitali certyfikowanych i tych bez certyfikacji. Tam, gdzie było to możliwe (odpowiedzi na pytania na skalach porządkowych), zastosowano testy nieparametryczne U Manna-Whitneya. Rezultaty przedstawione zostały w tabeli 16. Istotne różnice oznaczono czcionką pogrubioną w kolumnie „istotność”.

Tabela 46. Wyniki Testu U Manna-Whitneya dla szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące różnic w ocenie czynników odpowiedzialnych za satysfakcję pacjenta

Czynniki	Średnie		Statystyki	
	Certyfikowane	Brak certyfikacji	U Manna-Whitneya	Istot. asumpt. (dwustronna)
Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala	2,0938	1,3986	47179,000	,000
Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala	1,8426	1,7132	52575,500	,349
IP - czas załatwiania formalności	2,0066	2,0564	70327,000	,470
IP - organizacja sposobu przyjęcia na oddział	1,5866	1,6832	68757,500	,046
IP - życzliwość personelu	1,3774	1,4985	68345,000	,003
IP- zapewnienie intymności	1,6424	1,7508	66713,500	,032
IP - czystość	1,3739	1,5125	65876,000	,003
IP - wyposażenie	1,7241	1,8991	63695,000	,004
O - czystość sali chorych	1,4315	1,4597	81467,000	,578
O - wyposażenie sali chorych	1,6599	1,8313	72429,000	,002
O - czystość toalet	1,6240	1,6767	78686,500	,365
O - przystosowanie łazienek	1,9648	2,0242	76673,500	,295
O - warunki do snu i odpoczynku	1,6646	1,8333	72629,000	,002
O - dostęp do telefonu	1,6021	1,5788	79406,000	,834
Urozmaicenie posiłków	2,0000	1,9494	78012,500	,636
Ilość pożywienia	1,9195	1,8896	77746,000	,665
Temperatura posiłków	1,9281	1,9401	78643,500	,908
Pomoc przy spożywaniu	3,7198	3,1522	62754,500	,000
L - uważne słuchanie pacjenta	1,4804	1,6131	74320,500	,015
L - zapewnienie intymności	1,5786	1,7791	69996,000	,001
L - wyrażanie się w sposób zrozumiały	1,5808	1,7448	74849,500	,013
L - życzliwość lekarza	1,3906	1,6124	72311,500	,000
L - dostępność lekarza	1,5902	1,6647	74682,500	,175
L - ilość czasu dla pacjenta	1,7335	1,9187	69547,500	,000
Czy personel medyczny wygłaszał sprzeczne opinie	2,8674	2,8916	77212,000	,357
Czy personel medyczny rozmawiał o Panu/i w obecności osób trzecich	2,9307	2,9179	77365,000	,501
P - życzliwość pielęgniarek	1,3198	1,4172	76625,000	,019
P - staranność wykonywanych zabiegów	1,3285	1,3739	78653,000	,276
P - dostępność w dzień	1,3768	1,4375	77079,000	,142
P - dostępność w nocy	1,4482	1,4925	75376,500	,169
P - szybkość reakcji na wezwanie	1,4979	1,5268	78487,500	,528
P - pielęgnowanie w atmosferze szacunku	1,4125	1,5329	72496,000	,007
Uprzejmość salowych	1,4825	1,5417	76923,000	,119
Czy czas na odwiedziny odpowiadał oczekiwaniom	1,6060	1,8328	69306,500	,010
Ogólna ocena pobytu w szpitalu	1,5179	1,6818	69268,000	,002
Czy poleciłby Pan/i szpital rodzinie/przyjaciołom	1,5720	1,8598	63701,000	,000

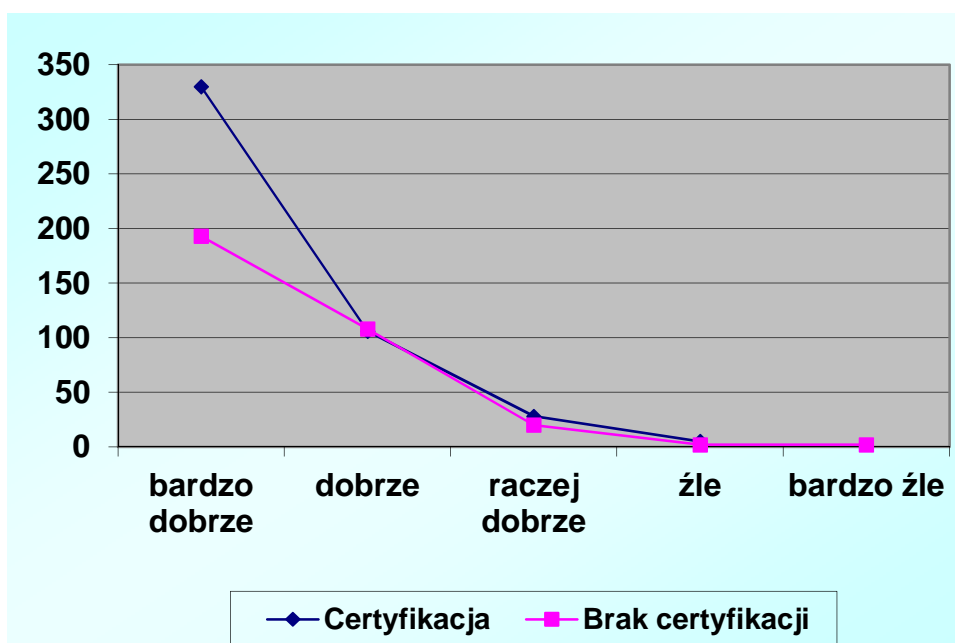
Źródło: badania własne

Stwierdzono, że w odniesieniu do ponad połowy pytań zadanych respondentom i zaprezentowanych w tabeli 16 różnice w odpowiedziach pacjentów szpitali certyfikowanych i tych bez certyfikacji okazały się istotne. Poniżej omówione zostaną najbardziej interesujące wyniki.



Rysunek 26. Ocena czasu załatwiania formalności w Izbie Przyjęć
 Źródło: badania własne

Jak się okazało, różnice w ocenie czasu załatwiania formalności w szpitalach posiadających i nieposiadających certyfikacji nie są istotne statystycznie (tabela 16).



Rysunek 27. Ocena życzliwości personelu Izby Przyjęć
 Źródło: badania własne

Jednocześnie różnica istotna (tabela 16) pojawiła się w ocenie życzliwości personelu (rysunek 27). Pacjenci szpitali certyfikowanych oceniają tę życzliwość wyżej niż pacjenci placówek nieposiadających certyfikatu jakości.

Tabela 57. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat w grupie pacjentów i szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące oceny otrzymanych informacji o terminach zabiegów na oddziale szpitalnym

Chi-kwadrat=5,171; df=3; p=,160			Certyfikacja		Ogółem
			Tak	Nie	
Oddział szpitalny - informacje o terminach planowanych zabiegów	„tak”	Liczebność %	320 67,8%	202 62,7%	522 65,7%
	„raczej tak”	Liczebność %	85 18,0%	57 17,7%	142 17,9%
	„nie”	Liczebność %	24 5,1%	28 8,7%	52 6,5%
	„nie potrzebowałem”	Liczebność %	43 9,1%	35 10,9%	78 9,8%
	Ogółem	Liczebność %	472 100,0%	322 100,0%	794 100,0%

Źródło: badania własne

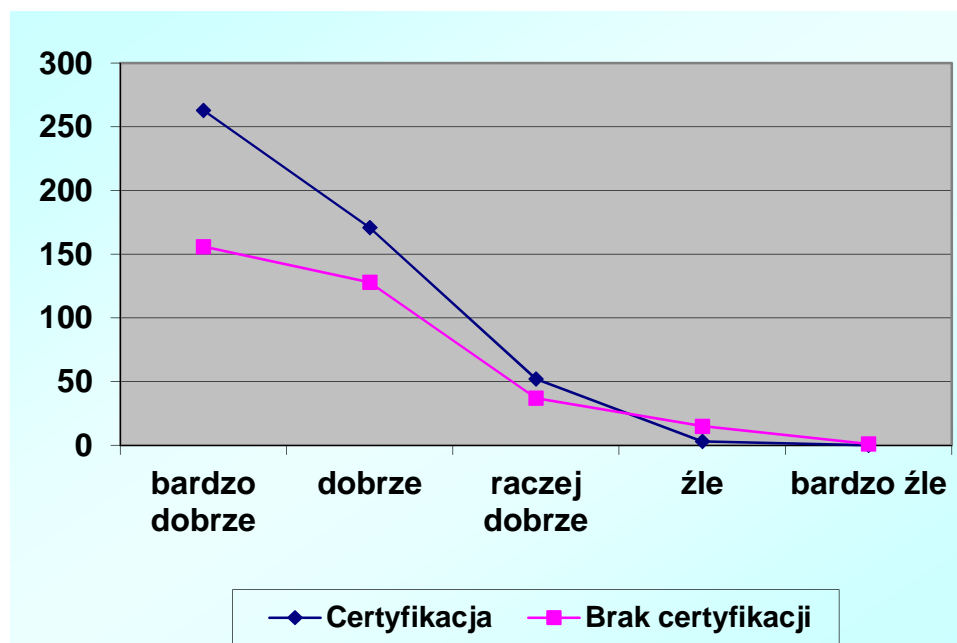
Zarówno pacjenci szpitali z certyfikowanym systemem jakości, jak i pacjenci jednostek nieposiadających takiego systemu deklarują, iż podczas przyjęcia na oddział szpitalny byli informowani o terminach planowanych zabiegów (odpowiednio – prawie 68% wskazań i niemal 63%). Odpowiednio 18% i 17,7% ankietowanych uważa z kolei, że informację taką raczej otrzymali (tabela 17).

Tabela 68. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat w grupie pacjentów szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące oceny otrzymanych informacji o sposobie przygotowania do zabiegów na oddziale szpitalnym

Chi-kwadrat=1,287; df=3; p=,732			Certyfikacja		Ogółem
			Tak	Nie	
Oddział szpitalny – informacje o sposobie przygotowania do zabiegów/badań	„tak”	Liczebność %	353 73,7%	230 70,8%	583 72,5%
	„raczej tak”	Liczebność %	72 15,0%	50 15,4%	122 15,2%
	„nie”	Liczebność %	13 2,7%	11 3,4%	24 3,0%
	„nie potrzebowałem”	Liczebność %	41 8,6%	34 10,5%	75 9,3%
	Ogółem	Liczebność %	479 100,0%	325 100,0%	804 100,0%

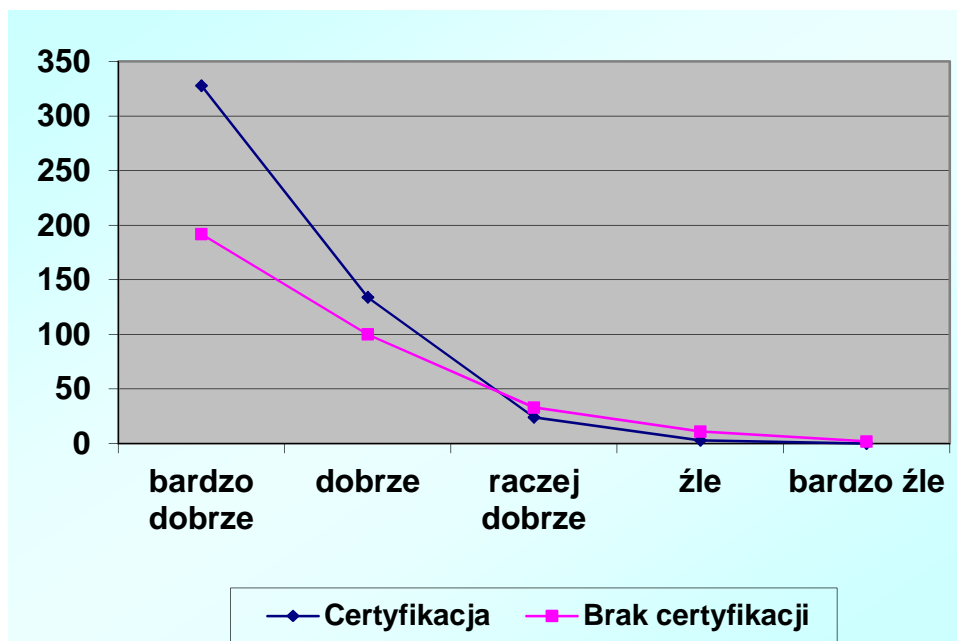
Źródło: badania własne

Ponad 70% ankietowanych z obu grup respondentów (tj. szpitali certyfikowanych i nieposiadających certyfikacji) stwierdziło, że otrzymali informacje dotyczące sposobu przygotowania się do zaplanowanego zabiegu, natomiast 15% uznało, że komunikat taki był im raczej przekazany (tabela 18).



Rysunek 28. Ocena poziomu zrozumiałości komunikatów formułowanych przez lekarzy
Źródło: badania własne

Oceniając jakość pracy personelu lekarskiego podczas pobytu w oddziale szpitalnym pacjenci wskazują na istotne różnice dotyczące zachowania lekarzy w zależności od rodzaju zatrudniającej ich placówki. Zdecydowana większość pacjentów placówek z wdrożonym systemem jakości uważa, iż lekarze wyrażają się w sposób zrozumiały dla nich i ocenia komunikację z nimi jako bardzo dobrą i dobrą. Z kolei pacjenci przebywający w niecertyfikowanych szpitalach istotnie częściej oceniali takie aspekty, jak zachowanie lekarzy i sposób ich komunikowania się mniej pozytywnie; w niektórych przypadkach uzyskano tu ocenę złą bądź bardzo złą (rysunek 28).

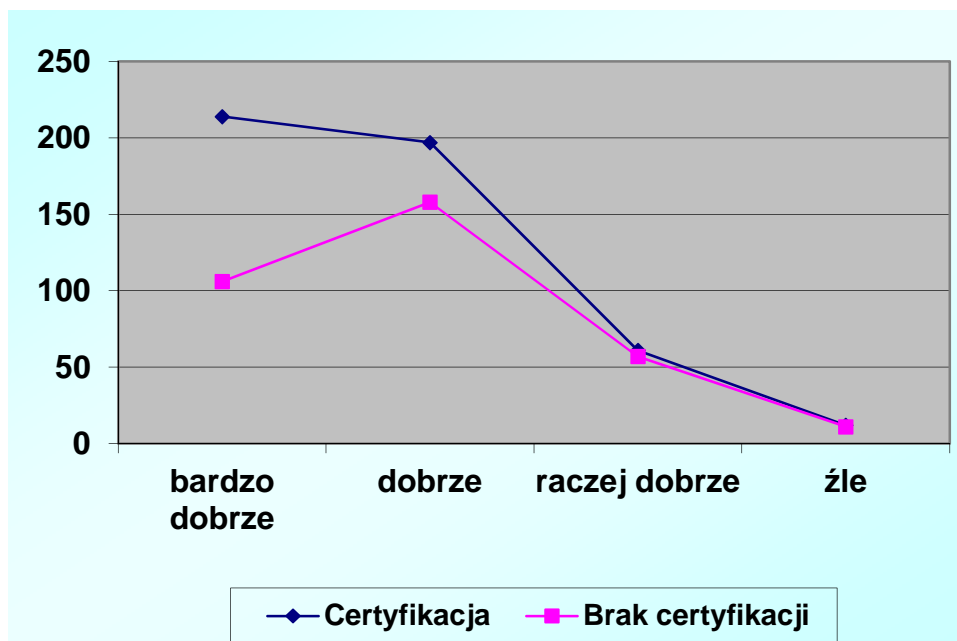


Rysunek 29. Ocena życzliwości lekarzy

Źródło: badania własne

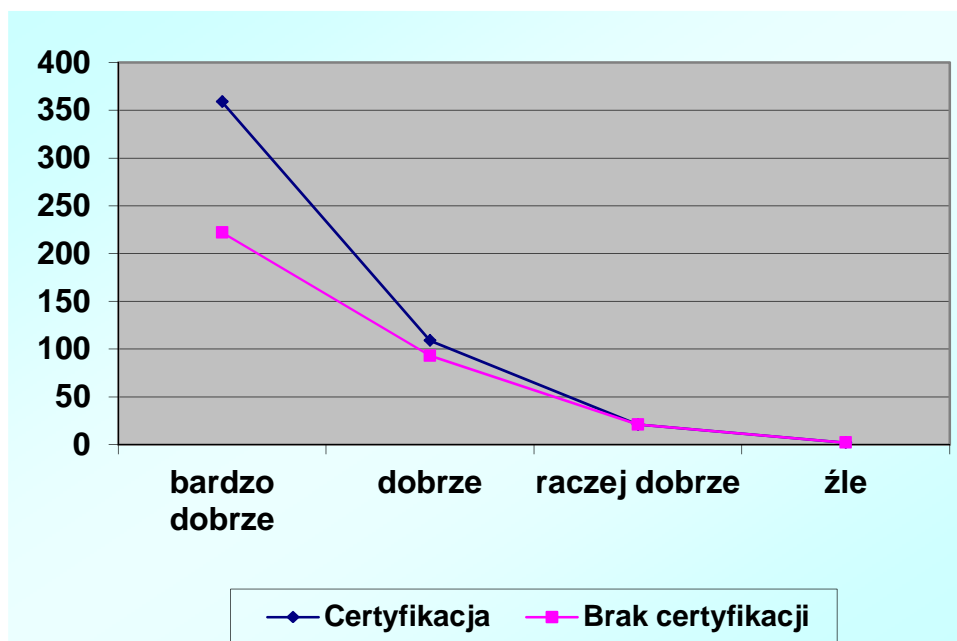
Podobną prawidłowość zauważa się w odniesieniu do oceny życzliwości lekarzy. Większość ankietowanych z placówek z wdrożonym systemem jakości ocenia życzliwość bardzo dobrze lub dobrze, z kolei wśród pacjentów korzystających z usług placówek nieposiadających certyfikacji taka cecha, jak „życzliwość” plasuje się na niższym poziomie (rysunek 29).

W przypadku szpitali certyfikowanych, najliczniejsza grupa pacjentów ocenia ilość poświęconego im przez lekarza czasu bardzo wysoko, co z kolei może potwierdzić zaledwie połowa osób z placówek bez certyfikatu (rysunek 30). Te najczęściej formułują ocenę dobrą.



Rysunek 30. Ocena ilości czasu poświęconego pacjentowi przez lekarza

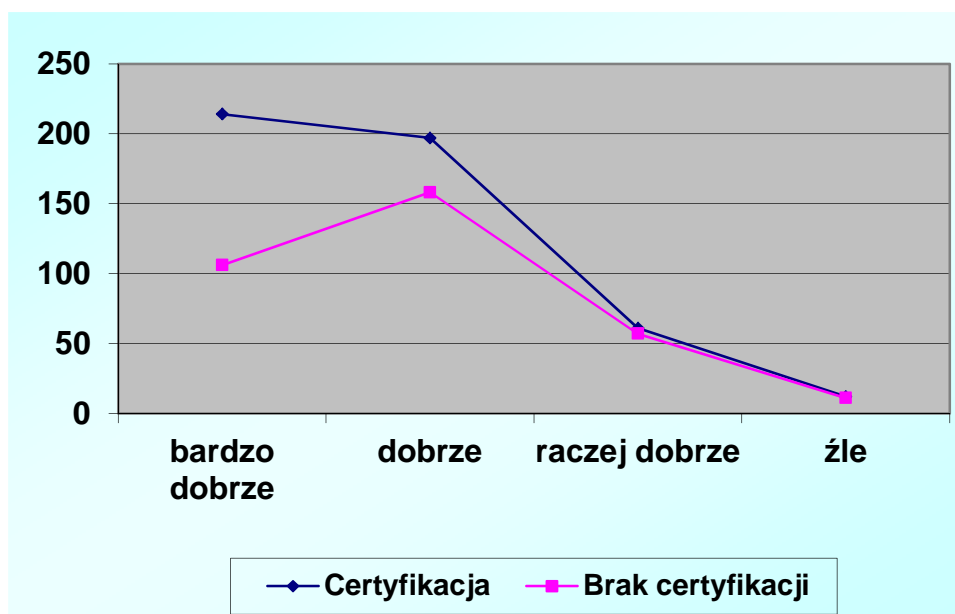
Źródło: badania własne



Rysunek 31. Ocena życzliwości pielęgniarek

Źródło: badania własne

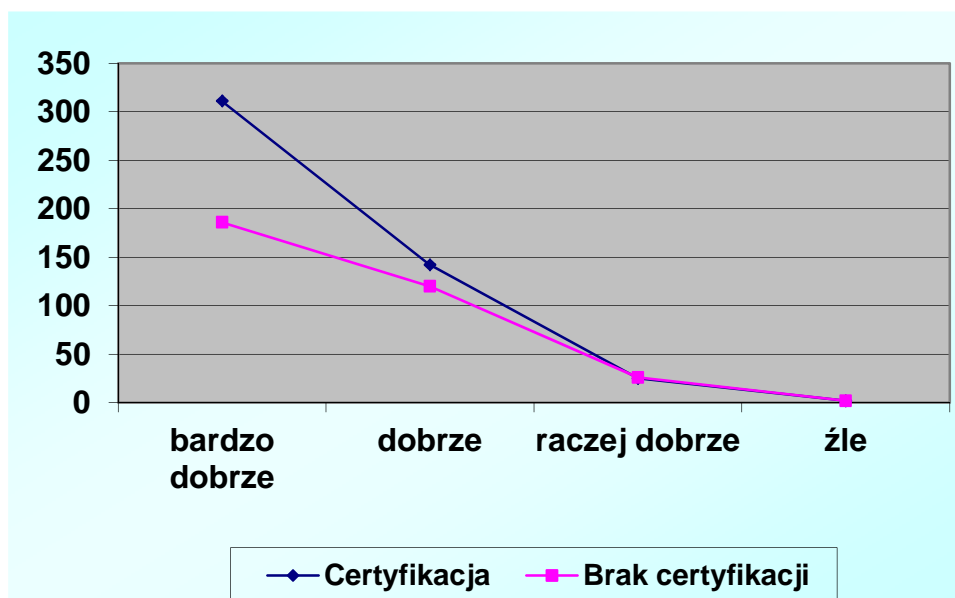
Respondenci oceniający życzliwość personelu pielęgniarskiego wyrażają istotnie różne opinie na ten temat, w zależności od rodzaju placówki, w której świadczona jest usługa medyczna. W przypadku szpitali certyfikowanych pacjenci formułują bardzo dobre, zdecydowanie rzadziej – dobre opinie na ten temat (rysunek 31).



Rysunek 32. Ocena szybkości reakcji pielęgniarek na wezwanie pacjenta

Źródło: badania własne

Odnotowano istotne statystycznie różnice w ocenie szybkości reakcji pielęgniarek na wezwanie pacjenta wśród respondentów badanych typów szpitali (rysunek 32). Rozbieżności te dotyczą głównie ocen bardzo dobrych na korzyść placówek z certyfikatem jakości.



Rysunek 33. Ocena poczucia pielęgnowania w atmosferze szacunku i poszanowania godności pacjenta przez personel pielęgniarski

Źródło: badania własne

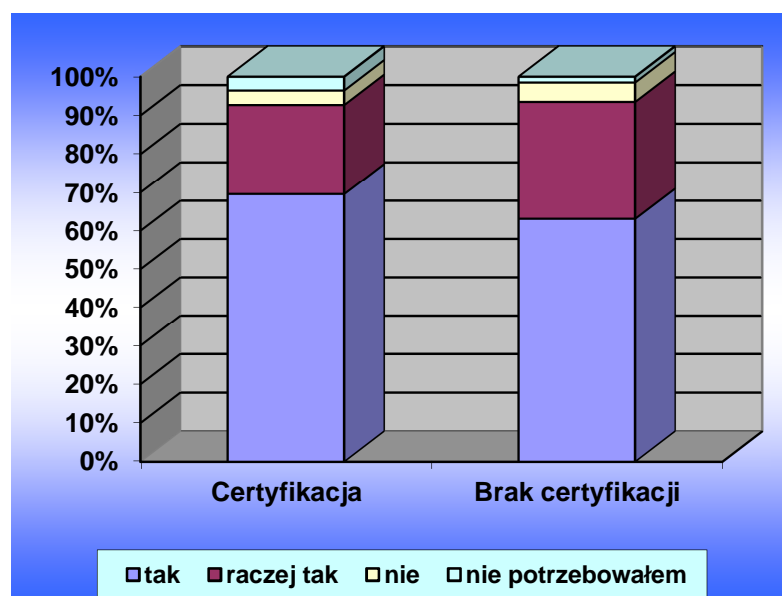
Istotne rozbieżności przedstawia powyższa graficzna ilustracja (Rysunek33). Ocena pacjentów dotycząca pielęgnowania w atmosferze szacunku i poszanowania godności jest istotnie różna w zależności od świadczenia usługi przez jednostki posiadające system zarządzania jakością bądź też te, które go nie posiadają. Ocena ta jest korzystniejsza w przypadku szpitali dbających o zapewnienie wysokiej jakości oferowanych usług zgodnej z systemem zarządzania jakością.

W zakresie udzielania informacji o różnych aspektach pobytu w szpitalu istotne różnice (Tabela 79) między szpitalami certyfikowanymi i tymi bez certyfikacji ujawniły się w obszarach dotyczących przekazywania informacji dotyczących: stanu zdrowia (Rysunek 3434), sposobu leczenia (Rysunek35) oraz ryzyka związanego z leczeniem (Rysunek 436).

Tabela 79. Informowanie o różnych aspektach hospitalizacji

Rodzaje udzielonych informacji	Chi-kwadrat	df	Istot. asympt. (2-str.)
Informacje o stanie zdrowia	9,147	3	,027
Informacje o sposobach leczenia	15,267	3	,002
Informacje o ryzyku związanym z leczeniem	15,650	3	,001
Informacje o skutkach ubocznych zażywania leków	3,154	3	,368
Informacje o przebiegu operacji/zabiegu	6,213	3	,102

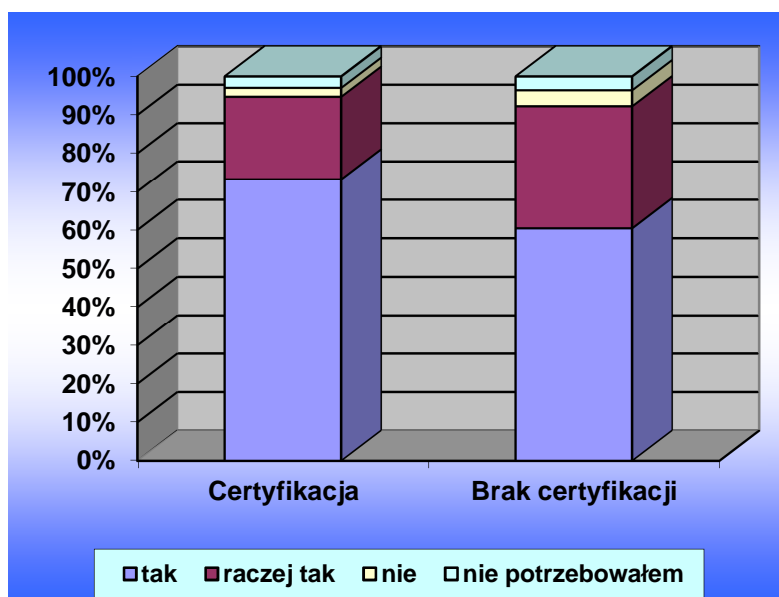
Źródło: badania własne



Rysunek 34. Informowanie pacjenta o stanie jego zdrowia

Źródło: badania własne

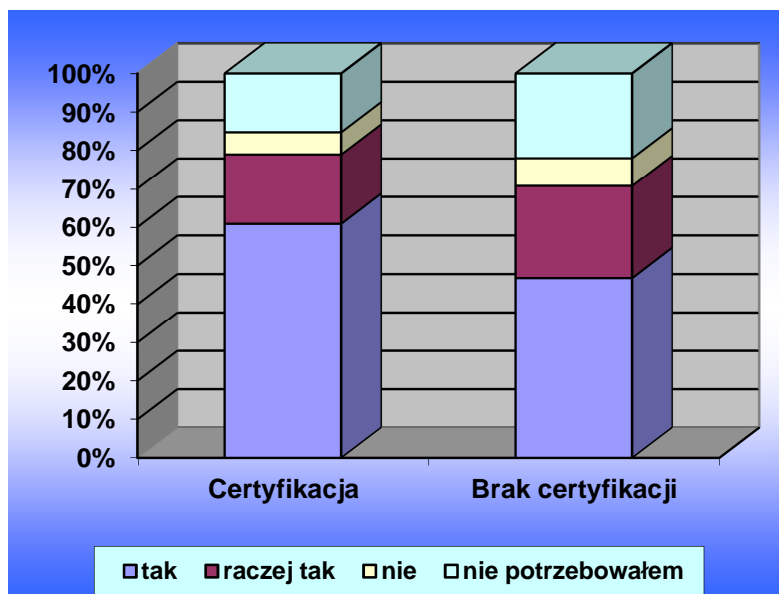
Choć w obu typach szpitali przeważała odpowiedź wskazująca na obecność informacji o stanie zdrowia (rysunek 34), to jednak istotnie częściej (Tabela 79) dostępność do tej informacji pojawiała się wśród pacjentów szpitali certyfikowanych.



Rysunek 35. Informowanie pacjenta o możliwych sposobach leczenia

Źródło: badania własne

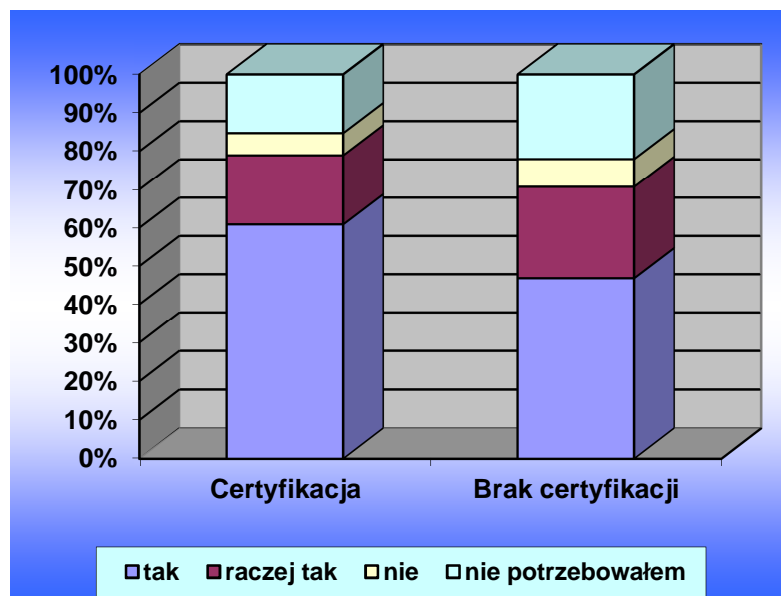
Szpitalc certyfikowane, w porównaniu ze szpitalami bez certyfikacji, znacznie bardziej dbają również o to, by personel przekazywał swoim pacjentom informacje dotyczące możliwych sposobów leczenia (Rysunek35).



Rysunek 46. Informowanie pacjenta o możliwym ryzyku związanym z leczeniem

Źródło: badania własne

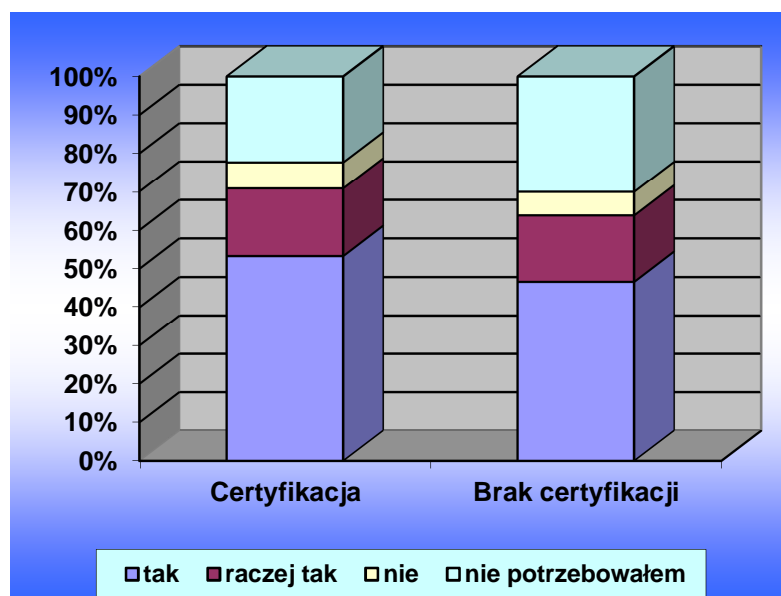
Podobne dysproporcje zauważane są w odniesieniu do istnienia informacji dotyczących ryzyka związanego z podejmowanym procesem leczenia. I w tym obszarze szpitale certyfikowane uzyskały wyższe oceny (Rysunek 46).



Rysunek 37. Informowanie pacjenta o skutkach ubocznych podawanych lekarstw

Źródło: badania własne

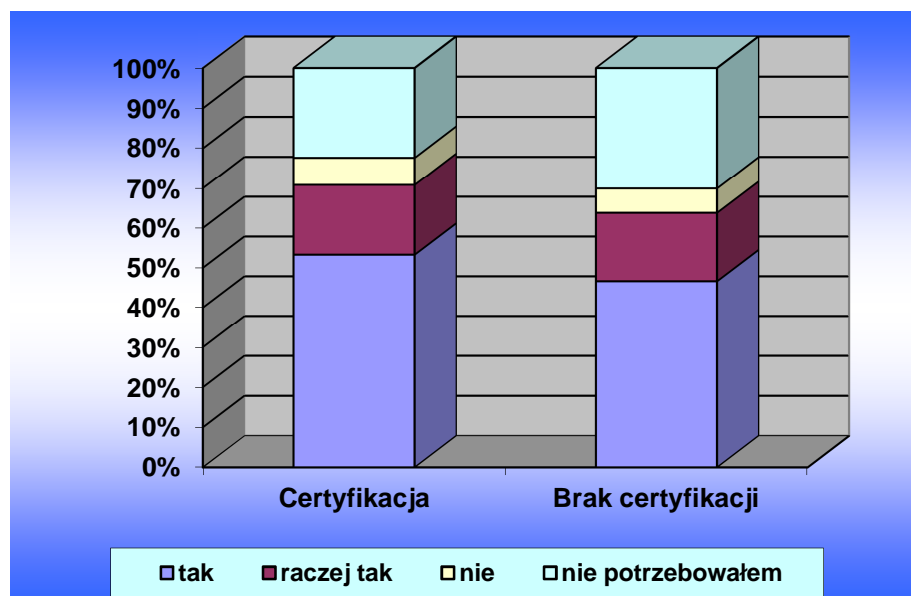
Nie odnotowano natomiast większych istotnych różnic w zakresie przekazywania informacji na temat skutków ubocznych stosowanych lekarstw w obu badanych grupach szpitali. Odsetek odpowiedzi jest raczej porównywalny (Rysunek37).



Rysunek 38. Informowanie pacjenta o przebiegu operacji bądź zabiegu

Źródło: badania własne

Podobnie oceniany był również fakt uzyskiwania informacji na temat przebiegu operacji czy przeprowadzonego zabiegu. Personel lekarski udzielał pacjentom niezbędnych informacji, przy czym nie stwierdzono istotnych różnic w tym zakresie między szpitalami certyfikowanymi i bez certyfikatu (Rysunek38).

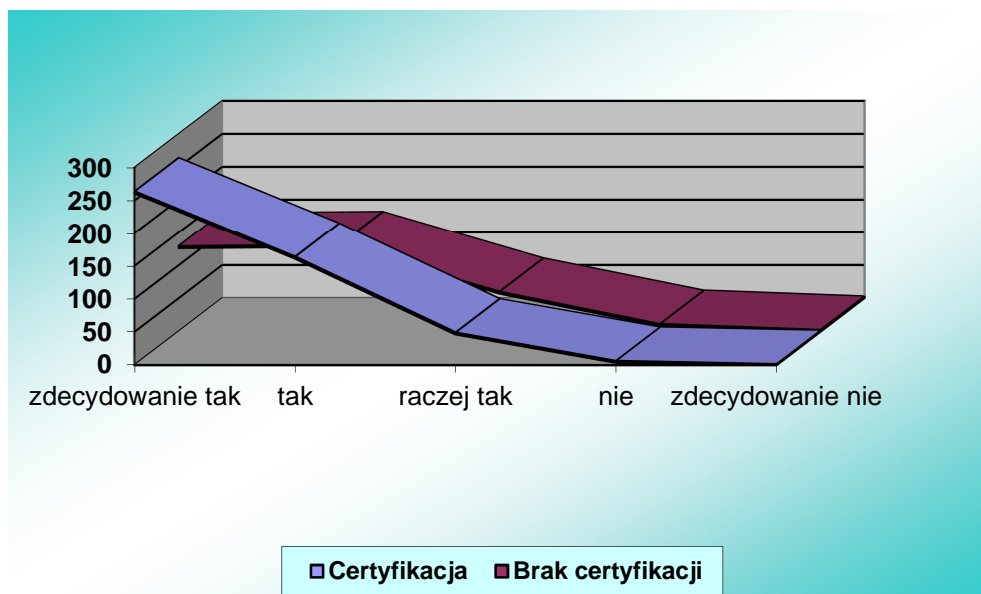


Rysunek 39. Ogólna ocena pobytu w szpitalu

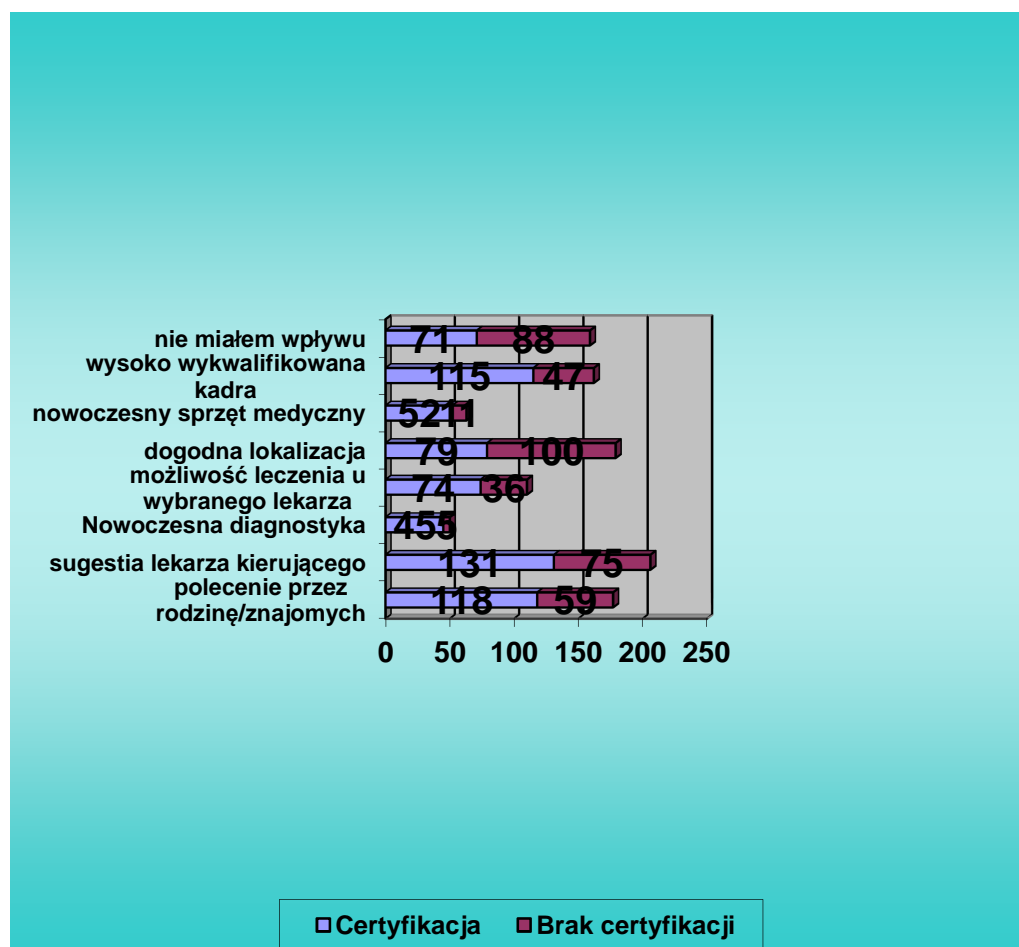
Źródło: badania własne

Jeśli chodzi o ogólną ocenę pobytu w szpitalu okazuje się, że nie ma istotnych różnic pomiędzy pacjentami szpitali certyfikowanych i tych bez certyfikacji w zakresie ocen niskich („źle” i „bardzo źle”). Takie oceny przyznawane są przez jednakowy w obu grupach, zresztą nieliczny, odsetek pacjentów. Istotna różnica pojawia się w zakresie ocen dobrych, a zwłaszcza bardzo dobrych (Rysunek 39. Ogólna ocena pobytu w szpitalu). W tym przypadku pacjenci ze szpitali certyfikowanych zdecydowanie lepiej oceniają pobyt w placówce.

Istotne różnice są widoczne również w zakresie deklaracji dotyczących chęci polecenia danej placówki medycznej rodzinie czy przyjaciołom. Pacjenci szpitali z funkcjonującym systemem zarządzania jakością są o wiele częściej zdecydowani na rekomendowanie placówki osobom ze swego otoczenia społecznego (Rysunek 40. Gotowość zarekomendowania danego szpitala rodzinie bądź przyjaciołom).



Rysunek 40. Gotowość zarekomendowania danego szpitala rodzinie bądź przyjaciołom
 Źródło: badania własne



Rysunek 45. Motywy wyboru szpitala
 Źródło: badania własne

Jeśli chodzi o motyw wyboru danego szpitala, można stwierdzić, że ankietowani ze szpitali wyróżniających się posiadaniem certyfikatów jakości najczęściej kierowali się sugestią lekarza prowadzącego, nieco mniejsza grupa respondentów wybierała placówki polecane im przez rodzinę bądź znajomych lub też decydowała się na podjęcie procesu leczenia w placówce ze względu na wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną. Z kolei respondenci placówek bez wdrożonego systemu jakości najczęściej kierowali się dogodną lokalizacją placówki bądź też deklarowali, iż nie mieli wpływu na wybór szpitala (rysunek 41).

4.5. Typ własności szpitala a zarządzanie jakością

4.5.1. Kierownicy

Biorąc pod uwagę typ własności jako zmienną hipotetycznie różnicującą odpowiedzi respondentów-kierowników na pytania dotyczące systemu zarządzania jakością należy stwierdzić, że nie pojawiło się w tym obszarze zbyt wiele istotnych różnic (Tabela 20).

W szpitalach prywatnych istotnie lepiej oceniany jest: udział pracowników w tworzeniu wizji szpitala, sprawność funkcjonowania systemu komunikacji wewnętrznej oraz tworzenie zespołów zadaniowych. W placówkach tych 100% kierowników twierdzi, iż pracownicy współtworzą wizję jednostki, w której pracują. Z kolei w szpitalach publicznych takie działania podejmowane są przez istotnie mniejszą grupę pracowników, co deklaruje 85,5% kierowników.

Dość duże i również istotne dysproporcje zauważono w ocenie dotyczącej funkcjonowania komunikacji wewnętrznej. Zaledwie 61,3% kierowników placówek publicznych ocenia ją jako sprawną, co potwierdza zdecydowanie większa grupa kierowników placówek niepublicznych (83,3%). W tym kontekście należy zastanowić się nad wprowadzeniem działań mających na celu udoskonalenie obszaru związanego z przepływem informacji w badanych placówkach, a także usprawnieniem komunikacji wewnętrznej.

Istotne różnice zaobserwowano też w deklaracjach dotyczących funkcjonowania zespołów zadaniowych w obu typach jednostek. Ich utworzenie potwierdza 94,4% kierowników szpitali prywatnych i 70% kierowników placówek publicznych.

Tabela 20. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między kierownikami certyfikowanych szpitali prywatnych i publicznych – ocena funkcjonowania wdrożonego systemu zarządzania jakością

Pytanie					Typ własności		Ogółem
Chi-kwadrat	df	p			prywatne	publiczne	
Czy aktywizuje Pan/i podwładnych do działań projakościowych? ,596	1	,440	tak %	n %	18 100,0%	60 96,8%	78 97,5%
Czy pracownicy mają swój udział w tworzeniu wizji szpitala? 2,944	1	,086	tak %	n %	18 100,0%	53 85,5%	71 88,8%
Czy sprawnie funkcjonuje system komunikacji wewnętrznej? 3,031	1	,082	tak %	n %	15 83,3%	38 61,3%	53 66,3%
Czy w ZOZ istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych? ,000	1	1,000	tak %	n %	15 83,3%	50 83,3%	65 83,3%
Czy pracownicy mają zapewnione regularne szkolenia? 1,222	1	,269	tak %	n %	18 100,0%	58 93,5%	76 95,0%
Czy program szkoleniowy jest modyfikowany i ulepszany? ,226	1	,634	tak %	n %	15 88,2%	57 91,9%	72 91,1%
Czy wspiera Pan/i pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy? 1,222	1	,269	tak %	n %	18 100,0%	58 93,5%	76 95,0%
Czy koordynuje Pan/i realizację wyznaczonej polityki jakości? ,150	1	,698	tak %	n %	17 94,4%	55 91,7%	72 92,3%
Czy istnieje dobry klimat w zespole i wzajemne zaufanie? ,015	1	,902	tak %	n %	17 94,4%	59 95,2%	76 95,0%
Czy w szpitalu funkcjonują koła jakości? ,593	1	,441	tak %	n %	13 76,5%	40 66,7%	53 68,8%
Czy identyfikowane są problemy istniejące w placówce? ,024	1	,878	tak %	n %	17 94,4%	57 93,4%	74 93,7%
Czy personel jest informowany o planach krótko- i długofalowych szpitala? ,940	1	,332	tak %	n %	16 88,9%	48 78,7%	64 81,0%
Czy pracownicy uczestniczą w procesie podejmowania decyzji? ,190	1	,663	tak %	n %	12 75,0%	48 80,0%	60 78,9%
Czy zachęca Pan/i podwładnych do dokonywania samokontroli? 1,489	1	,222	tak %	n %	17 100,0%	56 91,8%	73 93,6%
Czy utworzone są zespoły zadaniowe? 4,490	1	,034	tak %	n %	17 94,4%	42 70,0%	59 75,6%
Czy dba Pan/i, by przekazywane informacje docierały do każdego pracownika? ,015	1	,902	tak %	n %	17 94,4%	59 95,2%	76 95,0%
Czy czuje się Pan/i odpowiedzialny/a za sukces szpitala? ,197	1	,657	tak %	n %	17 94,4%	59 96,7%	76 96,2%

Źródło: badania własne

Warto też zwrócić uwagę na to, które z obszarów systemu zarządzania jakością funkcjonują zdaniem kierowników lepiej niż inne. W całej próbie kierowników najlepiej oceniana jest realizacja zadania, jakim jest aktywizacja podwładnych do działań projakościowych (97,5%), natomiast najsłabiej wypada funkcjonowanie wspomnianego już systemu komunikacji wewnętrznej (66,3%).

4.5.2. Pracownicy

Kolejną grupę respondentów oceniających funkcjonowanie wdrożonego systemu zarządzania jakością w badanych dwóch typach własności szpitali stanowili szeregowi pracownicy.

Swoje zaangażowanie w realizację polityki jakości w stopniu dużym i umiarkowanym deklaruje łącznie 97% ankietowanych pracowników szpitali prywatnych, co potwierdza też grupa 93,3% respondentów szpitali publicznych, i co nie stanowi istotnej różnicy w ocenie porównywanych jednostek (Tabela 21).

Tabela 21. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali prywatnych i publicznych – ocena ich zaangażowania w realizację polityki jakości

Chi-kwadrat =1,800 df =2 p=,407			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Jakie jest Pani/a zaangażowanie w realizację polityki jakości?	małe	Liczebność % z Typ własności	2 3,0%	12 6,7%	14 5,7%
	umiarkowana	Liczebność % z Typ własności	35 52,2%	81 45,3%	116 47,2%
	duże	Liczebność % z Typ własności	30 44,8%	86 48,0%	116 47,2%
Ogółem		Liczebność % z Typ własności	67 100,0%	179 100,0%	246 100,0%

Źródło: badania własne

Podobnie oceniane są również podejmowane przez personel obu typów placówek działania mające na celu korygowanie, zapobieganie i doskonalenie jakości na zajmowanym stanowisku pracy. Łącznie ponad 64,6% ankietowanych podejmuje te działania codziennie, 13,4% raz w tygodniu, a 8% raz na miesiąc. Zaledwie 2,2% respondentów twierdzi, że wcale nie podejmuje takich działań (Tabela22).

Tabela 22. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali prywatnych i publicznych – ocena podejmowanych działań doskonalących system jakości

Chi-kwadrat =4,777 df =4 p=,311			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Jak często podejmuje Pan/i działania korygujące, zapobiegawcze i doskonalące jakość na swoim stanowisku pracy?	systematycznie codziennie	Liczebność % z Typ własności	33 53,2%	232 66,7%	265 64,6%
	raz w tygodniu	Liczebność % z Typ własności	11 17,7%	44 12,6%	55 13,4%
	raz w miesiącu	Liczebność % z Typ własności	7 11,3%	26 7,5%	33 8,0%
	rzadziej	Liczebność % z Typ własności	10 16,1%	38 10,9%	48 11,7%
	wcale	Liczebność % z Typ własności	1 1,6%	8 2,3%	9 2,2%
Ogółem	Liczebność % z Typ własności	62 100,0%	348 100,0%	410 100,0%	

Źródło: badania własne

Istotne różnice zaobserwowano w zakresie oceny przydatności w danej placówce systemu zarządzania jakością; ogólnie – ponad 95% ankietowanych z placówek prywatnych i 84% ankietowanych z placówek publicznych ocenia tę przydatność jako dużą bądź umiarkowaną. Ponad 12% badanych z placówek publicznych uważa przydatność systemu zarządzania jakością za małą, a 3,4% w ogóle nie obserwuje zaistniałych zmian (Tabela 83).

Tabela 83. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali prywatnych i publicznych – ocena przydatności systemu jakości

Chi-kwadrat =7,047 df =3 p=,070			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Jak ocenia Pan przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości?	nie zaobserwowano	Liczebność % z Typ własności	2 2,9%	6 3,4%	8 3,3%
	mała	Liczebność % z Typ własności	1 1,5%	22 12,4%	23 9,4%
	umiarkowana	Liczebność % z Typ własności	28 41,2%	64 36,2%	92 37,6%
	duża	Liczebność % z Typ własności	37 54,4%	85 48,0%	122 49,8%
Ogółem	Liczebność % z Typ własności	68 100,0%	177 100,0%	245 100,0%	

Źródło: badania własne

Wiele różnic obserwuje się w zakresie ocen poszczególnych aspektów dotyczących kwestii jakości w analizowanych jednostkach prywatnych i publicznych, co przedstawia Tabela 94. Pracownicy szpitali prywatnych, identyfikujący się ze wszystkimi działaniami projakościowymi podejmowanymi przez ich jednostki, stanowią 97% ankietowanych, podczas gdy takie deklaracje wyraża mniejsza grupa pracowników szpitali publicznych, tj. 89% respondentów.

Tabela 94. Ocena pracy własnej pracowników certyfikowanych szpitali prywatnych i publicznych

Pytania i zadania pracowników			Typ własności		
Chi-kwadrat	df	p	prywatne	publiczne	Ogółem
1	2	3	4	5	6
Czy identyfikuje się Pan/i z działaniami projakościowymi podejmowanymi przez jednostkę?					
		tak	65	160	225
3,298	1	,069 n %	97,0%	89,9%	91,8%
Czy w pełni akceptuje Pan/i wizję szpitala?					
		tak	44	139	183
4,286	1	,038 n %	65,7%	78,5%	75,0%
Czy w szpitalu istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?					
		tak	59	224	283
15,509	1	,000 n %	88,1%	63,5%	67,4%
Czy istnieje program szkoleniowy i jest wspierana edukacja?					
		tak	58	267	325
4,372	1	,037 n %	86,6%	74,8%	76,7%
Czy doskonali Pan/i swoje umiejętności?					
		tak	66	308	374
6,865	1	,009 n %	97,1%	85,6%	87,4%
Czy kierownictwo motywuje Panią/a do działania poprzez pochwały i udzielanie wsparcia?					
		tak	43	168	211
5,680	1	,017 n %	63,2%	47,5%	50,0%
Czy sprawnie funkcjonuje komunikacja wewnętrzna i przepływ informacji?					
		tak	42	193	235
1,421	1	,233 n %	62,7%	53,9%	55,3%
Co ceni sobie Pan/i bardziej: pracę zespołową czy indywidualne podejmowanie decyzji?					
		tak	62	303	365
4,183	1	,041 n %	93,9%	84,4%	85,9%
Czy w szpitalu funkcjonują koła jakości?					
		tak	48	196	244
2,846	1	,092 n %	71,6%	60,7%	62,6%
Czy programy kół jakości sprawiły, że wykonywana praca jest bardziej interesująca?					
		tak	36	134	170
1,002	1	,317 n %	78,3%	70,9%	72,3%
Czy poświęca Pan/i swój prywatny czas (w trakcie przerw, w domu) na przemyślenia związane z problematyką jakości?					
		tak	20	116	136
6,940	1	,008 n %	41,7%	62,7%	58,4%
Czy uważa Pan/i, że prowadzony program jakości powinien obejmować nowe grupy pracowników oraz być kontynuowany?					
		tak	45	170	215
2,713	1	,100 n %	97,8%	90,4%	91,9%

1	2	3	4	5	6
Jakie podejmuje Pan/i działania w celu zwiększenia satysfakcji pacjentów:					
1. Poświęcam więcej czasu na rozmowę z pacjentem ,309	1	nie n %, ,578	21 35,0%	94 31,3%	115 31,9%
2. Wspieram i pocieszam chorych w trudnych chwilach ,388	1	nie n %, ,533	20 33,3%	87 29,3%	107 30,0%
3. Udzielam w języku zrozumiałym dla pacjenta wszelkich niezbędnych informacji o jego stanie zdrowia, sposobach leczenia ,078	1	nie n %, ,780	25 41,7%	118 39,7%	143 40,1%
4. Uważnie słucham chorych i zachęcam ich do zadawania pytań ,121	1	nie n %, ,728	21 35,0%	111 37,4%	132 37,0%
5. Jestem zdolny/a do empatii 9,465	1	nie n %, ,002	23 38,3%	178 59,9%	201 56,3%
6. Dbam o czystość sal i higienę chorych ,982	1	nie n %, ,322	24 40,0%	99 33,3%	123 34,5%
7. Nawiązuję współpracę nie tylko z pacjentem, ale również z jego rodziną ,012	1	nie n %, ,914	25 41,7%	126 42,4%	151 42,3%
8. Stwarzam miłą atmosferę rozładowując jednocześnie stres chorych związany z pobytem w szpitalu 3,455	1	nie n %, ,063	24 40,0%	83 27,9%	107 30,0%
9. Dbam o wysoką kulturę obsługi pacjenta ,395	1	nie n %, ,530	16 26,7%	68 22,9%	84 23,5%
10. Jestem uprzejmy/a, życzliwy/a i często się uśmiecham ,047	1	nie n %, ,828	11 18,3%	51 17,2%	62 17,4%
11. Jestem delikatna/y i staranny/a przy wykonywaniu zabiegów i opatrunków ,009	1	nie n %, ,923	16 26,7%	81 27,3%	97 27,2%
12. Dbam o pielęgnację pacjenta w atmosferze szacunku i poszanowania godności ,056	1	nie n %, ,812	15 25,0%	70 23,6%	85 23,8%
Czy czuje się Pan/i odpowiedzialny/a za sukces szpitala ,325	1	tak n %, ,568	54 88,5%	302 85,8%	356 86,2%

Źródło: badania własne

Istotne różnice obserwuje się w odniesieniu do pełnej akceptacji wizji szpitala. Odsetek prawie 79% pracowników jednostek publicznych wyraża taką akceptację, co z kolei potwierdza 65,7 % respondentów szpitali prywatnych. Powyższa różnica wskazuje na fakt

istnienia wśród pracowników placówek prywatnych większej dbałości o wysoką jakość świadczonych usług medycznych i ich stałe udoskonalanie. Pewne dysproporcje obserwuje się również w odniesieniu do systemu podnoszenia kwalifikacji przez podwładnych. Istnienie takiego systemu w badanych szpitalach prywatnych deklaruje ponad 88% ankietowanych, co z kolei potwierdzić może jedynie grupa 63% pracowników placówek publicznych.

Wiele istotnych różnic zidentyfikowano jeszcze w kilku innych badanych obszarach. Zdecydowanie lepiej mianowicie oceniane są przez pracowników szpitali prywatnych takie aspekty, jak: istnienie programów szkoleniowych dla personelu i wspieranie edukacji w jednostkach; doskonalenie umiejętności własnych; motywowanie poprzez pochwały i udzielanie wsparcia przez kierownictwo; zespołowe wykonywanie zadań pracowniczych oraz zdolność do empatii w stosunku do usługobiorców.

4.5.3. Pacjenci

Ostatnią porównywaną grupę badawczą stanowili pacjenci szpitali publicznych i prywatnych. Poniższa Tabela 105 przedstawia listę powodów, którymi kierowali się pacjenci przy wyborze placówki, w której chcieli rozpocząć proces leczenia. Istotne różnice na korzyść placówek prywatnych odnotowano w przypadku polecenia danego szpitala przez rodzinę czy znajomych (76,3%), istnienia nowoczesnej diagnostyki (57,8%) oraz wyposażenia w nowoczesny sprzęt medyczny (57,7%).

Tabela 105. Powody wyboru danej placówki medycznej w opinii pacjentów szpitali prywatnych i publicznych

Pytanie			Typ własności		
Chi-kwadrat	df	p	prywatne	publiczne	Ogółem
74,628	1	,000	90 76,3%	28 23,7%	118 100,0%
,393	1	,530	52 39,7%	79 60,3%	131 100,0%
5,060	1	,024	26 57,8%	19 42,2%	45 100,0%
2,287	1	,130	37 50,0%	37 50,0%	74 100,0%
1,668	1	,197	28 35,4%	51 64,6%	79 100,0%
5,877	1	,015	30 57,7%	22 42,3%	52 100,0%
3,527	1	,060	57 49,6%	58 50,4%	115 100,0%
21,499	1	,000	12 16,9%	59 83,1%	71 100,0%

Źródło: badania własne

W zakresie przekazywania przez personel szpitala informacji dotyczących harmonogramu dnia i zasad funkcjonowania oddziału, respondenci placówek objętych badaniami nie zauważyli istotnych różnic (Tabela 116). Porównywalny odsetek ankietowanych pacjentów jednostek prywatnych i publicznych (odpowiednio 49,5% oraz 50,7%) otrzymał informacje w tym zakresie.

Tabela 116. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania o zasadach funkcjonowania szpitala

Chi-kwadrat=,894 df=3 p=,827			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Informacje o harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału	tak	n %	97 49,5%	140 50,7%	237 50,2%
	raczej tak	n %	39 19,9%	61 22,1%	100 21,2%
	nie	n %	33 16,8%	39 14,1%	72 15,3%
	nie potrzebowałem	n %	27 13,8%	36 13,0%	63 13,3%
Ogółem	n %	196 100,0%	276 100,0%	472 100,0%	

Źródło: badania własne

Dość znaczne różnice obserwowano natomiast w zakresie oznakowania pomieszczeń szpitalnych (Tabela 127). Fakt istnienia takich komunikatów deklarowała większa grupa respondentów szpitali publicznych (53,6%) w stosunku do pacjentów placówek prywatnych (42,3%). Warto w tym miejscu zastanowić się nad wpływem na powyższą ocenę wielkości placówek; placówki publiczne (np. kliniczne) są zwykle większe, co powoduje konieczność szczegółowego opisu poszczególnych pomieszczeń.

Tabela 127. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu oznakowania pomieszczeń szpitalnych

Chi-kwadrat=13,605 df=3 p=,003			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Informacje o rozmieszczeniu pomieszczeń w szpitalu	tak	n	82	149	231
		%	42,3%	53,6%	48,9%
	raczej tak	n	30	51	81
		%	15,5%	18,3%	17,2%
	nie	n	43	30	73
		%	22,2%	10,8%	15,5%
	nie potrzebowałem	n	39	48	87
		%	20,1%	17,3%	18,4%
Ogółem		n	194	278	472
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: badania własne

Informacje o terminach planowanych zabiegów istotnie częściej przekazywane były pacjentom prywatnych jednostek, co zadeklarowało 74,7% osób (Tabela 138).

Tabela 138. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o terminie planowanego zabiegu

Chi-kwadrat=9,390 df=3 p=,025			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Informacje o terminach planowanych zabiegów	tak	n	148	172	320
		%	74,7%	62,8%	67,8%
	raczej tak	n	32	53	85
		%	16,2%	19,3%	18,0%
	nie	n	6	18	24
		%	3,0%	6,6%	5,1%
	nie potrzebowałem	n	12	31	43
		%	6,1%	11,3%	9,1%
Ogółem		n	198	274	472
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: badania własne

Pacjenci szpitali prywatnych istotnie częściej otrzymywali także informacje na temat stanu zdrowia. Taką opinię wyraża prawie 78% ankietowanych, co przedstawia Tabela 149.

Tabela 149. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia

Chi-kwadrat=11,129 df=3 p=,011			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Informacje o stanie zdrowia	tak	n %	154 77,8%	180 63,8%	334 69,6%
	raczej tak	n %	35 17,7%	76 27,0%	111 23,1%
	nie	n %	5 2,5%	13 4,6%	18 3,8%
	nie potrzebowałem	n %	4 2,0%	13 4,6%	17 3,5%
Ogółem		n %	198 100,0%	282 100,0%	480 100,0%

Źródło: badania własne

Wyraźne różnice obserwuje się również w odniesieniu do faktu przedstawienia pacjentowi możliwych sposobów leczenia. Ponad 81% respondentów szpitali prywatnych deklaruje istnienie takiego zjawiska, co potwierdza 67,6% pacjentów placówek publicznych.

Tabela 30. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o możliwych sposobach leczenia

Chi-kwadrat=13,003 df=3 p=,005			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Informacje o sposobach leczenia	tak	n %	157 81,3%	190 67,6%	347 73,2%
	raczej tak	n %	32 16,6%	70 24,9%	102 21,5%
	nie	n %	2 1,0%	9 3,2%	11 2,3%
	nie potrzebowałem	n %	2 1,0%	12 4,3%	14 3,0%
Ogółem		n %	193 100,0%	281 100,0%	474 100,0%

Źródło: badania własne

Znaczne różnice widoczne są także w dziedzinie informowania pacjenta o wielkości ryzyka związanego z podejmowanym leczeniem (Tabela 31). Fakt przekazania informacji na ten temat potwierdza 72,3% pacjentów szpitali oraz 52,9% pacjentów szpitali publicznych.

Tabela 31. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o ryzyku związanym z leczeniem

Chi-kwadrat=18,393 df=3 p=,000			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Informacje o ryzyku związanym z leczeniem	tak	n %	138 72,3%	145 52,9%	283 60,9%
	raczej tak	n %	27 14,1%	57 20,8%	84 18,1%
	nie	n %	8 4,2%	19 6,9%	27 5,8%
	nie potrzebowałem	n %	18 9,4%	53 19,3%	71 15,3%
Ogółem	n %	191 100,0%	274 100,0%	465 100,0%	

Źródło: badania własne

W szpitalach niepublicznych personel medyczny istotnie częściej przekazuje informacje na temat przebiegu operacji bądź zabiegu. Taką opinię wyraża 66,8% ankietowanych, co przedstawia Tabela 32.

Tabela 32. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o przebiegu operacji

Chi-kwadrat=36,710 Df=3 P=,000			Typ własności		Ogółem
			prywatne	publiczne	
Informacje o przebiegu operacji/zabiegu	tak	n %	127 66,8%	116 43,6%	243 53,3%
	raczej tak	n %	35 18,4%	45 16,9%	80 17,5%
	nie	n %	10 5,3%	21 7,9%	31 6,8%
	nie potrzebowałem	n %	18 9,5%	84 31,6%	102 22,4%
Ogółem	n %	190 100,0%	266 100,0%	456 100,0%	

Źródło: badania własne

Poniżej przedstawiono wiele czynników świadczących o jakości oferowanych usług medycznych w opinii pacjenta. Zaobserwowano wiele istotnych różnic w ocenie poszczególnych aspektów świadczonych usług, dokonanej zarówno przez pacjentów prywatnych, jak i publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Tabela 153).

Biorąc pod uwagę opinie pacjentów, istotne różnice odnotowano w następujących obszarach: ocena czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala, organizacja sposobu przyjęcia na oddział, życzliwość personelu Izby Przyjęć, zapewnienie intymności pacjentom badanym w izbach przyjęć.

Oceniając oddział szpitalny zauważono kolejne istotne różnice w aspekcie wyposażenia sal chorych, dostępu do telefonu czy też istnienia dobrych warunków do snu i odpoczynku.

Respondenci oceniali też pewne pozamedyczne czynniki świadczące o stopniu jakości oferowanych usług. Jednym z nich jest ocena podawanych posiłków pod kątem ich urozmaicenia, ilości czy też temperatury. Wymienione cechy okazały się być istotne statystycznie w obu typach własności szpitali.

Znaczne różnice zanotowano także w ocenie pracy lekarzy; szczególnie istotne okazały się takie wymiary, jak: uważne słuchanie pacjenta, zapewnienie pacjentowi intymności, wyrażanie się w sposób zrozumiały, życzliwość i dostępność lekarza oraz ilość czasu poświęconego pacjentowi.

Obie grupy respondentów oceniały także pracę personelu pielęgniarskiego. Ważna okazała się życzliwość, staranność wykonanych zabiegów, dostępność w dzień i w porze nocnej, szybkość reakcji na wezwanie i pielęgnowanie w atmosferze szacunku.

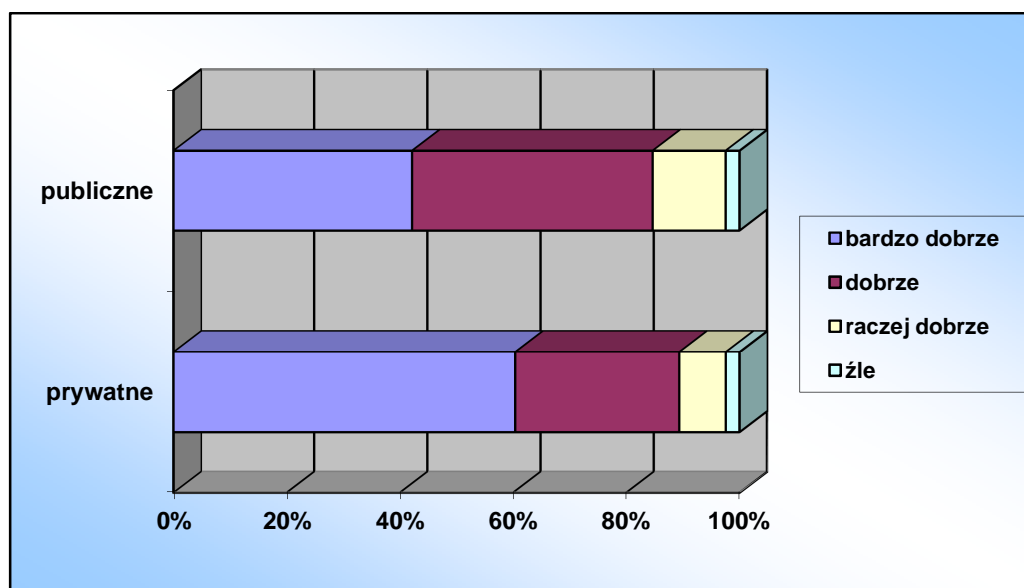
Różna i istotna była też ogólna ocena pobytu w szpitalu, a także fakt polecenia danej placówki medycznej rodzinie bądź przyjacielom.

Tabela 153. Wyniki Testu U Manna-Whitneya dla szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena czynników pomiaru satysfakcji pacjenta

Czynniki pomiaru satysfakcji pacjenta	Typ własności		Z	Poziom istotności (dwustronny)
	prywatne	publiczne		
Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala	250,88	194,71	-4,995	,000
Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala	224,28	194,67	-2,691	,007
IP - czas załatwiania formalności	229,79	225,89	-,330	,742
IP - organizacja sposobu przyjęcia na oddział	212,02	245,11	-2,926	,003
IP - życzliwość personelu	211,48	251,59	-3,946	,000
IP- zapewnienie intymności	204,87	242,55	-3,335	,001
IP - czystość	225,72	233,86	-,785	,433
IP - wyposażenie	217,25	233,79	-1,449	,147
O - czystość sali chorych	249,74	247,61	-,191	,848
O - wyposażenie sali chorych	221,61	266,17	-3,769	,000
O - czystość toalet	235,61	254,34	-1,602	,109
O - przystosowanie łazienek	240,64	242,98	-,193	,847
O - warunki do snu i odpoczynku	228,57	256,86	-2,412	,016
O - dostęp do telefonu	222,33	257,38	-3,028	,002
Urozmaicenie posiłków	216,68	250,41	-2,800	,005
Ilość pożywienia	208,87	255,11	-3,882	,000
Temperatura posiłków	221,44	247,35	-2,204	,028
Pomoc przy spożywaniu	231,11	213,56	-1,480	,139
L - uważne słuchanie pacjenta	219,57	259,16	-3,559	,000
L - zapewnienie intymności	216,59	254,63	-3,324	,001
L - wyrażanie się w sposób zrozumiały	213,56	266,76	-4,576	,000
L - życzliwość lekarza	213,47	266,82	-4,988	,000
L - dostępność lekarza	212,18	251,14	-3,377	,001
L - ilość czasu dla pacjenta	216,33	260,47	-3,712	,000
Czy personel medyczny wygłaszał sprzeczne opinie	242,05	235,23	-,945	,345
Czy personel medyczny rozmawiał o Panu/i w obecności osób trzecich	241,73	236,34	-1,011	,312
P - życzliwość pielęgniarek	227,66	259,04	-3,123	,002
P - staranność wykonywanych zabiegów	225,82	254,15	-2,797	,005
P - dostępność w dzień	226,14	253,02	-2,547	,011
P - dostępność w nocy	213,29	252,78	-3,646	,000
P - szybkość reakcji na wezwanie	215,69	256,05	-3,621	,000
P - pielęgnowanie w atmosferze szacunku	225,37	251,12	-2,390	,017
Uprzejmość salowych	220,15	258,77	-3,456	,001
Czy czas na odwiedziny odpowiadał oczekiwaniom?	244,92	226,90	-1,576	,115
Ogólna ocena pobytu w szpitalu	215,23	253,59	-3,393	,001
Czy poleciliby Pan/i szpital rodzinie/przyjaciołom	206,29	263,55	-5,000	,000

Źródło: badania własne

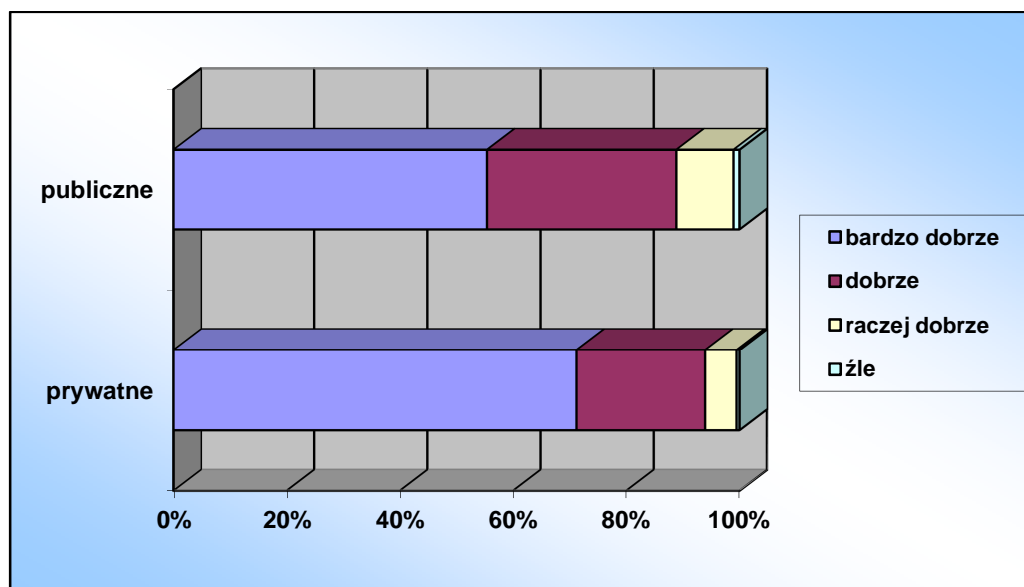
Około 50% ankietowanych przebywających w szpitalach prywatnych oceniło standard wyposażenia sal chorych na oddziale szpitalnym bardzo dobrze, podczas gdy podobną opinię wyraziło zaledwie ok. 30% pacjentów placówek publicznych (Rysunek42).



Rysunek 42. Ocena wyposażenia sal chorych

Źródło: badania własne

Ankietowani oceniali również pracę personelu lekarskiego pod kątem jakości sprawowanej przez nich opieki. Istotne różnice zaobserwowano w kwestii uważnego słuchania pacjenta – aż 60% respondentów szpitali prywatnych oceniło lekarzy bardzo dobrze. Jeśli chodzi z kolei o pacjentów placówek publicznych, to bardzo dobrą opinię w odniesieniu do tej umiejętności lekarzy wyraziło tylko 40% (Rysunek 43).

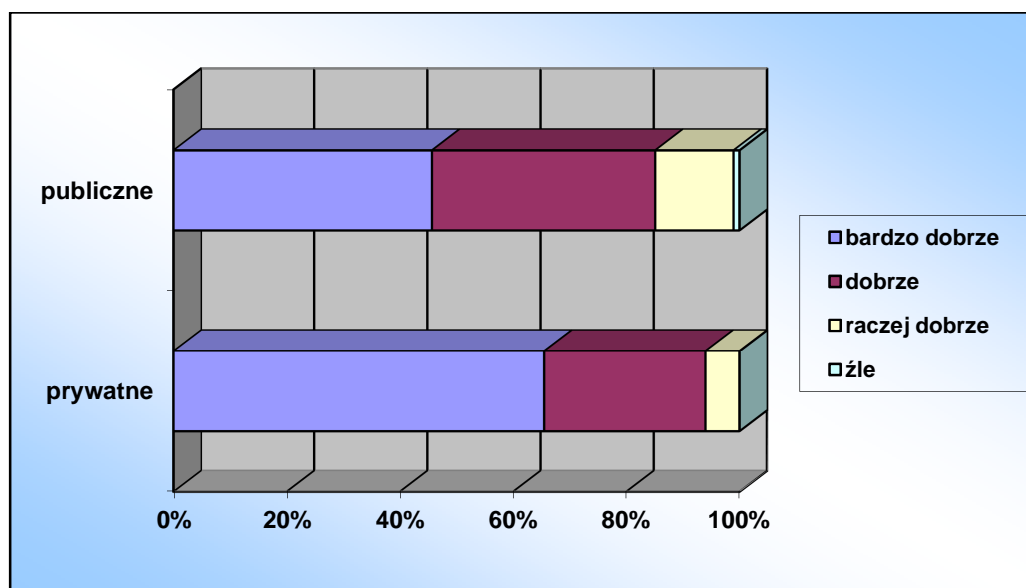


Rysunek 43. Ocena umiejętności lekarzy w zakresie uważnego słuchania

Źródło: badania własne

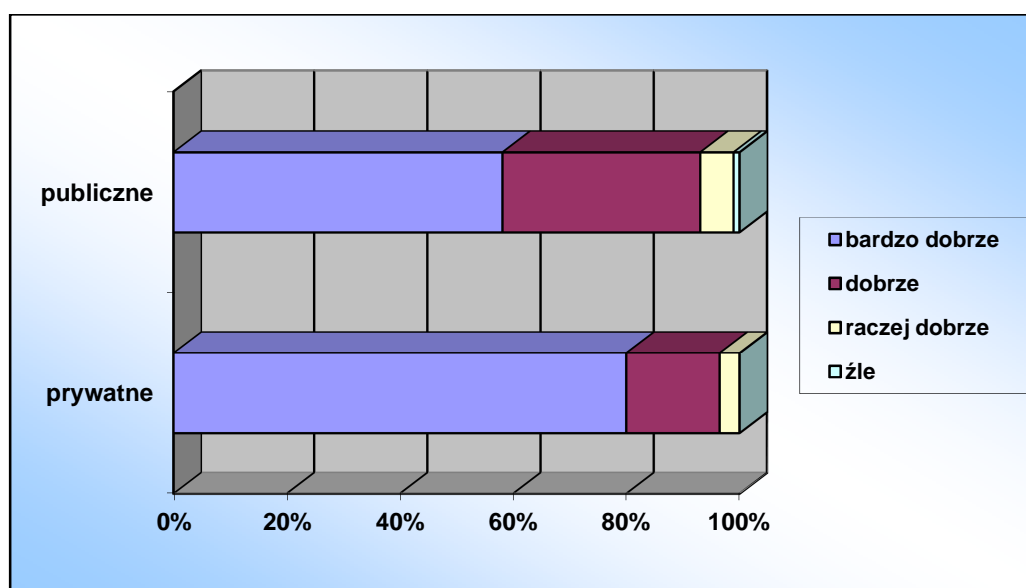
Jednocześnie, niecałe 60% pacjentów ze szpitali prywatnych uznało, iż lekarze przekazując im informacje dotyczące ich stanu zdrowia i przebiegu procesu leczenia,

wyrażają się w sposób dla nich zrozumiały. Takie przekonanie deklarują również pacjenci placówek publicznych, ale jest to zaledwie grupa ok. 30% (Rysunek).



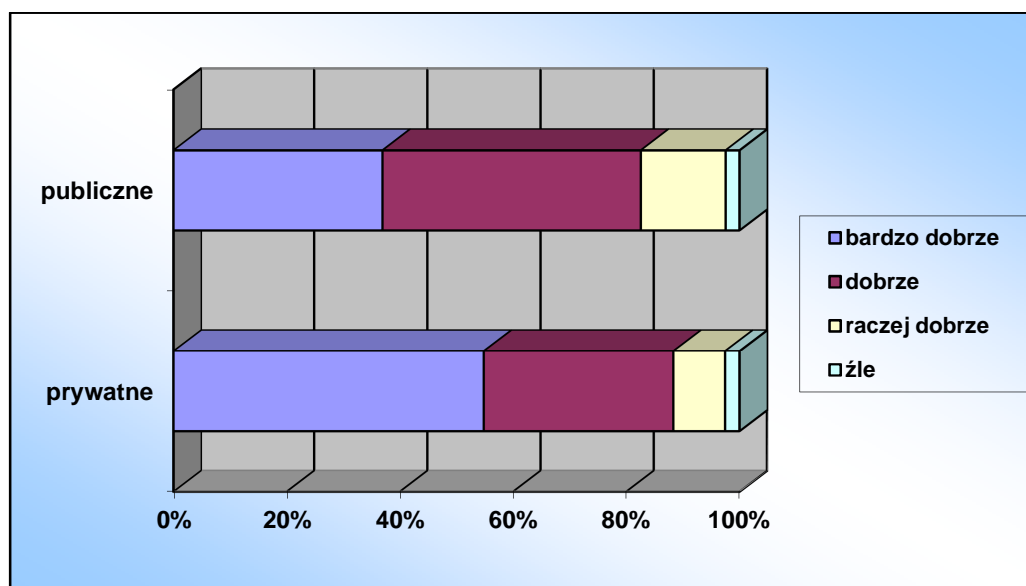
Rysunek 44. Ocena umiejętności lekarzy w zakresie formułowania zrozumiałych komunikatów
Źródło: badania własne

Kolejnym kryterium oceny personelu lekarskiego była jego życzliwość. Tu również zaobserwowano istotne różnice w ocenie dokonanej przez pacjentów szpitali publicznych i prywatnych. Aż 70% pacjentów placówek prywatnych oceniło badaną życzliwość lekarzy bardzo dobrze, podobną opinię w szpitalach publicznych uzyskano od ponad 40% respondentów, co przedstawia Rysunek 45.



Rysunek 45. Ocena życzliwości lekarza
Źródło: badania własne

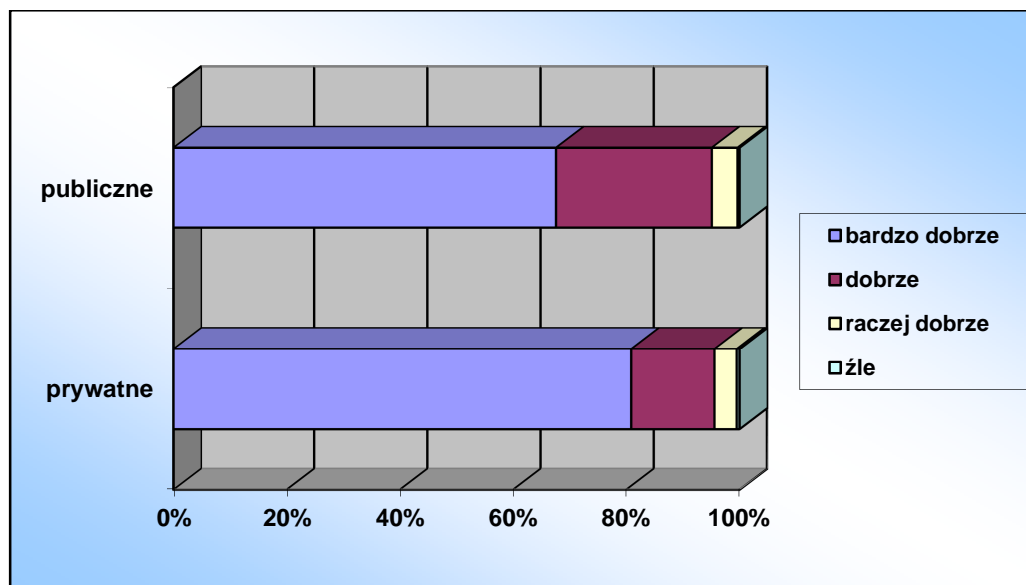
Innym ocenianym aspektem pracy lekarzy była ilość czasu poświęcanego pacjentowi. Ponad 40% ankietowanych ze szpitali prywatnych oceniło ten aspekt bardzo dobrze, co potwierdziło o połowę mniej pacjentów z placówek publicznych (Rysunek 46).



Rysunek 46. Ocena ilości czasu poświęconego pacjentowi przez lekarza

Źródło: badania własne

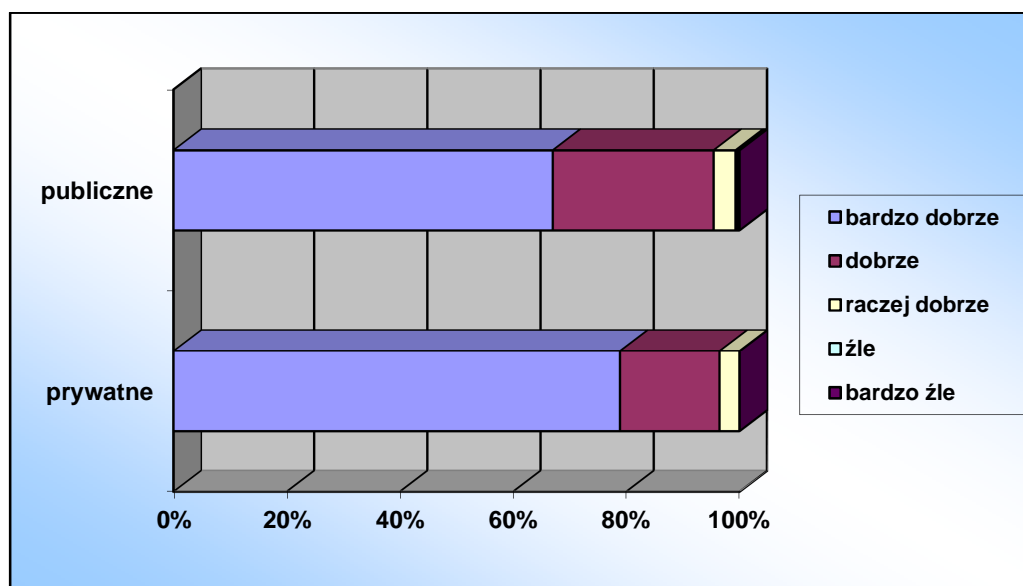
Kolejną grupą zawodową ocenianą przez pacjentów badanych szpitali publicznych i prywatnych był personel pielęgniarski. Jednym z ocenianych kryteriów był stopień życzliwości pielęgniarek wobec pacjentów. Zaobserwowano tu istotne różnice w ocenie na korzyść placówek prywatnych. Życzliwość pielęgniarek oceniło bardzo dobrze 70% pacjentów szpitali prywatnych, co ilustruje Rysunek 67.



Rysunek 67. Ocena życzliwości pielęgniarek

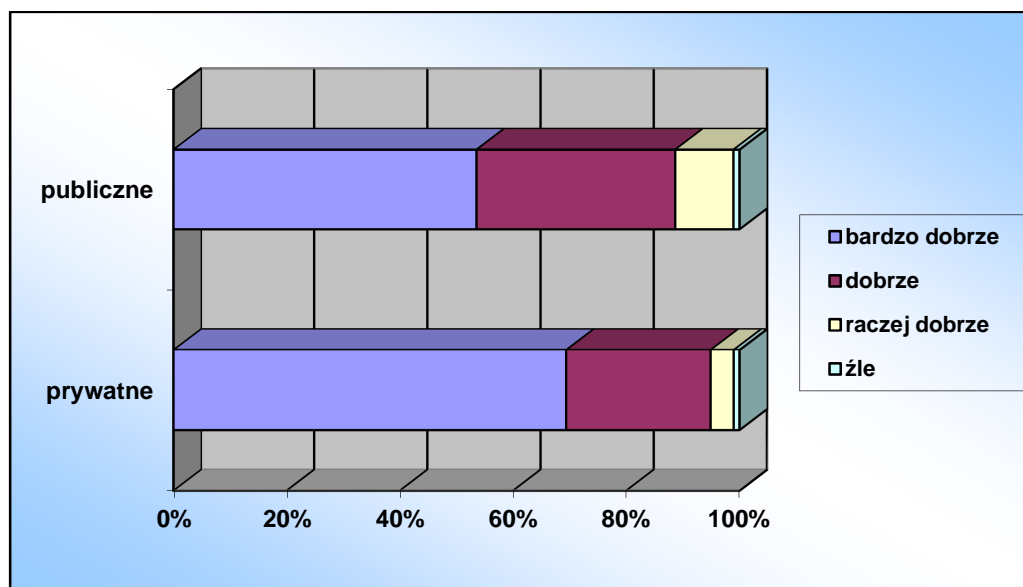
Źródło: badania własne

Kolejną ocenianą cechą była staranność wykonywanych przez pielęgniarki zabiegów. Jak się okazuje, w szpitalach prywatnych te czynności wykonywane były istotnie lepiej – ok. 70% pacjentów oceniło ich wykonanie bardzo dobrze (Rysunek 48).



Rysunek 48. Ocena staranności zabiegów wykonywanych przez personel pielęgniarski
Źródło: badania własne

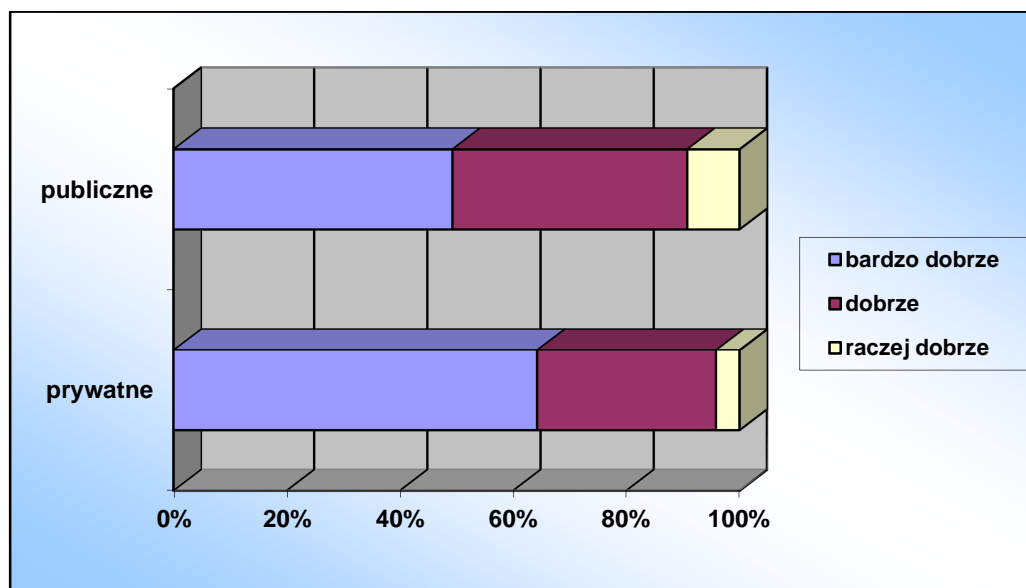
Respondenci odpowiadali również na pytanie dotyczące szybkości reakcji pielęgniarek na wezwanie pacjenta. w szpitalach prywatnych odnotowywano istotnie częściej lepszą opinię, co oceniło w stopniu bardzo dobrym prawie 60% ankietowanych (Rysunek 49).



Rysunek 49. Ocena szybkości reakcji personelu pielęgniarskiego na wezwanie pacjenta
Źródło: badania własne

Pacjenci pytani byli także o kilka innych ogólnych aspektów, które również mogą świadczyć o jakości oferowanych usług medycznych. Między innymi dokonywali ogólnej oceny pobytu w danym szpitalu. W szpitalach prywatnych ocena ta wypadła istotnie lepiej –

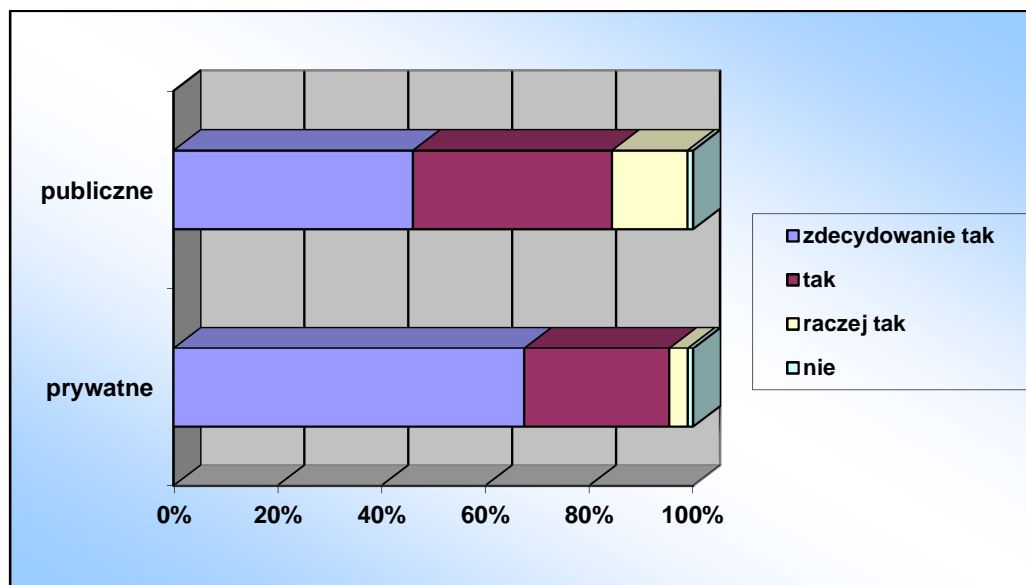
ponad 50% pacjentów sformułowało ocenę bardzo dobrą, co deklarowało tylko ponad 30% ankietowanych w publicznych placówkach medycznych (Rysunek 50).



Rysunek 50. Ogólna ocena pobytu w szpitalu w opinii pacjentów certyfikowanych szpitali prywatnych i publicznych

Źródło: badania własne

Prawie 60% pacjentów podejmujących proces leczenia w szpitalach prywatnych zadeklarowało ponadto, iż zdecydowanie poleciliby tę placówkę swojej rodzinie bądź przyjaciołom. Świadczyć to może o ich dużym zaufaniu do personelu medycznego i wysokim stopniu zadowolenia z efektów leczenia. Podobne przekonanie wyraziła istotnie mniejsza, bo ok. 30%, grupa pacjentów szpitali publicznych (Rysunek 51).



Rysunek 51. Gotowość zarekomendowania szpitala innym osobom

Źródło: badania własne

4.6. Porównanie ocen pacjentów szpitali polskich i niemieckich na przykładzie wybranych odpowiedzi respondentów

Poniższej podjęto próbę analizy danych, uzyskanych od grupy pacjentów szpitali mających status placówek prywatnych, posiadających wdrożony system zarządzania jakością potwierdzony odpowiednim certyfikatem jakości.

Zmienną różnicującą odpowiedzi respondentów jest kraj prowadzonych badań, czyli teren Polski i Niemiec.

W celu dokonania przedmiotowego porównania wybrano kilka badanych obszarów poziomu satysfakcji pacjenta, związanych z czynnikami zarówno medycznymi, jak i pozamedycznymi, w których zaobserwowano istotne statystycznie różnice.

Na pytanie dotyczące powodów, dla których pacjenci wybrali akurat dany szpital jako miejsce podjęcia procesu leczenia uzyskano szereg różnorodnych odpowiedzi. Okazuje się, iż znaczne różnice dotyczą kwestii wyboru placówki medycznej będącego skutkiem polecenia przez najbliższe grono osób zaufanych, czyli rodzinę i znajomych. Aż 63% ankietowanych z Niemiec zadeklarowało dokładnie takie postępowanie, podczas gdy w Polsce takimi rekomendacjami przy wyborze placówki kieruje się 37% społeczności (Tabela 164).

Tabela 164. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala poleconego przez rodzinę/znajomych w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=10,815 df=1 p=,001			Wybór - polecenie przez rodzinę/znajomych		Ogółem
			nie	tak	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	95 62,9%	56 37,1%	151 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	20 37,0%	34 63,0%	54 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	115 56,1%	90 43,9%	205 100,0%

Źródło: badania własne

Ważna jest również dogodna lokalizacja jednostki świadczącej usługi medyczne, co potwierdza 35% ankietowanych obywateli z Niemiec (Tabela 175).

Tabela 175. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala ze względu na dogodną lokalizację w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=28,807 df=1 p=,000			Wybór - dogodna lokalizacja		Ogółem
			nie	tak	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	142 94,0%	9 6,0%	151 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	35 64,8%	19 35,2%	54 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	177 86,3%	28 13,7%	205 100,0%

Źródło: badania własne

Na wybór placówki medycznej przez pacjentów wpływała też sugestia lekarza kierującego, opinię taką wyraziło 35% ankietowanych z Niemiec oraz 21% pacjentów z Polski (Tabela 186). Okazało się również, że pacjenci w Niemczech skierowanie na leczenie szpitalne otrzymują najczęściej od lekarza, u którego leczą się prywatnie (Tabela 197); potwierdziło to 45% respondentów. W Polsce z kolei zdecydowana większość, bo aż 42%, skierowanie na leczenie w prywatnych szpitalach otrzymuje od lekarzy rodzinnych bądź specjalistów w przychodni, dane te uzyskano na podstawie wypowiedzi 22% ankietowanych. Zatem istotna dysproporcja w przyczynach wyboru konkretnej placówki medycznej może być spowodowana faktem zwiększonego zaufania do lekarzy w gabinetach prywatnych.

Tabela 186. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala poleconego przez lekarza kierującego w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=3,734 df=1 p=,053			Wybór - sugestia lekarza kierującego		Ogółem
			nie	tak	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	118 78,1%	33 21,9%	151 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	35 64,8%	19 35,2%	54 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	153 74,6%	52 25,4%	205 100,0%

Źródło: badania własne

Tabela 197. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący uzyskanego skierowania na leczenie szpitalne pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=30,565 df=5 p=,000			Kto wydał skierowanie do szpitala?					Ogółem	
			LR w przychodni	Specjalista w przychodni	Lekarz - prywatnie	Lekarz pogotowia	nagły/bez skierowania		Przeniesiony z innego szpitala
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	63 42,3%	33 22,1%	17 11,4%	5 3,4%	26 17,4%	5 3,4%	149 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	10 20,4%	4 8,2%	22 44,9%	1 2,0%	9 18,4%	3 6,1%	49 100,0%
	Ogółem	Liczebność % z kraj	73 36,9%	37 18,7%	39 19,7%	6 3,0%	35 17,7%	8 4,0%	198 100,0%

Źródło: badania własne

W Polsce, jak wynika z badań, istotną rolę przy wyborze placówki ma także fakt posiadania przez nią nowoczesnego sprzętu medycznego, co potwierdza 18% pacjentów, podczas gdy w Niemczech zaledwie 5% respondentów bierze pod uwagę ten fakt (Tabela 208).

Tabela 208. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala wyposażonego w nowoczesny sprzęt medyczny w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=4,837 df=1 p=,028			Wybór - nowoczesny sprzęt medyczny		Ogółem
			nie	tak	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	124 82,1%	27 17,9%	151 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	51 94,4%	3 5,6%	54 100,0%
	Ogółem	Liczebność % z kraj	175 85,4%	30 14,6%	205 100,0%

Źródło: badania własne

Odnotowano również duże rozbieżności w obu badanych krajach pod względem czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Ponad 57% pacjentów niemieckich uznało, iż przyjęci byli do szpitala tego samego dnia, prawie 30% czekało na przyjęcie od 1-6 dni, natomiast nie było ani jednej osoby, która czekałaby dłużej niż jeden miesiąc, co z kolei deklarowali pacjenci w Polsce (Tabela 219).

Tabela 219. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala w opinii pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=20,019 df=6 p=,003			Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala							Ogółem
			bez oczekiwania	1-6 dni	1-2 tyg.	2 tyg. -1 mies.	1-2 mies.	2 mies. - pół roku	> pół roku	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	45 31,7%	30 21,1%	29 20,4%	9 6,3%	15 10,6%	12 8,5%	2 1,4%	142 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	27 57,4%	14 29,8%	4 8,5%	2 4,3%	0 0%	0 0%	0 0%	47 100,0%
	Ogółem	Liczebność % z kraj	72 38,1%	44 23,3%	33 17,5%	11 5,8%	15 7,9%	12 6,3%	2 1,1%	189 100,0%

Źródło: badania własne

Pacjenci oceniali także pewne pozamedyczne aspekty związane z pobytem w szpitalu. Jednym z nich była ocena posiłków oferowanych w szpitalu i pomoc ze strony personelu przy ich spożywaniu. Pacjenci z Niemiec istotnie częściej wyrażali lepsze opinie, z czego 31% na poziomie bardzo dobrym, a 48% dobrym w porównaniu z deklaracjami składanymi przez pacjentów polskich – 13% odpowiedzi „bardzo dobrze”, a 18% – „dobrze” (Tabela 40).

Tabela 40. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący oceny uzyskanej pomocy przy spożywaniu posiłków przez pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=37,031 df=5 p=,000			Pomoc przy spożywaniu posiłków					Ogółem	
			bardzo dobrze	dobrze	raczej dobrze	źle	bardzo źle		nie potrzebo wałem
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	18 13,6%	25 18,9%	8 6,1%	2 1,5%	0 ,0%	79 59,8%	132 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	9 31,0%	14 48,3%	4 13,8%	1 3,4%	1 3,4%	0 ,0%	29 100,0%
	Ogółem	Liczebność % z kraj	27 16,8%	39 24,2%	12 7,5%	3 1,9%	1 ,6%	79 49,1%	161 100,0%

Źródło: badania własne

Prowadzone wśród pacjentów badania uwidocznily pewne różnice związane ze znajomością nazwisk personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, sprawującego opiekę medyczną. 91% pacjentów niemieckich oświadczyło, że znają z imienia i nazwiska zarówno lekarzy, jak i pielęgniarki, podczas gdy w Polsce znajomość imion i nazwisk personelu medycznego wśród pacjentów kształtowała się na poziomie niespełna 79% (Tabela 41).

Tabela 41. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący znajomości nazwiska lekarza i pielęgniarki przez pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=3,758 df=1 p=,053			Zna imię i nazwisko lekarza/pielęgniarki		Ogółem
			tak	nie	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	110 78,6%	30 21,4%	140 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	42 91,3%	4 8,7%	46 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	152 81,7%	34 18,3%	186 100,0%

Źródło: badania własne

Kolejne analizowane zagadnienie dotyczyło spostrzeżeń pacjentów na temat przedstawienia się z imienia i nazwiska przez personel na oddziale szpitalnym. Uzyskane wyniki badań wykazały, że w Niemczech przedstawia się 91,7% personelu, natomiast w Polsce czyni tak tylko 60,1% lekarzy i pielęgniarek, co można postrzegać niestety jako wyraz braku szacunku wobec pacjenta (Tabela 42).

Tabela 42. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania o przedstawienie się personelu w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=17,116 df=2 p=,000			Czy personel oddziału przedstawił się?			Ogółem
			tak	nie	nie pamiętam/ zbyt chory	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	86 60,1%	46 32,2%	11 7,7%	143 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	44 91,7%	2 4,2%	2 4,2%	48 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	130 68,1%	48 25,1%	13 6,8%	191 100,0%

Źródło: badania własne

Pacjenci badanych szpitali prywatnych dawali dość zróżnicowane odpowiedzi na pytanie dotyczące udzielania przez personel medyczny informacji o skutkach ubocznych przyjmowanych leków. W Niemczech 54% pacjentów uważa, że otrzymało takie komunikaty, a prawie 20% jest raczej pewnych, że komunikaty takie zostały przekazane. Sytuacja ta wygląda inaczej w opinii pacjentów polskich, spośród których odpowiedź „tak”

zaznaczyło 42% ankietowanych, a odpowiedź „raczej tak” 15% osób uczestniczących w badaniu (Tabela 223).

Tabela 223. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący uzyskanych informacji o skutkach ubocznych leków przez pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=7,462 df=3 p=,059			Informacje o skutkach ubocznych leków				Ogółem
			tak	raczej tak	nie	nie potrzebowałem	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	59 42,4%	21 15,1%	24 17,3%	35 25,2%	139 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	25 54,3%	9 19,6%	9 19,6%	3 6,5%	46 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	84 45,4%	30 16,2%	33 17,8%	38 20,5%	185 100,0%

Źródło: badania własne

Inny badany aspekt pobytu w szpitalu dotyczy rzetelnie przekazanych pacjentowi informacji na temat przebiegu operacji czy procesu leczenia. Uzyskane odpowiedzi respondentów w Niemczech wykazują, że 72% z nich jest bardzo dobrze, a 24% raczej dobrze zorientowanych w tej kwestii. W Polsce odpowiednio 65% i 16% ankietowanych potwierdza ten fakt (Tabela 234).

Tabela 234. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący uzyskanych informacji o przebiegu leczenia szpitalnego przez pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=6,790 df=3 p=,079			Informacje o przebiegu operacji/zabiegu				Ogółem
			tak	raczej tak	nie	nie potrzebowałem	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	91 65,0%	23 16,4%	9 6,4%	17 12,1%	140 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	36 72,0%	12 24,0%	1 2,0%	1 2,0%	50 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	127 66,8%	35 18,4%	10 5,3%	18 9,5%	190 100,0%

Źródło: badania własne

Istotnie różne odpowiedzi uzyskano także na pytanie związane z możliwością porozmawiania z kimś z personelu o obawach towarzyszących sytuacji hospitalizacji. I tak

np., istnienie możliwości wsparcia ze strony personelu pielęgniarskiego zgłosiło 31% pacjentów niemieckich i 16% pacjentów polskich (Tabela 245).

Tabela 245. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący możliwości rozmowy z pielęgniarką w trudnych momentach w opinii pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=4,261 df=1 p=,039			Pielęgniarka - rozmowa w momentach trudnych		Ogółem
			nie	tak	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	118 83,1%	24 16,9%	142 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	31 68,9%	14 31,1%	45 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	149 79,7%	38 20,3%	187 100,0%

Źródło: badania własne

Sytuacja ta wygląda nieco inaczej w przypadku chęci nawiązania rozmowy z lekarzem w momentach trudnych dla pacjenta. 51% pacjentów niemieckich potwierdza istnienie takiej możliwości, natomiast aż 70% pacjentów polskich uznało, że nie miało szansy na kontakt i dialog z personelem lekarskim, mimo odczuwania potrzeby w tym zakresie (Tabela 256).

Tabela 256. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący możliwości rozmowy z lekarzem w trudnych momentach w opinii pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=6,987 df=1 p=,008			Lekarz - rozmowa w momentach trudnych		Ogółem
			nie	tak	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	100 70,4%	42 29,6%	142 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	22 48,9%	23 51,1%	45 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	122 65,2%	65 34,8%	187 100,0%

Źródło: badania własne

W końcowej części badania ankietowego pacjenci dokonali ogólnej oceny pobytu w szpitalu, w którym udzielano im świadczeń zdrowotnych. Pomimo wcześniejszych dość znacznych rozbieżności w odpowiedziach obu badanych grup respondentów, w przypadku ogólnej oceny obserwuje się przewagę ocen bardzo dobrych wśród pacjentów polskich – 72%

wskazań. Pacjenci niemieccy ocenili placówkę bardziej krytycznie; bardzo dobre oceny sformułowało 43% respondentów. Większa liczba pacjentów z Niemiec (53%) oceniła pobyt w szpitalu jako dobry.

Tabela 267. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący ogólnej oceny pobytu w szpitalu w opinii pacjentów z Polski i Niemiec

Chi-kwadrat=15,382 df=2 p=,000			Ogólna ocena pobytu w szpitalu			Ogółem
			bardzo dobrze	dobrze	raczej dobrze	
Kraj	Polska	Liczebność % z kraj	101 72,1%	33 23,6%	6 4,3%	140 100,0%
	Niemcy	Liczebność % z kraj	23 43,4%	28 52,8%	2 3,8%	53 100,0%
Ogółem		Liczebność % z kraj	124 64,2%	61 31,6%	8 4,1%	193 100,0%

Źródło: badania własne

4.7. Porównanie ocen badanych aspektów satysfakcji pacjenta hospitalizowanego

Poniżej przedstawione zostały porównania wybranych aspektów funkcjonowania szpitali w ocenie pacjentów. Owe aspekty to: ocena Izby Przyjęć, poziom informacji podczas przyjęcia do szpitala, warunki na oddziale, ocena posiłków, ocena personelu lekarskiego (uważne słuchanie pacjenta, zapewnienie mu intymności, wyrażanie się w sposób zrozumiały, życzliwość i dostępność oraz ilość czasu poświęconego pacjentowi) i pielęgniarskiego (życzliwość, staranność wykonanych zabiegów, dostępność w dzień i w nocy, szybkość reakcji na wezwanie oraz pielęgnowanie w atmosferze szacunku), poziom informacji podczas pobytu w szpitalu. Zmienne te zostały skonstruowane w ten sposób, że pytania z ankiety dla pacjentów dotyczące jednego obszaru zostały uśrednione. Było to zgodne z propozycją otrzymaną od Autorów ankiety. W ten sposób uzyskano siedem podskal, które mają status zmiennych interwałowych, co pozwala na zastosowanie statystyk parametrycznych. W tym przypadku, dla porównań międzygrupowych wykorzystano testy istotności różnic dla danych niezależnych t-Studenta.

Porównania powyższych aspektów dokonano ze względu na takie zmienne kryterialne jak: posiadanie bądź brak certyfikacji, typ własności szpitala (prywatny – publiczny) oraz kraj (Polska – Niemcy).

4.7.1. Pacjenci szpitali certyfikowanych i nieposiadających certyfikatu jakości

Tabela 278. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali certyfikowanych i tych bez certyfikacji

	Certyfikacja			Brak certyfikacji			Test t równości średnich		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	Istotność dwustronna
p4 Izba Przyjęć	472	1,6175	,52336	327	1,7352	,61951	-2,810	622,704	,005
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	469	1,4349	,52751	325	1,4847	,59224	-1,217	643,523	,224
p6 Warunki na oddziale	496	1,6573	,55920	339	1,7292	,62090	-1,710	674,989	,088
p7 Posiłki	478	1,9402	,69647	336	1,9162	,72075	,478	812	,633
p8 Ocena personelu lekarskiego	489	1,5595	,59111	338	1,7242	,69694	-3,550	645,277	<,001
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	492	1,4066	,52360	338	1,4744	,56403	-1,751	688,514	,080
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	477	1,4042	,52024	336	1,4925	,55525	-2,293	691,356	,022

Źródło: badania własne

W Tabeli 278 zaprezentowano wyniki analizy porównawczej dla pacjentów szpitali certyfikowanych i tych bez certyfikacji. Okazało się, że istotne różnice ujawniają się w trzech spośród siedmiu analizowanych aspektów funkcjonowania szpitali. I tak, pacjenci szpitali certyfikowanych lepiej¹⁸⁵ oceniają: funkcjonowanie Izby Przyjęć, personel lekarski oraz informacje podczas pobytu. Nie stwierdzono natomiast różnic w ocenie jakości posiłków i poziomie uzyskiwanych informacji podczas przyjęcia do placówki. Jeśli weźmiemy pod uwagę ocenę personelu pielęgniarskiego i ocenę warunków na oddziale, różnica ta w przypadku testów jednostronnych byłaby istotna.

¹⁸⁵ Niższe wyniki w Tabeli 278 i następujących w tym podrozdziale oznaczają wyższą ocenę. W kluczu ocenie „bardzo dobra” przypisano wartość „1”, a ocenie „bardzo zła” wartość „5”.

4.7.2. Pacjenci szpitali prywatnych i publicznych

Tabela 289. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali prywatnych i publicznych certyfikowanych i niecertyfikowanych

	Prywatne wszystkie			Publiczne wszystkie			Test t równości średnich		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	Istotność dwustronna
p4 Izba Przyjęć	194	1,5397	,46972	605	1,7061	,58985	-4,022	404,486	<,001
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	196	1,4260	,50244	598	1,4649	,57137	-,907	373,426	,365
p6 Warunki na oddziale	207	1,5944	,54713	628	1,7168	,59522	-2,615	833	,009
p7 Posiłki	191	1,8189	,65397	623	1,9644	,71857	-2,499	812	,013
p8 Ocena personelu lekarskiego	200	1,4229	,54056	627	1,6918	,65736	-5,799	402,545	<,001
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	205	1,3059	,45496	625	1,4763	,56049	-4,383	423,360	<,001
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	200	1,2943	,43886	613	1,4884	,55667	-5,065	424,712	<,001

Źródło: badania własne

Kolejne wyniki ujęte w tabeli 49 dotyczą porównania funkcjonowania całej grupy badanych szpitali, zarówno prywatnych, jak i publicznych. Zdecydowana większość analizowanych obszarów w opinii i ocenie respondentów ujawnia istotne różnice. Pacjenci placówek prywatnych aż w sześciu aspektach wyrazili lepsze opinie. Dotyczyły one: oceny Izby Przyjęć, warunków na oddziale, jakości posiłków, pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz poziomu informacji uzyskanych podczas pobytu w szpitalu. Nie zaobserwowano jedynie różnic w ocenie informacji przekazanych podczas przyjęcia do placówki.

Tabela 50. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali certyfikowanych – prywatnych i publicznych

	Prywatne certyfikowane			Publiczne certyfikowane			Test t równości średnich		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	Istotność dwustronna
p4 Izba Przyjęć	194	1,5397	,46972	278	1,6719	,55209	-2,797	451,879	,005
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	196	1,4260	,50244	273	1,4413	,54563	-,308	467	,758
p6 Warunki na oddziale	207	1,5944	,54713	289	1,7022	,56434	-2,125	494	,034
p7 Posiłki	191	1,8189	,65397	287	2,0209	,71312	-3,134	476	,002
p8 Ocena personelu lekarskiego	200	1,4229	,54056	289	1,6540	,60682	-4,419	457,182	<,001
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	205	1,3059	,45496	287	1,4786	,55727	-3,776	481,273	<,001
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	200	1,2943	,43886	277	1,4835	,55934	-4,134	471,700	<,001

Źródło: badania własne

Zbliżone wyniki uzyskano badając nieco węższą grupę respondentów, tj. pacjentów szpitali prywatnych i publicznych, ale tylko tych, które posiadały certyfikaty jakości. Przedstawia to tabela 50, w której wyraźnie widać istotne różnice w ocenie dokonanej przez badane grupy. I tak, pacjenci certyfikowanych szpitali prywatnych lepiej ocenili: funkcjonowanie Izby Przyjęć, warunki na oddziale, jakość posiłków, poziom informacji otrzymany podczas pobytu oraz pracę personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Nie zauważono istotnych różnic w ocenie poziomu informacji uzyskiwanych podczas przyjęcia do placówki.

4.7.3. Pacjenci szpitali polskich i niemieckich

Tabela 51. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali polskich i niemieckich

	Polska			Niemcy			Test t równości średnich		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	Istotność dwustronna
p4 Izba Przyjęć	753	1,6699	,57668	46	1,5971	,37953	1,218	58,519	,228
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	744	1,4512	,55553	50	1,5157	,55066	-,795	792	,427
p6 Warunki na oddziale	780	1,6744	,58418	55	1,8570	,58660	-2,239	833	,025
p7 Posiłki	759	1,9297	,71034	55	1,9379	,65326	-,083	812	,934
p8 Ocena personelu lekarskiego	775	1,6405	,64953	52	1,4224	,45936	3,215	65,524	,002
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	776	1,4436	,54906	54	1,3002	,39010	2,532	68,531	,014
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	760	1,4535	,54409	53	1,2563	,36775	3,637	68,978	,001

Źródło: badania własne

W tabeli 51 zestawiono wyniki analizy porównawczej ocen uzyskanych od pacjentów szpitali polskich i niemieckich. Uzyskane wyniki wskazują, że w czterech z siedmiu rozpatrywanych aspektach istnieją istotne różnice w dokonanej przez nich ocenie. Pacjenci szpitali niemieckich lepiej oceniają: panujące warunki na oddziale, personel lekarski oraz pielęgniarski, a także uzyskiwanie informacji podczas pobytu. Nie odnotowano z kolei różnic w ocenie funkcjonowania Izby Przyjęć, poziomie udzielanych informacji przy przyjęciu na oddział oraz jakości podawanych posiłków.

4.8. Zmienne demograficzne a ocena jakości świadczeń medycznych na przykładzie badań satysfakcji pacjenta

4.8.1. Zmienne demograficzne a ocena funkcjonowania szpitali w badanej grupie

W dalszej części porównania aspektów satysfakcji pacjenta hospitalizowanego zastosowano zmienne kryterialne, takie jak: płeć respondentów, certyfikacja bądź jej brak oraz typ własności szpitala (prywatny, publiczny). Dokonano również pogłębionych porównań w podziale na szpitale certyfikowane i nieposiadające certyfikatów jakości oraz w podziale na placówki publiczne i prywatne.

Tabela 52. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala ze względu na płeć

	Mężczyzna			Kobieta			Test t równości średnich		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	Istotność dwustronna
p4 Izba Przyjęć	265	1,6344	,52651	513	1,6907	,58897	-1,310	776	,191
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	259	1,3714	,47427	514	1,5027	,58610	-3,350	622,473	,001
p6 Warunki na oddziale	277	1,6271	,53125	535	1,7336	,61037	-2,571	630,074	,010
p7 Posiłki	268	1,9129	,61266	527	1,9573	,74456	-,896	636,447	,371
p8 Ocena personelu lekarskiego	275	1,6330	,63781	530	1,6317	,64283	,027	803	,979
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	276	1,4117	,50443	533	1,4507	,55922	-,971	807	,332
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	270	1,3796	,49355	523	1,4776	,55154	-2,545	599,294	,011

Źródło: badania własne

W tabeli 52 przedstawiono wyniki porównania ocen wybranych aspektów funkcjonowania szpitali w całej badanej grupie ze względu na płeć ankietowanych. Zaobserwowano istotne różnice w trzech aspektach. Mężczyźni istotnie lepiej oceniają poziom uzyskanych informacji przy przyjęciu do placówki, warunki panujące na oddziale oraz jakość informacji przekazanych podczas pobytu. Nie zaobserwowano natomiast różnic w ocenie Izby Przyjęć, personelu lekarskiego i pielęgniarskiego czy jakości podawanych posiłków. Powyższa różnica w ocenach dokonanych przez respondentów obu płci może wynikać z wyższych wymagań stawianych przez kobiety-pacjentki.

W celu przeanalizowania związków między poszczególnymi aspektami oceny funkcjonowania szpitala a takimi zmiennymi, jak wiek i wykształcenie, zastosowano współczynnik korelacji dla danych porządkowych r-Spearmana. Wyniki zaprezentowano w tabeli 53.

Tabela 293. Współczynniki korelacji Spearmana wymiarów oceny szpitala oraz wybranych danych demograficznych

		p17 Wiek	p19 Wykształcenie
p4 Izba Przyjęć	Współczynnik korelacji	-,248(**)	-,010
	Istotność jednostronna	<,001	,393
	N	752	769
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	Współczynnik korelacji	-,320(**)	-,074(*)
	Istotność jednostronna	<,001	,021
	N	749	767
p6 Warunki na oddziale	Współczynnik korelacji	-,218(**)	,003
	Istotność jednostronna	<,001	,462
	N	787	804
p7 Posiłki	Współczynnik korelacji	-,221(**)	,014
	Istotność jednostronna	<,001	,343
	N	770	788
p8 Ocena personelu lekarskiego	Współczynnik korelacji	-,232(**)	,023
	Istotność jednostronna	<,001	,262
	N	780	798
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	Współczynnik korelacji	-,162(**)	,072(*)
	Istotność jednostronna	<,001	,021
	N	784	801
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	Współczynnik korelacji	-,218(**)	-,011
	Istotność jednostronna	<,001	,378
	N	769	786

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (jednostronnie).

* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (jednostronnie).

Źródło: badania własne

Jak się okazało się, ocena Izby Przyjęć pozostaje w korelacji z wiekiem pacjenta. Korelacja ta jest pozytywna (ujemna wartość w tabeli wynika z odwrotnego skalowania pytań w ankiecie – patrz: załącznik 185). Zatem, im starszy pacjent, tym bardziej pozytywna ocena

Izby Przyjęć. Podejmując próbę wyjaśnienia tego zjawiska, można przypuszczać, że osoby starsze mają mniejsze oczekiwania w odniesieniu do jakości różnych elementów usług świadczonych przez placówkę medyczną, są bardziej skłonne dostosować się do ograniczeń wpisanych w paternalistyczny model stosunków lekarz-pacjent.

W odniesieniu do oceny informacji udzielanych pacjentowi przy przyjęciu do szpitala, zaobserwowano istnienie korelacji zarówno z wiekiem, jak i wykształceniem respondentów. Okazuje się, że im starsi pacjenci, tym lepiej oceniają oni jakość udzielanych informacji przy przyjęciu. Z kolei im wyższe wykształcenie, tym większe wymagania pacjenta w tej dziedzinie, co przekłada się na gorszą ocenę tego aspektu komunikacji.

Kolejnym ocenianym aspektem funkcjonowania szpitala były warunki istniejące na oddziale. Okazało się, iż ocena tych warunków pozostawała w korelacji tylko z wiekiem pacjenta. Ta pozytywna korelacja ponownie wykazuje, że im starsi są ankietowani pacjenci, tym lepiej oceniają poszczególne aspekty opieki szpitalnej.

Respondenci proszeni byli również o ocenę posiłków. Ocena ta ściśle koreluje z wiekiem pacjentów i wykazuje cechy pozytywne. Innymi słowy, im starszy pacjent, tym wyższe zadowolenie z jakości podawanych posiłków.

Następnym ocenianym obszarem opieki szpitalnej była jakość opieki lekarskiej. Ocena pracy personelu lekarskiego pozostaje w korelacji z wiekiem ankietowanych osób i ma charakter pozytywna. Tak więc, im starszy jest ankietowany pacjent, tym bardziej pozytywna jest jego ocena w odniesieniu do lekarzy.

Pacjenci oceniali również personel pielęgniarski. Można stwierdzić, że uzyskano korelację zarówno z wiekiem, jak i wykształceniem odbiorców usług medycznych. W odniesieniu do wieku korelacja ta jest pozytywna i ilustruje, iż im starszy pacjent, tym wyższa ocena pracy personelu pielęgniarskiego. Biorąc pod uwagę zmienną wykształcenia, okazało się, że korelacja jest również pozytywna. A zatem, im wyższy poziom wykształcenia pacjenta, tym lepsza ocena opieki pielęgniarskiej.

Ostatnim ocenianym przez pacjentów aspektem jakościowym był poziom udzielanych podczas pobytu w szpitalu informacji. Okazało się, że wspomniana ocena pozostała w korelacji z wiekiem pacjenta, wykazując cechy pozytywne. Oznacza to, że im starszy był pacjent, tym lepiej oceniał on jakość przekazywanych informacji.

4.8.2. Zmienne demograficzne a ocena funkcjonowania szpitali w podziale ze względu na certyfikację – jej posiadanie *versus* brak

W tabeli 54 przedstawiono pogłębione analizy dotyczące porównania ocen aspektów funkcjonowania szpitali ze względu na płeć w podziale na szpitale certyfikowane i te, które nie posiadają certyfikatów jakości.

W grupie szpitali certyfikowanych nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w ocenach dokonanych przez pacjentów-kobiety i pacjentów-mężczyzn. Oceny wszystkich aspektów były bardzo dobre bądź dobre.

Z kolei w szpitalach bez certyfikatów jakości istotne różnice wystąpiły w kilku obszarach. I tak, zaobserwowano je w ocenie funkcjonowania Izby Przyjęć, uzyskanych informacji przy przyjęciu do szpitala, panujących warunków na oddziale, jakości oferowanych posiłków oraz otrzymanych informacji podczas pobytu w szpitalu. Powyżej opisane różnice wskazują, iż owe aspekty zdecydowanie lepiej oceniają mężczyźni niż kobiety. Nie odnotowano natomiast różnic w ocenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

Tabela 304. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala ze względu na płeć w podziale na szpitale certyfikowane i bez certyfikacji

	Mężczyzna			Kobieta			Test t równości średnich		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	Istotność dwustronna
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Certyfikacja									
p4 Izba Przyjęć	167	1,6418	,54036	295	1,6125	,51497	,577	460	,564
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	164	1,4214	,50162	296	1,4475	,54390	-,506	458	,613
p6 Warunki na oddziale	177	1,6275	,51579	308	1,6880	,58504	-1,144	483	,253
p7 Posiłki	169	1,9951	,62313	300	1,9242	,72952	1,111	395,208	,267
p8 Ocena personelu lekarskiego	176	1,5837	,60215	303	1,5557	,58959	,498	477	,619
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	176	1,3998	,50332	307	1,4128	,53771	-,263	481	,793
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	172	1,3780	,48972	297	1,4187	,53405	-,820	467	,412

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brak certyfikacji									
p4 Izba Przyjęć	98	1,6218	,50453	218	1,7966	,66302	-2,573	241,112	,011
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	95	1,2849	,41125	218	1,5776	,63256	-4,867	265,498	<,001
p6 Warunki na oddziale	100	1,6263	,56023	227	1,7954	,63926	-2,285	325	,023
p7 Posiłki	99	1,7727	,57054	227	2,0011	,76338	-2,985	245,797	,003
p8 Ocena personelu lekarskiego	99	1,7205	,69123	227	1,7332	,69615	-,151	324	,880
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	100	1,4329	,50821	226	1,5022	,58446	-1,027	324	,305
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	98	1,3823	,50271	226	1,5549	,56564	-2,731	205,977	,007

Źródło: badania własne

Tabela 55 przedstawia związki pomiędzy oceną aspektów funkcjonowania szpitala a wiekiem i wykształceniem pacjentów biorących udział w badaniu, zarówno szpitali certyfikowanych, jak i tych, które systemów zarządzania jakością nie posiadają. Pierwszym krokiem było zanalizowanie odpowiedzi uzyskanych od pacjentów szpitali certyfikowanych. W wyniku tej analizy zaobserwowano, że ocena Izby Przyjęć pozostaje w korelacji z wiekiem pacjenta. Jest to korelacja pozytywna. Ukazuje ona, że im starszy pacjent, tym ocena funkcjonowania Izby Przyjęć jest lepsza.

Pacjenci oceniali również informacje udzielane im przy przyjęciu do szpitala. Ocena ta pozostaje w korelacji z wiekiem pacjenta, jest pozytywna i wykazuje, że im starszy pacjent, tym wyższa ocena jakości informacji.

Innym ocenianym aspektem funkcjonowania szpitala były warunki panujące na oddziale szpitalnym. Ocena tych warunków korelowała z wiekiem pacjentów i wykazała cechy pozytywne. Stąd, im starszy pacjent, tym lepsza ocena warunków na oddziale szpitalnym.

Następnie pacjenci oceniali jakość oferowanych posiłków szpitalnych. Ich opinie w tym aspekcie korelowały pozytywnie w powiązaniu z wiekiem pacjentów, i tak wraz z wiekiem oceny te były coraz lepsze.

Pacjenci biorący udział w badaniu zapytani byli również o ich subiektywną ocenę pracy personelu lekarskiego. Uzyskane wyniki silnie korelowały z wiekiem pacjentów,

wykazując cechy pozytywne i ukazywały, że im starszy pacjent, tym lepsza ocena pracy lekarzy.

Z kolei ocena personelu pielęgniarskiego pozostawała w korelacji zarówno z wiekiem, jak i wykształceniem pacjentów. W odniesieniu do wieku jest to korelacja pozytywna, która obrazuje, że wraz ze wzrastającym wiekiem pacjenci lepiej oceniają pracę pielęgniarek. Zmienna wykształcenia również wykazuje cechy korelacji pozytywnej, co oznacza, że im wyższe wykształcenie, tym lepsza ocena personelu pielęgniarskiego.

Kolejnym aspektem jakościowym ocenianym przez grupę respondentów-pacjentów był poziom informacji uzyskanych podczas pobytu w szpitalu. Ten aspekt pozostawał w korelacji z wiekiem pacjentów, wykazując cechy pozytywne i świadczył o tym, że starsi pacjenci wraz z wiekiem lepiej oceniali jakość otrzymanych informacji.

Drugą grupę stanowili pacjenci szpitali, które nie posiadają certyfikatów jakości. W wyniku dokonanej analizy zaobserwowano, że w przypadku oceny Izby Przyjęć istnieje korelacja zarówno z wiekiem, jak i wykształceniem respondentów. W przypadku wieku jest to korelacja pozytywna, co pozwala stwierdzić, że im starszy pacjent, tym lepsza jest dokonywana przez niego ocena funkcjonowania Izby Przyjęć. Z kolei korelacja zmiennej wykształcenia wykazuje cechy negatywne, co oznacza, że im wyższe wykształcenie, tym gorsza ocena.

Podobnie wygląda sytuacja w przypadku ocen jakości informacji otrzymanych przy przyjęciu do szpitala. Tu również zmienne wieku i wykształcenia korelują z wyrażanymi opiniami. W przypadku wieku ta korelacja jest pozytywna i oznacza, że wraz z wiekiem pacjenci lepiej oceniają jakość otrzymanych informacji. Korelacja zmiennej wykształcenia wykazuje cechy negatywne, co oznacza, że im wyższe wykształcenie, tym większe wymagania pacjentów, co wyraża się w gorszej ocenie bieżącej.

Warunki na oddziale, będące kolejnym ocenianym przez pacjentów aspektem jakości, pozostawały w korelacji jedynie z wiekiem respondentów. Korelacja ta wykazuje cechy pozytywne i pozwala stwierdzić, że im starszy pacjent, tym lepsza ocena warunków istniejących w szpitalu.

Respondenci zapytani byli również o ocenę posiłków szpitalnych. Ocena ta ściśle korelowała z wiekiem pacjentów i wykazywała cechy pozytywne, co świadczy o tym, że im starszy pacjent, tym wyższa ocena w tym obszarze.

Ocena pracy personelu lekarskiego pozostawała w korelacji ze zmiennymi zarówno wieku, jak i wykształcenia. W odniesieniu do wieku jest to korelacja pozytywna, co oznacza, że oceny te wraz z wiekiem pacjentów biorących udział w badaniu były coraz lepsze. Biorąc

pod uwagę zmienną wykształcenia, okazało się, że im wyższy poziom wykształcenia pacjentów, tym gorsze oceny pracy personelu lekarskiego. Jednocześnie wyniki te wskazują na zwiększone wymagania badanej grupy w tym aspekcie jakości.

Pacjenci oceniali także personel pielęgniarski i ta ocena korelowała jedynie ze zmienną wieku, wykazując cechy pozytywne. Starsi pacjenci oceniali lepiej pracę pielęgniarek sprawujących nad nimi opiekę.

Ostatnim ocenianym przez pacjentów szpitali niecertyfikowanych aspektem jakości był poziom informacji uzyskanych podczas całego pobytu w szpitalu. Ocena ta pozostawała w korelacji zarówno z wiekiem, jak i wykształceniem pacjentów. Fakt istnienia pozytywnej korelacji z wiekiem pozwala stwierdzić, że im starszy był pacjent, tym lepiej oceniał jakość uzyskanych informacji. Natomiast zmienna wykształcenia, wykazując cechy negatywne, ukazuje zjawisko zwiększonych wymagań pacjentów z wykształceniem wyższym w zakresie poziomu uzyskania informacji na temat własnego zdrowia i procesu leczenia.

Tabela 315. Współczynniki korelacji Spearmana wymiarów oceny szpitala oraz wybranych danych demograficznych w podziale na szpitale certyfikowane i bez certyfikacji

			p17 Wiek	p19 Wykształcenie
1	2	3	4	5
Certyfikacja	p4 Izba Przyjęć	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,223(**) <,001 446	,029 ,267 453
	p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,258(**) <,001 445	-,039 ,201 453
	p6 Warunki na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,151(**) ,001 469	,057 ,106 476
	p7 Posiłki	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,176(**) <,001 453	,065 ,083 461
	p8 Ocena personelu lekarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,205(**) <,001 463	,073 ,056 471

1	2	3	4	5
	p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,139(**) ,001 467	,099(*) ,015 474
	p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,217(**) <,001 454	,062 ,091 461
Brak certyfikacji	p4 Izba Przyjęć	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,278(**) <,001 306	-,103(*) ,033 316
	p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,400(**) <,001 304	-,139(**) ,007 314
	p6 Warunki na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,305(**) <,001 318	-,082 ,069 328
	p7 Posiłki	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,285(**) <,001 317	-,042 ,222 327
	p8 Ocena personelu lekarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,255(**) <,001 317	-,107(*) ,026 327
	p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,191(**) <,001 317	-,005 ,467 327
	p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,204(**) <,001 315	-,172(**) ,001 325

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (jednostronnie);

* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (jednostronnie).

Źródło: badania własne

4.8.3. Zmienne demograficzne a ocena funkcjonowania szpitala w podziale ze względu na typ własności – szpitale certyfikowane

W tabeli 56 przedstawiono porównanie wybranych aspektów funkcjonowania szpitali certyfikowanych w podziale na szpitale prywatne i publiczne. Dokonano w tym miejscu porównania ze względu na płeć respondentów. Jak się okazuje, że w przypadku pacjentów szpitali prywatnych nie zaobserwowano żadnych istotnych statystycznie różnic w zakresie ocen dokonanych przez kobiety i mężczyzn.

Z kolei w przypadku szpitali publicznych, istotną statystycznie różnicę zaobserwowano jedynie w odniesieniu do oceny poziomu informacji uzyskanych podczas pobytu w szpitalu. I tak, informacje te lepiej oceniają mężczyźni, co pozwala przypuszczać, że kobiety mają zdecydowanie większe wymagania w tym obszarze.

Tabela 56. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala ze względu na płeć w podziale na typ własności

	Mężczyzna			Kobieta			Test t równości średnich		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	Istotność dwustronna
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prywatne									
p4 Izba Przyjęć	74	1,5669	,54957	115	1,5201	,41348	,626	125,227	,532
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	73	1,4525	,48733	118	1,4188	,51965	,446	189	,656
p6 Warunki na oddziale	76	1,5577	,53676	125	1,6291	,56067	-,889	199	,375
p7 Posiłki	68	1,9154	,65640	119	1,7717	,64709	1,454	185	,148
p8 Ocena personelu lekarskiego	75	1,5011	,60752	120	1,3778	,49962	1,474	134,804	,143
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	76	1,3302	,48525	124	1,2874	,43714	,644	198	,520
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	74	1,3498	,48892	122	1,2581	,39391	1,367	129,671	,174

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Publiczne									
p4 Izba Przyjęć	93	1,7014	,52828	180	1,6716	,56365	,424	271	,672
p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	91	1,3965	,51411	178	1,4666	,56003	-,997	267	,319
p6 Warunki na oddziale	101	1,6800	,49563	183	1,7282	,59930	-,689	282	,492
p7 Posiłki	101	2,0487	,59701	181	2,0244	,76425	,295	250,251	,768
p8 Ocena personelu lekarskiego	101	1,6450	,59371	183	1,6723	,61568	-,362	282	,718
p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	100	1,4526	,51272	183	1,4978	,58224	-,650	281	,516
p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	98	1,3993	,49176	175	1,5308	,58869	-1,971	231,901	,050

Źródło: badania własne

Tabeli 57 przedstawia wyniki dotyczące związków pomiędzy aspektami oceny funkcjonowania szpitala a takimi zmiennymi, jak wiek i wykształcenie pacjentów ze względu na zmienną kryterialną, jaką stanowił typ własności szpitala.

W odniesieniu do szpitali prywatnych zaobserwowano istnienie korelacji z wiekiem pacjentów w odniesieniu do oceny Izby Przyjęć, poziomu uzyskanych informacji przy przyjęciu do szpitala, jakości oferowanych posiłków, oceny pracy personelu lekarskiego oraz poziomu informacji uzyskanych podczas całego pobytu w szpitalu. Wszystkie te korelacje wykazują cechy pozytywne, co oznacza, że im starsi pacjenci dokonywali owych ocen, tym były one lepsze. Zmienna wykształcenia wpływała jedynie na oceny dotyczące pracy personelu pielęgniarskiego. Wykazuje ona cechy pozytywne, co oznacza, że im wyższe wykształcenie pacjentów, tym lepsza ocena opieki pielęgniarskiej.

W przypadku szpitali publicznych zauważono, że ocena badanych aspektów jakości funkcjonowania szpitali pozostaje w korelacji z wiekiem. Korelacja zachodziła w stosunku do wszystkich badanych aspektów; w wyniku dokonanych analiz zaobserwowano, że wykazywała ona cechy pozytywne, co oznacza, że wraz ze wzrastającym wiekiem, pacjenci zdecydowanie lepiej oceniali badane aspekty jakości w szpitalach publicznych.

Tabela 57. Współczynniki korelacji Spearmana wymiarów oceny szpitala oraz wybranych danych demograficznych w podziale na typ własności

			p17 Wiek	p19 Wykształcenie
1	2	3	4	5
Prywatne	p4 Izba Przyjęć	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna) N	-,163(*) ,013 185	,087 ,121 182
	p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,296(**) <,001 187	-,096 ,095 186
	p6 Warunki na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,093 ,096 197	,082 ,128 194
	p7 Posiłki	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,147(*) ,024 183	,056 ,226 181
	p8 Ocena personelu lekarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,145(*) ,022 191	,074 ,155 189
	p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,007 ,462 196	,124(*) ,043 193
	p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,159(*) ,014 192	,021 ,389 190

1	2	3	4	5
Publiczne	p4 Izba Przyjęć	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,214(**) <,001 261	-,055 ,183 271
	p5 Informacja przy przyjęciu do szpitala	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,236(**) <,001 258	,007 ,454 267
	p6 Warunki na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,170(**) ,002 272	,002 ,487 282
	p7 Posiłki	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,144(**) ,009 270	,005 ,467 280
	p8 Ocena personelu lekarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,176(**) ,002 272	-,005 ,469 282
	p11 Ocena personelu pielęgniarskiego	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,179(**) ,002 271	,037 ,267 281
	p12 Informacje podczas pobytu na oddziale	Współczynnik korelacji Istotność jednostronna N	-,216(**) <,001 262	,037 ,270 271

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (jednostronnie).

* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (jednostronnie).

Źródło: badania własne

Dyskusja

Zainteresowanie jakością nie jest zjawiskiem charakterystycznym dla współczesności; pojęcie to pojawia się bowiem już w pismach starożytnych filozofów – Platona i Arystotelesa.

Jednym z najstarszych dokumentów, w którym znaleźć można wzmianki o jakości usług medycznych jest Kodeks Hammurabiego¹⁸⁶, wydany ok. 1982-1750 p.n.e. zbiór zawierający obowiązujące przepisy prawa karnego, prywatnego oraz procesowego¹⁸⁷. Istotne przesłanie dotyczące właściwego uprawiania sztuki lekarskiej zawiera także przysięga Hipokratesa – najstarszy, pochodzący z 450-377 p.n.e., znany przekaz norm deontologicznych¹⁸⁸. Obecnie, troska o jakość wyraża się m.in. w nadawaniu praw wykonywania zawodu lekarzom, pielęgniarkom i położnym¹⁸⁹.

Można powiedzieć, że – z punktu widzenia nauk społecznych – psychologii, filozofii – dążenie jednostki do doskonalenia działań, dbałość o jak najlepszy rezultat własnej aktywności jest wpisane w strukturę potrzeb człowieka, wiąże się z pragnieniem (a niekiedy koniecznością) przekraczania własnych ograniczeń, aktualizowania indywidualnego potencjału, czyli – z wewnętrznym rozwojem.

Niniejsza praca rozpatruje pojęcie jakości uwzględniając zarówno perspektywę pacjenta/klienta, jak i organizacji, jaką jest szpital. Tak szerokie potraktowanie zagadnienia implikowało konieczność analizowania wielu różnorodnych aspektów procesu świadczenia i korzystania z usług medycznych.

Warto zauważyć, że zdefiniowanie pojęcia jakości usług medycznych nie jest zadaniem łatwym. Wynika to przynajmniej z trzech powodów¹⁹⁰: po pierwsze – zagadnienie jakości jest zagadnieniem złożonym i ma interdyscyplinarny charakter; po drugie – problem jakości usług (szczególnie usług medycznych) jest w Polsce problemem stosunkowo nowym, który wyłonił się w efekcie wzrastającej konkurencji na rynku usług medycznych; i wreszcie po trzecie – ocena jakości świadczeń zdrowotnych ma charakter subiektywny, zależny od podmiotu dokonującego oceny (jego indywidualnych cech, oczekiwań, doświadczeń).

Niezależnie od istniejących w literaturze rozbieżności w ujmowaniu pojęcia „jakość usług medycznych”, w rozważaniach dotyczących tego zagadnienia pojawia się również element zgodności – jest nim mianowicie przekonanie o niekwestionowanej wadze

¹⁸⁶ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 30.

¹⁸⁷ *Encyklopedia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, tom 6, Kraków, s. 285.

¹⁸⁸ *Ibidem*, s. 440.

¹⁸⁹ K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 24.

¹⁹⁰ K. Krot, *op. cit.*, s. 24-25.

i znaczeniu jakości realizowanych świadczeń dla wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, tj. dla¹⁹¹:

- pacjenta,
- personelu medycznego (lekarskiego i pielęgniarskiego) oraz pomocniczego,
- placówki medycznej – reprezentowanej przez osoby zarządzające,
- płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia i inne instytucje finansujące).

Można powiedzieć, że dbałość o poprawę jakości opieki zdrowotnej jest obecnie (przynajmniej w założeniu), głównym elementem charakterystyki systemu opieki zdrowotnej, istotnym komponentem codziennego funkcjonowania szpitala¹⁹². Implementacja systemu zarządzania rozpoczyna długotrwały proces transformacji całej organizacji, jaką jest szpital. Transformacja ta dotyczy wszystkich zatrudnionych osób, implikuje zmiany w kulturze, nawykach i zachowaniu, zaburza dotychczasową hierarchię obowiązującą w systemie¹⁹³. Każda zmiana w strukturze placówek opieki zdrowotnej wiąże się zatem z reakcją oporu wobec wszelkich prób ingerencji w istniejący dotychczas znany schemat funkcjonowania¹⁹⁴.

Uzyskane wyniki badań własnych potwierdzają postawioną w pracy hipotezę zakładającą, że jakość usług medycznych świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej związana jest w dużej mierze z faktem posiadania *versus* nieposiadania certyfikacji (hipoteza 1, problem badawczy 1). Poziom usług świadczonych przez szpitale certyfikowane jest w przekonaniu osób uczestniczących w badaniu – zarówno pacjentów, jak i kierowników – wyższy niż w placówkach nieposiadających certyfikacji. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach zespołu Shaw, Groene, Mora i Sunol¹⁹⁵, którzy wykazali, że funkcjonowanie szpitali legitymujących się posiadaniem certyfikatu jakości (lub akredytacją) różni się w sposób istotny od funkcjonowania szpitali, które nie posiadają wdrożonego systemu zarządzania jakością. Szpitale certyfikowane bądź akredytowane zapewniają pacjentowi wyższy poziom bezpieczeństwa oraz lepszą opiekę medyczną.

¹⁹¹ K. Krot: *op. cit.*, s. 25.

¹⁹² Zob.: S.M. Campbell, J. Braspenning, A. Hutchinson et. al., *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*, *Qual Saf Health Care* 2002, 11, p. 358-364.

¹⁹³ Zob. D.M. Brewick, A. Enthoven, J.P. Bunker, *Quality management in NHS: the doctor's role –II*, "Br Med J" 1992, 304, p. 235-239; D.M. Brewick, A. Enthoven, J.P. Bunker, *Quality management in NHS: the doctor's role –II*, "Br Med J" 1992, 304, p. 304-308; D.M. Brewick, *A primer on leading the improvement of systems*, "Br Med J" 1996, 312, p. 619-622; D.M. Brewick, *Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement*, "Int J Qual Health Care" 1998, 10, p. 435-441.

¹⁹⁴ P. Francois, J.C. Peyrin, M. Touboul, J. Labarere, T. Reverdy, D. Vinck, *Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital's clinical departments*, "International Journal for Quality in Health Care" 2003, 15, 1, p. 47.

¹⁹⁵ Ch. Shaw, O. Groene, N. Mora, R. Sunol, *Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?*, "International Journal of Quality of Health Care" 2010, 22, 6, p. 449.

Koncentrując się na perspektywie pacjenta warto zauważyć, że w placówkach posiadających systemy zarządzania jakością, personel lekarski uzyskał istotnie wyższe oceny w takich wymiarach, jak:

- życzliwość wobec chorych,
- komunikacja z pacjentem, zrozumiały sposób przekazywania informacji,
- ilość czasu poświęconego pacjentowi.

W porównaniu z personelem zatrudnionym w szpitalach nieposiadających certyfikacji, personel pielęgniarski zatrudniony w placówkach certyfikowanych, uzyskał istotnie wyższe oceny w takich obszarach, jak:

- szybkość reagowania na wezwanie pacjenta,
- zapewnienie atmosfery szacunku i poszanowanie godności pacjenta.

Należy dodać, że – jak wyraźnie wskazują doniesienia z badań – życzliwość personelu pielęgniarskiego ma większy wpływ na satysfakcję pacjenta niż życzliwość okazywana przez personel lekarski¹⁹⁶. Zaobserwowano również, że taki element, jak *komunikacja* ma w opinii pacjentów większe znaczenie w kontakcie z personelem pielęgniarskim niż z personelem lekarskim. Wyjaśnienie tego zjawiska nie nastrocza szczególnych trudności; pacjenci częściej bowiem zwracają się do pielęgniarek niż do lekarzy w sytuacjach, gdy odczuwają dyskomfort bądź zmagają się z problemami towarzyszącymi pobytowi w szpitalu¹⁹⁷.

Sytuacja hospitalizacji jest sytuacją trudną, wiąże się bowiem z koniecznością dostosowania do nowego otoczenia fizycznego i społecznego, niemożnością zaspokojenia ważnych potrzeb psychospołecznych (autonomii, znaczenia, realizowania ról społecznych, kontaktu z bliskimi itp.) oraz doświadczaniem wielu silnych negatywnych emocji (lęk, strach, złość czy żal). Pacjent zмага się nie tylko z cierpieniem fizycznym (ból), ale także z cierpieniem psychicznym, społecznym oraz duchowym (związanym z próbami nadania sensu własnej chorobie, radzeniem sobie z lękiem przed śmiercią). Postawa personelu medycznego może sprzyjać łagodzeniu cierpienia i stresu towarzyszącego pobytowi w szpitalu, ale może także dyskomfort ten nasilać. Ponadto, opieka personelu pielęgniarskiego jest w odbiorze pacjenta hospitalizowanego najważniejszym czynnikiem

¹⁹⁶ Zob.: T. Schoenfelder, J. Klewer, J. Kugler, *Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany*, "International Journal for Quality in Health Care", 2011; vol. 23, 5, p. 507; por. także: P.D. Cleary, L. Keroy, G. Karapanos et. al. *Patient assessment of hospital care*, "QRB Qual Rev Bull" 1989; 15, p. 172-179; M.N. Elliott, D.E. Kanouse, C.A. Edwards et. al. *Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization*, "Med Care" 2009; 47, p.842-849.

¹⁹⁷ Zob. M.N. Elliott, D.E. Kanouse, C.A. Edwards et. al. *Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization*, "Med Care" 2009; 47, p. 842-849.

warunkującym satysfakcję z usługi świadczonej w danej placówce medycznej¹⁹⁸. Jak wskazują doniesienia z badań¹⁹⁹, podejście skoncentrowane na pacjencie (jego potrzebach, oczekiwaniach) niesie ze sobą wiele korzyści: zwiększa satysfakcję pacjenta z opieki, przyspiesza rekonwalescencję, podnosi tolerancję na stres i ból, jak również sprzyja kontynuowaniu leczenia oraz poszukiwaniu i korzystaniu z opieki medycznej. Co więcej, jak wskazują badania przeprowadzone w Szwecji, pacjenci, którzy – z uwagi na zły stan zdrowia lub zaawansowany wiek – wymagają zwiększonej opieki ze strony personelu oceniają satysfakcję związaną z jakością usług jako niższą niż pacjenci, którzy uskarżają się na niewielkie dolegliwości²⁰⁰. Okazuje się, że – jak dowodzą badania S. O’Conor’a i współpracowników²⁰¹ – personel medyczny nie przykłada należytej wagi do takich aspektów usługi medycznej, jak m.in. wrażliwość, identyfikowanie i reagowanie na potrzeby pacjenta, przewartościowując jednocześnie takie materialne elementy usługi, jak stan aparatury medycznej czy wygląd sal chorych. Nieprzywiązywanie wagi do psychologicznych mechanizmów i prawidłowości funkcjonowania człowieka w sytuacji choroby jest błędem strategicznym. Jak bowiem wskazują badania, najważniejszym predyktorem satysfakcji pacjenta w trakcie hospitalizacji jest spełnienie jego oczekiwań²⁰². Stąd też postuluje się, aby personel medyczny uczestniczył w szkoleniach, których celem jest zwiększenie świadomości dotyczącej określonych reakcji i zachowań (empatia, grzeczność, szacunek), które przyczyniają się do poprawy komfortu pacjenta, a w rezultacie – wzrostu poziomu satysfakcji z opieki²⁰³. W tym kontekście zasadne byłoby posługiwanie się pojęciem „zarządzanie satysfakcją pacjenta” – efektywne działania w tym obszarze pozwoliłyby placówkom

¹⁹⁸ Por. S.L. Oswald, D.E. Turner, R.L. Snipes, *Quality determinants and hospital satisfaction. Perception of the facility and staff might be key influencing factors*, “Marketing Health Services” 1998, p. 19-22.

¹⁹⁹ Zob. J.H. Hibbard, E.R. Mahoney, J. Stockard et. al., *Development and testing of a short form of the patient activation measure*, “Health Serv Res” 2005; 40, p. 1918-1930; B. Balik, J. Conway, I. Zipperer, at. al., *Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2001; R.S. Lazarus, *Toward better research on stress and coping*, “Am Psych” 2000;55, p. 665-673; B.W. Jack, V.K. Chetty, D. Anthony et. al., *A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial*, “Ann Intern Med” 2009;150, p. 178-187.

²⁰⁰ A. Wolf, A.E. Olsson, C. Taft, K. Swedberg, I. Ekman, *Impacts of patient characteristics on hospital care experience in 34,000 Swedish patients*, “BMC Nurs.” 2012 Jun 14;11 (1) 8.

(<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/8>; data odczytu: 10.07.2012)

²⁰¹ Zob. S.J. O’Conor i wsp., *Harmony in Health Care Delivery*, (in:) *Research Profile*, The University of Wisconsin-Milwaukee, 1998, 20, 2, p. 21-28.

Zob. O.A. Bjertnaes, S. Strømseng Sjetne, H.Ingeborg, I. Hilde, *Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations* “BMJ Quality and Safety”, 2012;21(1), p. 39-46.

²⁰³ Zob. K. Otani, P. Koichiri, P.A. Herrmann, R.S. Kurz, Richard S. *Improving patient satisfaction in hospital care settings*, „Health Services Management Research”, 24, 4, 2011, p. 163-169.

medycznym budować lojalność pacjentów, a w dalszej perspektywie – poprawić jakość świadczonych usług²⁰⁴. Zaangażowanie w poprawę satysfakcji pacjenta przekłada się m.in. na pozytywny rezultat finansowy²⁰⁵. Wzrost zadowolenia, a co za tym idzie, lojalności pacjentów pozostaje także w związku z pozytywnym wizerunkiem placówki w jej otoczeniu oraz wzrastającą ilością pacjentów zainteresowanych korzystaniem z usług świadczonych przez placówkę. Dbłość o zwiększenie satysfakcji pacjenta koreluje ponadto z mniejszą ilością zgłaszanych przez pacjentów skarg dotyczących zaniedbań popełnianych przez personel medyczny²⁰⁶.

Istotne różnice między placówkami certyfikowanymi i nieposiadającymi systemów zarządzania jakością (na niekorzyść tych drugich) zauważono także w takich obszarach, jak: przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia, sposobu leczenia oraz ryzyka związanego z leczeniem. Znaczenie komunikacji w budowaniu poczucia satysfakcji pacjenta z opieki jest kwestią, która od dawna już nie budzi żadnych wątpliwości²⁰⁷. Dużą wagę przypisuje się w literaturze stylowi komunikacji z pacjentem, podkreślając konieczność uwzględniania w procesie diagnozy i leczenia społecznych i emocjonalnych aspektów funkcjonowania osoby chorej²⁰⁸. Tymczasem, jak wynika z przeprowadzonych badań własnych, poziom informowania pacjenta o różnych aspektach terapii jest niezadawalający. Odwołując się do wyników przeprowadzonych badań można bowiem stwierdzić, że:

- 73,7% pacjentów przyjętych na oddział zostało poinformowanych o sposobie przygotowania się do planowanych badań i zabiegów,
- 67,8% pacjentów przyjętych na oddział szpitalny uzyskało informacje o terminach planowanych zabiegów,
- ok. 55% otrzymało informacje o planowanych sposobach leczenia,
- ponad 50% uzyskało informacje o stanie zdrowia,
- ok. 45% zostało poinformowanych o istniejącym ryzyku związanym z leczeniem,

²⁰⁴ Zob: M. Jung, M.S. Hong, *Positioning patient-perceived medical services to develop a marketing strategy*, "Health Care Manag" 2012, 31(1), p. 52-61.

²⁰⁵ Zob.: M. F. Hall, *Looking to Improve Financial Results? Start by Listening to Patients*. "Healthcare Financial Management" 62 (10), p.76-80.

²⁰⁶ Ibidem

²⁰⁷ Zob.: J. Sitzia, N. Wood, *Patient satisfaction: a review of issues concepts*, "Soc Sci Med" 1997; 45, p. 1829-1843; M.N. Elliott, D.E. Kanouse, C.A. Edwards et. al. *Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization*, "Med Care" 2009; 47, p. 842-849.

²⁰⁸ Zob. L.C. Zandbelt, E.M. Smets, F.J. Oort, M.H. Godfried, H.C. de Haes, *Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter*, "Soc Sci Med" 2006, 63(4), p. 899-910; M. van Ryn,

D. Burgess, J. Malat, J. Griffin, *Physicians' perceptions of patients' social and behavioral characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease*. "Am J Public Health" 2006, 96 (2), p. 351-357.

- ok. 35% otrzymało informację o przebiegu operacji bądź zabiegu,
- niecałe 30% o uzyskało informację o skutkach ubocznych podawanych lekarstw.

Badania kanadyjskie przeprowadzone w grupie 125 pacjentów szpitali publicznych wykazały, że oczekiwania pacjentów dotyczą przede wszystkim: skutecznej komunikacji, kompetencji personelu medycznego oraz zindywidualizowanego podejścia personelu w procesie świadczenia opieki medycznej²⁰⁹. Na znaczenie komunikacji wskazują także wyniki badań przeprowadzonych przez K. Brzezińską i A. Korcz²¹⁰. Autorki stwierdziły mianowicie, że do najważniejszych czynników determinujących wysoką jakość usług zaliczyć należy – zgodnie z opinią pacjentów – uzyskanie informacji na temat stanu zdrowia oraz planowanych badań i zabiegów, życzliwą postawę personelu, profesjonalizm pracowników medycznych oraz możliwość kontaktu z osobami bliskimi.

Znaczenia prawidłowej komunikacji dla procesu diagnozy, leczenia i rehabilitacji nie można przecenić. Komunikacja służy przy tym zaspokajaniu nie tylko medycznych, ale także pozamedycznych potrzeb pacjenta²¹¹. Oznacza to, że w relacji z personelem medycznym, pacjent oczekuje po pierwsze – pełnych i rzetelnych informacji na temat stanu zdrowia, i – po drugie – wsparcia emocjonalnego, które pozytywnie oddziałuje na jego stan psychiczny. Warto podkreślić, że brak informacji, informacje niepełne bądź sprzeczne, jak również pośpiech w trakcie przekazywania istotnych komunikatów, niosą ze sobą szereg negatywnych konsekwencji: utrudniają proces adaptacji pacjenta do warunków szpitalnych, wywołują u pacjenta negatywne emocje (złość, gniew), uruchamiają reakcje obronne, jak również wpływają niekorzystnie na gotowość pacjenta do współpracy z personelem medycznym. Deficyty w zakresie informowania pacjenta o różnych aspektach jego pobytu w szpitalu wpływają ujemnie na ocenę wiarygodności i profesjonalizmu danej placówki medycznej. Jak się jednak okazuje, rażące błędy w zakresie udzielania wsparcia informacyjnego (np. nieprzekazywanie informacji na temat stanu zdrowia bądź udzielanie informacji w sposób niezrozumiały) postrzega się jako istotny problem w placówkach szpitalnych na całym świecie²¹². Prezentując wyniki badań dotyczących komunikacji interpersonalnej w placówkach lecznictwa zamkniętego, K. Zadros zauważa, że lekarze jako grupa zawodowa

²⁰⁹ M.A. Elbeik: *The measurement of hospital image*, "Health Marketing Quarterly", 1986, 4, 2, p. 21-33.

²¹⁰ K. Brzezińska, A. Korcz: *Profesjonalizm w ochronie zdrowia. Materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej*, Swarzędz 2 grudnia 2005, s. 84.

²¹¹ G. Dolińska-Zygmunt: *Znaczenie podmiotowego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym*, (w:) *Podstawy psychologii zdrowia*, G. Dolińska-Zygmunt (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 312.

²¹² Zob. M. Wildner et al.: *The patient's Right to information and citizens' perspective of their information needs*, "Journal Of Public Health", 2002, 10, p. 305-315.

posiadają niewielką wiedzę w tym zakresie²¹³. Programy kształcenia na studiach wyższych, podobnie jak kształcenie podyplomowe, są nastawione na przekazywanie wiedzy specjalistycznej, nie rozwijają natomiast umiejętności ukierunkowanych na skuteczne porozumiewanie się z pacjentem oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.

Kluczowym obszarem zarządzania w placówkach ochrony zdrowia jest zarządzanie personelem. Placówki te konfrontują się z wieloma różnorodnymi wyzwaniami, na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się bowiem obecność takich zjawisk, jak: wzrost ilości podmiotów świadczących usługi medyczne, postęp technologiczny, zmiany w strukturze demograficznej oraz wzrastający poziom oczekiwań odbiorców usług opiekuńczo-leczniczych. W tej sytuacji coraz większego znaczenia nabiera konieczność stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu medycznego, który musi poszerzać wiedzę, rozwijać umiejętności oraz modyfikować postawy w celu bardziej efektywnego i sprawnego realizowania określonych zadań²¹⁴. Zgodnie z założeniem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), ustawiczne doskonalenie zawodowe jest etycznym obowiązkiem każdej osoby wykonującej zawód medyczny, w szczególności lekarza. Oznacza to, że wszyscy lekarze winni mieć zapewnione warunki umożliwiające uczestniczenie w procesie podnoszenia specyficznych umiejętności zawodowych po to, by w efekcie świadczyć pacjentom najwyższą jakość codziennej opieki²¹⁵. Należy dodać, że – jak zauważa K. Krot – podejmowanie wysiłków ukierunkowanych na zapewnienie pracownikom zadowolających warunków pracy jest ściśle powiązane z poprawą jakości usług. Personel zaangażowany w realizowanie swoich zadań, utożsamiający się z kulturą organizacji, świadczy bowiem usługi w sposób zgodny z oczekiwaniami pacjentów lub nawet owe oczekiwania przewyższający²¹⁶.

Wyniki przeprowadzonych badań własnych wskazują, że w placówkach certyfikowanych 97,5% kierowników aktywizuje swoich podwładnych do działań ukierunkowanych na wzmocnienie jakości, 95% kierowników wspiera pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy, i wreszcie 96,2% kierowników czuje się

²¹³ K. Zadros, *Rola komunikacji interpersonalnej w zarządzaniu zmianami organizacyjnymi w szpitalach*, (w:) *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 369.

²¹⁴ M.D. Głowacka, E. Olek, R. Staszewski, *Rozwój zawodowy menedżera ochrony zdrowia na podstawie szkoleń realizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*, „Przewodnik menedżera zdrowia”, 2002, nr 6, s.17-18.

²¹⁵ G. Bartkowiak, *Podnoszenie kwalifikacji i samorozwój personelu medycznego*, (w:) *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 397.

²¹⁶ K. Krot, *op. cit.*, s. 122-123.

odpowiedzialnych za sukces szpitala. Badania prowadzone wśród kadry zarządzającej placówek certyfikowanych wskazują także, iż 95% pracowników ma zapewnione regularne szkolenia. Warto dodać, że opinia ta pozostaje w sprzeczności z opinią wyrażoną przez pracowników – fakt odbywania się regularnych szkoleń deklaruje 75% pracowników (dane zawarte w tabeli 9, w części dotyczącej pracowników szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji). Pojawia się tu pytanie o przyczyny zaobserwowanej rozbieżności. Jedno z możliwych wyjaśnień zakłada, że pracownicy dostrzegają wagę podnoszenia własnych kwalifikacji, i jednocześnie odczuwają pewien niedosyt związany z ofertą szkoleń proponowaną przez zakłady pracy. W tym kontekście warto zastanowić się m.in. nad tym, w jakim stopniu pracownicy zatrudnieni w danej organizacji odnoszą się do istniejących warunków, a w jakim do spostrzeganej przez siebie wizji²¹⁷. Drugie wyjaśnienie koncentruje się na kierownikach, którzy być może przewartościowują istniejące w placówce możliwości doskonalenia zawodowego adresowane do szeregowych pracowników. Innymi słowy, stwierdzona rozbieżność zmusza do zastanowienia się, w jakim stopniu wysokie wyniki w grupie kierowników są efektem rzeczywiście podejmowanego wysiłku, w jakim zaś są związane ze zmienną aprobaty społecznej. Ewentualne zawyżenie wyników może być także spowodowane faktem nadmiernego utożsamienia się kierowników z rolą zawodową, której elementem jest silne poczucie wpływu, oddziaływania na rzeczywistość społeczną. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w części wyników dotyczącej porównania wybranych zagadnień w grupie kierowników i grupie pracowników. Zauważono np. istotne różnice w aspekcie wspierania i motywowania przez personel kierowniczy podwładnych do coraz lepszej pracy – aż 95% kierowników deklaruje podejmowanie działań w tym zakresie, co potwierdza zaledwie 50% pracowników. W tym miejscu warto podkreślić wagę i aktualność postulatów E. Mone'a, który podejmując rozważania na temat menedżerów w opiece zdrowotnej, akcentował konieczność szkolenia kadry kierowniczej w zakresie technik udzielania wsparcia podwładnym²¹⁸. Brak umiejętności wspierania rozwoju zawodowego podwładnych uznaje się za jedną z dziesięciu wad przywódców²¹⁹.

Znaczące różnice między opiniami kierowników i pracowników odnotowano także w odniesieniu do funkcjonowania w placówce systemu podnoszenia kwalifikacji

²¹⁷ Zob. J.L. Farr, C.L. Middlerbrooks, *Enhancing Motivation to Participate in Professional Development*, (in:) *Maintaining Professional Competence*, S. Willis, S. Dubin (red.), San Francisco 1990, p. 195-213.

²¹⁸ E. Mone, *Training Managers to Be Developers*, (in:) *Career Growth and Human Resource Strategies*, M. London, E. Mone (red.), New York 1988, p. 142.

²¹⁹ H. Mruk, *Przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s.189.

podwładnych. W tym przypadku odpowiedzi twierdzącej udzieliło 83,3 % kierowników i 67,4% pracowników.

Warto podkreślić natomiast, że wśród pracowników i kierowników istnieje jednocześnie zbieżność wyrażająca się w przekonaniu o przydatności systemu zarządzania jakością w placówce medycznej – 89% osób w obu grupach określa tę przydatność jako dużą bądź umiarkowaną. Konstatacja ta jest bardzo pozytywna, ponieważ świadczy o tym, że zagadnienie jakości jest obecne w świadomości bardzo dużej grupy osób udzielających różnych form specjalistycznej pomocy. Hipotezę o wyższej jakości usług w placówkach certyfikowanych potwierdzają także wyniki dotyczące realizacji polityki jakości – zaangażowanie w tym obszarze deklaruje niemal 95% pracowników. Zwiększenie poziomu efektywności i produktywności organizacji, w których istniał system zarządzania jakością zaobserwowano m.in. w badaniach W.A. Taylora²²⁰. Pozytywny wpływ systemu zarządzania jakością na efektywność i skuteczność pracy udokumentowały także badania prowadzone przez zespół: C. Fleming i F. Armes²²¹.

Wyniki uzyskane na podstawie przeprowadzonego badania pozwalają potwierdzić hipotezę (hipoteza 2, problem badawczy 1) zakładającą, że specyfika wdrażanych algorytmów postępowania kształtuje kulturę organizacji oraz postawy i zachowania pracowników, czyniąc ich odpowiedzialnymi za sukces zakładów opieki zdrowotnej. Należy jednak zaznaczyć, że istnieją pewne różnice w dokonanej ocenie między grupą kierowników i pracowników. I tak np., aż 96,2% kierowników czuje się odpowiedzialnych za sukces szpitala, przekonanie takie wyraża nieco mniej, bo 87,3% pracowników. Zaobserwowane niewielkie różnice wynikają, jak się wydaje, z istoty zajmowanego stanowiska menedżerskiego i związanej z nim zwiększonej odpowiedzialności za wszystkie zasoby wchodzące w skład organizacji, a nawet za relacje organizacji z jej otoczeniem rynkowym. Ponadto, niemal 90% kierowników szpitali certyfikowanych twierdzi, że pracownicy mają swój udział w tworzeniu wizji placówki. Pełną akceptację wizji szpitala deklaruje z kolei 75% pracowników, co uznać należy za fakt pozytywny, świadczący o dużym zaangażowaniu personelu w działania projakościowe podejmowane w organizacji.

Aż 95% kierowników wskazuje, że w zespole pracowniczym istnieje dobry klimat i wzajemne zaufanie. 93,6% kierowników zachęca podwładnych do dokonywania samokontroli na swoim stanowisku pracy. Nieco mniej, bo tylko 78,9% kierowników uważa,

²²⁰ Zob. W.A. Taylor: *Organisational differences in ISO 9000 implementation practices*, "International Journal of Quality and Reliability Management", 1995, 12, p. 10-28.

²²¹ Zob. C.M. Fleming, F.M. Armes: *The suitability of IS 9001 as a quality system for a medical illustration department*, "Journal of Audiovisual Media in Medicine", 2001, 24, p.17-22.

że pracownicy uczestniczą w procesie podejmowania decyzji w szpitalu. Z kolei 75,6% kierowników uważa, że pracownicy pracują w zespołach zadaniowych; wypowiedzi świadczące o preferowaniu pracy zespołowej w porównaniu z indywidualnym podejmowaniem uzyskano z kolei od 82,8% pracowników. Fakt wskazywania na preferencje dotyczące rozwiązywania problemów wspólnie z innymi członkami zespołu pracowniczego znajduje wyjaśnienie w literaturze. Jak wynika z ustaleń psychologii społecznej, zespół pracowniczy zaspokaja ważne potrzeby psychospołeczne swoich członków, takie jak m.in. potrzeba afiliacji, potrzeba bezpieczeństwa, jak również inne potrzeby, wynikające z funkcji pełnionych przez poszczególnych członków zespołu²²². Budowanie poczucia bezpieczeństwa w zespole jest szczególnie istotnym czynnikiem motywującym personel w zakładach opieki zdrowotnej²²³. Jak zauważają S. Parker i H. Williams, efektywny zespół sprzyja uzyskaniu korzyści przez organizację, jak również ma pozytywny wpływ na zdrowie oraz satysfakcję z pracy osób, które ów zespół tworzą²²⁴. Umiejętność inspirowania do pracy zespołowej postrzega się jako istotną cechę dobrego przywódcy²²⁵. Warto dodać w tym miejscu, że jakość wewnętrznego życia jednostki (jego uczucia, emocje, spostrzeżenia i motywy) jest najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za twórcze i efektywne działania podejmowane w środowisku pracy. Jak wskazują badania, takie elementy, jak: zadowolenie, silna motywacja wewnętrzna wynikająca z zainteresowania pracą, pozytywny wizerunek szpitala, przełożonych oraz współpracowników, jak również pozytywne postrzeganie wykonywanych zadań oraz samego siebie pozostają w pozytywnym związku z poziomem wydajności, i odwrotnie – niskie wartości w tych obszarach wpływają na pogorszenie efektywności pracy²²⁶. Prognozuje się, że w nadchodzących czasach przewagę konkurencyjną uzyskają te organizacje, które zmienią swój sposób funkcjonowania; zainteresowanie osiągnięciem przez pracownika coraz wyższych wyników zostanie zastąpione mianowicie podejściem skoncentrowanym na lepszym zaspokajaniu jego potrzeb. Podejście to opiera się na założeniu, że optymalne funkcjonowanie człowieka pozostaje w związku z zaspokojeniem jego potrzeb w czterech obszarach: 1. fizjologicznym – pozostawienie

²²² G. Bartkowiak, *Motywowanie personelu i zarządzanie kompetencjami w zakładach opieki zdrowotnej*, (w:) *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 382.

²²³ G. Bartkowiak, *op. cit.*, s. 382.

²²⁴ S. Parker, H. Williams, *Effective Teamworking: Reducing the Psychosocial Risks*, The Stationery Office, Norwich 2001, p. 23.

²²⁵ G. Bartkowiak, *Skuteczny kierownik-model i jego empiryczna weryfikacja*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2002, s. 11.

²²⁶ T. N. Amabile, S. J. Kramer, *Motywuująca siła małych wygranych*, „Harvard Business Review”, 10. 2011, 10(104), s. 56-57.

pracownikowi m.in. odpowiedniej ilości czasu sen i odpoczynek, 2. emocjonalnym – przekazywanie pracownikowi pozytywnych komunikatów; 3. intelektualnym – umożliwienie pracownikowi zbudowania poczucia kontroli nad własną aktywnością, 4. duchowym – związanym z określaniem i realizowaniem zadań, które pracownik postrzega jako sensowne, znaczące i wartościowe²²⁷.

Wyniki badań pozwoliły potwierdzić hipotezę zakładającą, że permanentne i systematyczne doskonalenie działalności placówek lecznictwa zamkniętego oddziałuje na wzrost jakości oferowanych świadczeń medycznych (hipoteza 3, problem badawczy 1). Okazuje się bowiem, że aż 97,5% kierowników aktywizuje podwładnych do działań projakościowych, 95% wspiera pracowników i motywuje ich do lepszej pracy, 83,3% kierowników potwierdza istnienie systemu podnoszenia kwalifikacji podwładnych, 95% pracowników ma zapewnione regularne szkolenia, zaś istniejący program szkoleniowy jest modyfikowany i ulepszany (91,1% wskazań w grupie kierowników). Aż 93,7% kierowników twierdzi, że identyfikowane są problemy występujące w placówce, 92,3% z nich koordynuje realizację wyznaczonej polityki jakości, a 68,8% deklaruje, że w szpitalu funkcjonują koła jakości. Świadczenie usług coraz wyższej jakości jest jednym z podstawowych celów przekształceń obserwowanych obecnie w instytucjach opieki zdrowotnej w Polsce²²⁸. Warto przy tym wspomnieć, że uzyskanie lepszych wyników pozostaje nie tyle w związku z faktem posiadania wysokiej jakości sprzętu medycznego i drogiej infrastruktury technicznej, co raczej z dobrą organizacją warunków pracy (zmiany w metodach pracy, odpowiednie podejście do pacjenta/klienta)²²⁹.

Potwierdzenie znalazła także hipoteza zakładająca, że standaryzacja świadczeń medycznych wymusza świadome doskonalenie zawodowe pracowników, implikując ich indywidualny rozwój oraz stopień identyfikacji z danym zakładem opieki zdrowotnej (hipoteza 4, problem badawczy 2). Zaangażowanie personelu świadczącego usługi medyczne, zdobywanie nowej wiedzy i doświadczeń, stałe podnoszenie kwalifikacji oraz doskonalenie umiejętności interpersonalnych to elementy, którym przypisuje się ogromną wagę w kontekście poprawy jakości funkcjonalnej. Koncepcja rozwoju jakości funkcjonalnej koncentruje się przede wszystkim na polepszeniu komunikacji (zarówno między personelem

²²⁷ D. Allen, T. Schwartz, *Jak być bardziej produktywnym*, „Harvard Business Review”, 10. 2011, 10 (104), s. 68-69.

²²⁸ K. Krot, *op. cit.*, s. 19.

²²⁹ *Ibidem*, s. 55.

i pacjentem, jak i między pracownikami), podkreśla konieczność poprawy jakości zarządzania oraz uwzględniania perspektywy pacjenta (jego potrzeb, oczekiwań, subiektywnych odczuć)²³⁰.

Jak założono w niniejszej pracy (hipoteza 5, problem badawczy 2), placówki certyfikowane wykazują różny stopień doskonałości w poszczególnych obszarach objętych systemem zarządzania jakością, przy czym najmniej doskonałym elementem jest komunikacja wewnętrzna. Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie, jak się bowiem okazuje, 33,8% kierowników oraz 36,9% pracowników deklaruje, że system komunikacji wewnętrznej nie funkcjonuje sprawnie. Dodatkowo, 19% osób z kadry zarządzającej podaje, że personel nie jest informowany o planach krótko- i długofalowych szpitala. Jednocześnie aż 95% kierowników uważa, że dba o to, by informacja docierała do każdego pracownika. Należy podkreślić jednak, że subiektywne poczucie dbałości nie zawsze musi przekładać się na konkretne działania kierownika. Innymi słowy, w procesie przekazywania informacji pracownikom mogą pojawiać się różnorodne błędy, zakłócenia, które obniżają jakość komunikacji i przyczyniają się do tego, iż jest ona nieskuteczna. Nie zmienia to faktu, że – jak zauważa H. Mruk – współczesny lider nie może funkcjonować w roli dyktatora, powinien komunikować się z całym zespołem, dbając jednocześnie o to, by komunikacja miała charakter dwustronny²³¹.

Aktywność kadry kierowniczej na wszystkich poziomach zarządzania to w 60 do 80%, a nawet 90%, porozumiewanie się z innymi ludźmi, w różnych formach i układach organizacyjnych oraz społecznych. Jak zauważa U. Hanson, psycholog z Uniwersytetu Princeton w USA, „komunikacja to proces realizowany przez dwa mózgi²³².” Oznacza to, że jeśli komunikacja przebiega prawidłowo, reakcje w mózgu słuchacza upodabniają się do reakcji w mózgu nadawcy, co świadczy o występowaniu efektu sprzężenia. Komunikacja jest podstawą, na której opierają się inne istotne procesy w organizacji, takie jak: integracja między pracownikami, koordynacja działań, podejmowanie decyzji czy zarządzanie konfliktami²³³. Problem skutecznej komunikacji jawi się jako kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania placówki medycznej, jak bowiem wynika z badań, istnieje dodatnia korelacja między komunikacją wewnętrzną a jakością usług medycznych²³⁴. Na fakt występowania

²³⁰ Ibidem, s. 57.

²³¹ H. Mruk, , *op. cit.*, s. 117.

²³² U. Hasson, *Mogę sprawić, że twój mózg upodobni się do mojego*, „Harvard Business Review” 10.2011, 10(104), s. 23.

²³³ J. Stankiewicz: *Komunikowanie się w organizacji*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2006, s. 18.

²³⁴ G.A. Preuss: *High performance work system and organizational outcomes: the mediating role of information quality*, (w:) „Industrial and Labor Relations Review”, 2003,56,4, p. 590-605.

trudności w komunikacji wewnętrznej, na linii lekarze – kadra zarządzająca, wskazują np. badania K. Zadros²³⁵. Zdaniem autorki, zarzuty formułowane przez każdą ze stron pod adresem tej drugiej dotyczą braku zainteresowania kontaktem i współpracą. Tak więc, mimo że obie grupy odczuwają potrzebę wspólnego rozwiązywania problemów, to jednocześnie nie potrafią dojść do porozumienia. Świadczy to, zdaniem autorki, o istnieniu pewnej niedrożności kanałów komunikacji interpersonalnej oraz zakłóceniach procesów nadawania i odbioru informacji.

Prawidłowa komunikacja między poszczególnymi pracownikami (personalem lekarskim, pielęgniarskim i pomocniczym) sprzyja budowaniu poczucia bezpieczeństwa u pacjenta oraz pozwala zapobiegać – w dużym stopniu – wystąpieniu zdarzeń niepożądanych, czyli takich zdarzeń natury medycznej, które wywołują negatywne skutki u pacjenta lub uczestnika badania klinicznego. Jak wynika z opracowanego przez Instytut Medycyny raportu z 2000 roku, przynajmniej 44 tysięcy pacjentów szpitali w Stanach Zjednoczonych umiera co roku z powodu błędów w sztuce lekarskiej. Podstawową przyczyną owych błędów jest, w przekonaniu autorów raportu, nieskuteczna komunikacja wewnętrzna²³⁶. Warto dodać, że konsekwencje błędów w sztuce dotyczą także samych pracowników medycznych. Jak wskazują doniesienia, lekarze którzy popełnili błąd niosący tragiczne dla pacjenta konsekwencje, doświadczają dyskomfortu psychicznego (poczucie winy i wstydu, natrętne myśli, samooskarżanie), jak również gorzej funkcjonują w sferze społecznej (wzmoczona agresywność, rozdrażnienie, konfliktowość lub skłonność do izolowania się od innych). Trudności w procesie radzenia sobie z problemem prowadzą niekiedy do podejmowania prób samobójczych (np. w Stanach Zjednoczonych co roku odbiera sobie życie ok. 250 lekarzy; personel medyczny popełnia samobójstwa dwa razy częściej niż przeciętni Amerykanie)²³⁷.

Jak wskazują wyniki badań, jakość świadczonych usług pozostaje w związku z typem własności szpitala (hipoteza 6, problem badawczy 3). Szczegółowo rzecz ujmując, dbałość o wyższą jakość zauważa się w szpitalach niepublicznych. W przekonaniu kierowników dotyczy to takich aspektów, jak: udział pracowników w kształtowaniu wizji szpitala, jakość komunikacji wewnętrznej oraz tworzenie zespołów zadaniowych. Osoby zatrudnione w placówkach niepublicznych w mniejszym stopniu niż pracownicy szpitali publicznych

²³⁵ K. Zadros, *Rola komunikacji interpersonalnej w zarządzaniu zmianami organizacyjnymi w szpitalach*, (w:) *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wolters Kluwer, s. 369.

²³⁶ L. Kohn, M. Corrigan, S. Donaldson: *To err is human*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, 2000, p. 1.

²³⁷ K. Boczek: *Błędy – rzecz ludzka*, „Służba Zdrowia”, 2011, 85-92, s. 25-27.

akceptują w pełni wizję szpitala, co może świadczyć o silniejszej w tej grupie potrzebie doskonalenia istniejącego systemu. Dodać warto również, że pracownicy placówek prywatnych deklarują większe możliwości udziału w programach szkoleniowych ukierunkowanych na rozwój wiedzy i umiejętności, częściej uzyskują wsparcie ze strony kierownictwa oraz wykazują większą zdolność do empatii w kontaktach z pacjentami. W przekonaniu pacjentów z kolei, wyższa jakość usług świadczonych w szpitalach niepublicznych związana jest przede wszystkim z faktem stosowania nowoczesnej diagnostyki oraz wyposażenia w nowoczesny sprzęt medyczny. Pacjenci placówek niepublicznych istotnie wyżej oceniali ponadto poziom uzyskanych informacji dotyczących: terminów planowanych zabiegów i badań diagnostycznych; stanu zdrowia; możliwych sposobów terapii; przebiegu operacji lub zabiegu oraz ryzyka związanego z podejmowanym leczeniem.

Poziom informowania pacjentów o skutkach świadczenia medycznego badała m.in. A. Krukowska-Miler²³⁸. Autorka nie podała informacji dotyczących typu własności placówki oraz tego, czy placówka, w której przeprowadzała badania posiada czy nie posiada certyfikację, co uniemożliwia szczegółowe porównanie danych. Wyniki badań wskazują jednak, że 75,86% pacjentów uzyskało informację o skutkach świadczenia medycznego, z kolei 20% informacji takiej nie otrzymało. W porównaniu, w badaniach własnych informacje o możliwym ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem uzyskało: 52,9% pacjentów certyfikowanych szpitali publicznych oraz 72,3% pacjentów certyfikowanych szpitali niepublicznych.

Istotne różnice na korzyść szpitali niepublicznych dotyczyły – w przekonaniu pacjentów – także takich aspektów, jak: czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala; organizacja sposobu przyjęcia na oddział; życzliwość personelu Izby Przyjęć oraz dbałość pracowników o zapewnienie pacjentom intymności; warunki do snu i wypoczynku na oddziale; kompetencje lekarza (uważne słuchanie pacjenta, zapewnienie intymności, zrozumiały sposób przekazywania informacji, życzliwość i dostępność lekarza, ilość czasu poświęconego pacjentowi); kompetencje personelu pielęgniarskiego (życzliwość, staranność wykonywanych zabiegów, dostępność w dzień i w nocy, szybkość reakcji na wezwanie, pielęgnowanie w atmosferze szacunku). Należy dodać również, że szpitale niepubliczne uzyskały wyższe oceny w zakresie wyposażenia sal chorych oraz jakości posiłków.

Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono, że poziom jakości usług

²³⁸ A. Krukowska-Miler, *Jakość usług zdrowotnych a potrzeby pacjentów*, (w:) *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 495.

w niepublicznych szpitalach polskich i niemieckich różni się ze względu na czynniki socjoekonomiczne (hipoteza 7, problem badawczy 3). Istotna różnica dotycząca motywów wyboru danej placówki związana jest z faktem posiadania przez nią nowoczesnego sprzętu medycznego. Jak ustalono w badaniu, sprawna i technologicznie zaawansowana aparatura to czynniki istotny dla 5,6% Niemców i 18% Polaków.

Opieka medyczna w Niemczech jest postrzegana jako realizująca najwyższe standardy. Zarządzanie jakością w niemieckich placówkach opieki zdrowotnej jest najbardziej rozwinięte w zakresie rozwiązywania problemów technicznych oraz radzenia sobie z wyzwaniami klinicznymi. Nadal natomiast dostrzega się konieczność wprowadzenia zmian w takim obszarze, jak orientacja na pacjenta, uwzględnianie jego potrzeb i oczekiwań²³⁹.

Poszukując wyjaśnienia zaobserwowanych różnic, można przypuszczać, że ogólny stan wyposażenia większości szpitali polskich jest znacznie niższy w porównaniu ze szpitalami niemieckimi, których pacjenci są przyzwyczajeni do wysokiego standardu usług wykonywanych przy użyciu specjalistycznej, zaawansowanej technologicznie aparatury. Z tego też względu, przy wyborze placówki medycznej, pacjenci niemieccy są bardziej skłonni uwzględniać sugestie rodziny i znajomych oraz lekarza kierującego (w drugiej kolejności), jak również brać pod uwagę lokalizację szpitala, podczas gdy pacjenci polscy kierują się przede wszystkim opiniami na temat możliwości danego szpitala w zakresie wykonywania nowoczesnej diagnostyki. Należy tu wspomnieć jednocześnie, że – jak wskazują doniesienia z badań prowadzonych przez niemieckich autorów – T. Schoenfeldera, J. Klewera i J. Kuglera²⁴⁰, rekomendacje krewnych czy przyjaciół miały mniejsze znaczenie niż fakt polecenia danej placówki medycznej przez specjalistę. Wniosek ten pozostaje więc w sprzeczności z ustaleniami dokonanymi na podstawie badań własnych.

Znaczące różnice odnotowano także w odniesieniu do czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Blisko 60% pacjentów niemieckich podało, że zostali przyjęci na oddział w dniu zgłoszenia się, natomiast dla niemal 30% czas oczekiwania wynosił od 1 do 6 dni; z kolei w przypadku pacjentów polskich czas poprzedzający przyjęcie na oddział szpitalny wynosił zwykle ponad 1 miesiąc. Warto odnotować ponadto istniejące wśród pacjentów polskich i niemieckich różnice dotyczące znajomości imion i nazwisk lekarzy i pielęgniarek. Jak stwierdzono w badaniu, personel niemiecki wykazuje większą dbałość o to, by pacjent znał

²³⁹ J. Breckenkamp, Ch. Wiskow, U. Laaser, *Progress on quality management in the German health system – a long and winding road*, "Health Research Policy and Systems" 2007:5, [www.health-policy-systems.com; data odczytu 01.09.2012].

²⁴⁰ T. Schoenfelder, J. Klewer, J. Kugler, *Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany*, "International Journal for Quality in Health Care", 2011; vol. 23, 5, p. 507.

imię i nazwisko lekarza prowadzącego (niemal 92% wskazań pacjentów) w porównaniu z personelem polskim (60% wskazań pacjentów). Kolejne różnice w funkcjonowaniu szpitali polskich i niemieckich odnotowano w odniesieniu do takich aspektów, jak: przekazywanie informacji dotyczących skutków ubocznych zażywanych leków, możliwość porozmawiania ze specjalistą oraz możliwość uzyskania wsparcia w sytuacji trudnej. Jak się okazuje, pacjenci polscy uzyskują mniej informacji na temat ewentualnych konsekwencji zastosowanego leczenia, jak również znacznie trudniej im uzyskać wsparcie informacyjne i emocjonalne w sytuacji doświadczania stresu związanego z hospitalizacją. Deficyty w tym zakresie odnotowało aż 70% polskich pacjentów. Jak wykazały badania własne, dla 35% ankietowanych obywateli z Niemiec znacząca przy wyborze szpitala jest jego lokalizacja; czynnik ten wskazuje jako istotny tylko 6% badanych z Polski. Odwołując się do cytowanych już wyżej badań T. Schoenfeldera i zespołu, należy odnotować, że ustalenia poczynione przez autorów niemieckich pozostają w niezgodzie z wynikami badań własnych. Jak stwierdzili bowiem badacze niemieccy, kierowanie się przy wyborze placówki jej rozmiarem, lokalizacją oraz odległością od miejsca zamieszkania jest mało istotne z punktu widzenia pacjenta²⁴¹.

Kończąc dyskusję, warto powiedzieć raz jeszcze, że jakość stanowi podstawę prawidłowego funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej. Dbłość o jakość jest warunkiem koniecznym w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, ponieważ jakiegokolwiek zaniedbania w tym obszarze prowadzą do zagrożenia wartości najwyższych: zdrowia i życia człowieka. Warto podkreślić także fakt, że jakość nie jest idealnym, raz osiągniętym stanem, lecz wyzwaniem, z którym konfrontują się codziennie wszyscy pracownicy, niezależnie od stanowiska zajmowanego w strukturze organizacyjnej. Świadomość tego faktu warunkuje rozwój i przetrwanie organizacji w warunkach istniejącej konkurencji.

²⁴¹ T. Schoenfelder, J. Klewer, J. Kugler, op. cit., p. 507.

Wnioski

Analiza zgromadzonego materiału badawczego pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Fakt istnienia systemu zarządzania jakością zwiększa gwarancję uzyskania usług zdrowotnych na możliwie najwyższym poziomie.
2. Dbałość o uzyskanie i utrzymanie wysokiego poziomu jakości wymaga podejmowania działań ukierunkowanych na doskonalenie wszystkich elementów systemu zarządzania jakością.
3. Jakość usług medycznych świadczona przez szpitale posiadające wdrożony system zarządzania jakością jest istotnie wyższa w porównaniu z placówkami, które certyfikatów jakości nie posiadają.
4. Jakość pozostaje w związku z typem własności szpitala – zaobserwowano znaczące różnice w funkcjonowaniu placówek publicznych i niepublicznych, na korzyść tych drugich.
5. Jakość jest wartością istotną dla wszystkich podmiotów systemu opieki zdrowotnej – pacjentów, personelu, organizacji świadczącej usługi zdrowotne oraz płatnika.
6. W podejmowanych działaniach projakościowych akcentować należy znaczenie takiego wymiaru, jakim jest perspektywa pacjenta (jego subiektywne odczucia, potrzeby, oczekiwania).
7. Istotnym efektem działań projakościowych jest satysfakcja pacjenta. Świadome zarządzanie satysfakcją pacjenta postrzegać należy jako warunek przetrwania i rozwoju placówki w otoczeniu.
8. Implementacja systemu zarządzania jakością w szpitalach implikuje konieczność stałego doskonalenia zawodowego pracowników.
9. Obszarem, w którym zaobserwowano najwięcej błędów i zakłóceń jest komunikacja wewnętrzna, zarówno w wymiarze personel-pacjent, jak i w zespole pracowniczym. W obszarze tym należy zatem podjąć intensywne działania naprawcze, zmierzające do zmiany istniejących wadliwych wzorców komunikacji i wypracowania nowych.
10. W planowanych szkoleniach dla personelu medycznego uwzględnić należy zajęcia warsztatowe ukierunkowane na rozwój i doskonalenie kompetencji psychospołecznych, które – obok specyficznych kompetencji zawodowych – odgrywają istotną rolę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

11. Większość pracowników uczestniczących w badaniach docenia wartość, jaką jest jakość usługi, co wyraża się w zainteresowaniu funkcjonowaniem szpitala, budowaną przez niego wizją i działaniami projakościowymi, podejmowanymi przez placówkę.
12. Wdrożone algorytmy i procedury jakościowe kształtują postawy i zachowania pracowników, budując w dalszej perspektywie kulturę organizacyjną placówki. Podejmowane działania mogą jednakże budzić opór wobec zmian u pracowników, co wymaga stworzenia odpowiedniej strategii postępowania przez zarządzających.
13. Znaczące różnice w jakości usług medycznych świadczonych w szpitalach polskich i niemieckich wynikają po pierwsze z faktu, że w Niemczech działania projakościowe były podejmowane znacznie wcześniej niż w Polsce, jak również mają związek z ogólnie wyższym standardem życia pacjentów niemieckich.

Streszczenie

Głównym celem niniejszej pracy jest analiza porównawcza poziomu świadczeń medycznych udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej – takich, w których wdrożono system zarządzania jakością oraz takich, które owego systemu nie posiadają. Skoncentrowano się tu przede wszystkim na przybliżeniu wpływu standaryzacji świadczeń medycznych m.in. na:

- wzrost satysfakcji pacjentów,
- zwiększenie efektywności i jakości świadczonych usług,
- wzrost zaangażowania personelu w działania pro jakościowe,
- wizerunek zakładów opieki zdrowotnej.

Wyłoniono następujące problemy badawcze:

1. Czy proces implementacji systemów zarządzania jakością, zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO bądź akredytacji w zakładach opieki zdrowotnej oddziałuje na wzrost jakości oferowanych świadczeń medycznych?
2. Jak funkcjonują wdrożone systemy zarządzania jakością w placówkach medycznych?
3. Czy na poziom postrzeganej jakości świadczonych usług medycznych w szpitalach certyfikowanych oddziałują jeszcze inne czynniki?

W pracy przyjęto siedem głównych hipotez, które weryfikowano kolejno w trakcie postępowania badawczego.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano następujące narzędzia:

- Standaryzowane narzędzie badające satysfakcję pacjenta hospitalizowanego (PASAT) stworzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie.
- Ankieta dla kierowników szpitali certyfikowanych dotycząca systemu zarządzania jakością,
- Ankieta dla pracowników szpitali certyfikowanych dotycząca systemu zarządzania jakością,
- Ankieta dla pracowników szpitali nieposiadających certyfikacji dotycząca postrzeganej potrzeby wdrożenia zmian podnoszących jakość.

Badaniami objęto 1351 osób, tj. kierowników (6%), pracowników (łącznie 32%, w tym: personel medyczny, administracyjny, pomocniczy) oraz pacjentów (62%) szpitali. Personel kierowniczy (80 osób), zatrudniony był w 9 szpitalach posiadających wdrożony system zarządzania jakością. W badaniach uczestniczyło 59% pacjentów szpitali certyfikowanych i 41% szpitali nieposiadających certyfikacji.

Poniżej przedstawiono w syntetycznej formie najważniejsze wnioski uzyskane na podstawie przeprowadzonych badań:

1. W subiektywnej ocenie pacjentów, jakość usług medycznych świadczonych w certyfikowanych zakładach opieki zdrowotnej jest wyższa niż w placówkach nieposiadających certyfikatu jakości.
2. Fakt posiadania certyfikacji optymalizuje funkcjonowanie placówki w wielu różnorodnych obszarach (organizacja, sukces ekonomiczny, komunikacja rynkowa).
3. W przypadku placówek certyfikowanych wyższą jakość usług medycznych gwarantują szpitale niepubliczne.
4. Wdrożenie systemu zarządzania jakością implikuje pozytywne zmiany w postawach, zachowaniach i aktywności własnej personelu.
5. Najslabiej funkcjonującym elementem w placówkach medycznych (zarówno w certyfikowanych, jak i nieposiadających certyfikatów) jest komunikacja wewnętrzna.
6. Istnieje konieczność modyfikowania wzorców komunikowania się personelu, np. podczas szkoleń ukierunkowanych na rozwijanie i doskonalenie umiejętności psychospołecznych.
7. Stwierdzono istotne rozbieżności w funkcjonowaniu placówek niemieckich i polskich (na niekorzyść tych drugich), szczególnie w odniesieniu do takich aspektów, jak: czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala, komunikacja z personelem medycznym, możliwość uzyskania wsparcia w sytuacji trudnej, fizyczna i psychologiczna dostępność personelu, ogólna ocena pobytu w szpitalu.

Abstract

The main aim of the present paper is the comparative analysis of the level of medical services provided in health care institutions – those in which the system of quality management has been implemented and those which do not have this system. The focus is above all on showing the influence of medical services standardization on, among others:

- the increase of patient satisfaction,
- the growth of effectiveness and quality of the services provided,
- the increase of personnel involvement in pro-quality actions,
- the image of health care institutions.

The following research problems were found:

1. Does the process of implementation of the quality management systems in conformity with the certification procedures according to ISO standards or accreditation in health care institutions affect the growth of the quality of the medical services offered?
2. How do the implemented systems of quality management in health care institutions function?
3. Are there any other factors that have an impact on the level of the perceived quality of medical services provided in the certified hospitals?

The paper states seven main hypotheses, which were reviewed one by one during the research procedure.

The following tools were used in the studies conducted:

- The standardized tool examining the hospitalized patient's satisfaction (PASAT) created by the Centre of Quality Monitoring in Health Care in Cracow.
- A questionnaire for the managers of the certified hospitals concerning the system of quality management,
- A questionnaire for the employees of the certified hospitals concerning the system of quality management,

- A questionnaire for the employees of the hospitals that do not have certification concerning the perceived need of implementing some changes enhancing the quality.

1351 people participated in the studies, i.e. managers (6%), employees (32% altogether, including: medical, administrative and support personnel) and patients (62%) of hospitals. Managerial personnel (80 people) were employed in 9 hospitals with the implemented system of quality management. 59% of patients of the certified hospitals and 41% of patients of the hospitals without certification took part in the studies.

The most important conclusions obtained on the basis of the studies conducted are presented below in a synthetic form:

1. In the subjective assessment of the patients, the quality of medical services provided in certified health care institutions is higher than in the institutions that do not have the quality certificate.
2. The fact of having the certification optimizes the functioning of an institution in many diverse areas (organization, economic success, marketing communication).
3. In the case of the certified institutions, private hospitals guarantee a higher quality of medical services.
4. The implementation of the system of quality management entails positive changes in the attitudes, behaviour and personal activity of the personnel.
5. Internal communication is the most poorly functioning element in health care institutions (both the certified ones and the ones without certificates).
6. There is a necessity to modify the patterns of personnel communication, e.g. during trainings directed at developing and improving psychosocial skills.
7. Vital discrepancies were observed in the functioning of German and Polish institutions (to the disadvantage of the second ones), especially with reference to such aspects as: the time of expectation of the hospital admission, communication with medical personnel, the possibility of obtaining support in a difficult situation, physical and psychological availability of the personnel, the general assessment of the stay in hospital.

Piśmiennictwo

1. Adinolfi P., *Total Quality Management in public health care: a study of Italian and Irish hospitals*, *Total Quality Management*, vol. 14, no 2, 2003, p.141-150.
2. Allen D., Schwartz T., *Jak być bardziej produktywnym*, *Harvard Business Review*, 10. 2011, 10 (104), s. 67-73.
3. Amabile T. N., Kramer S. J., *Motywująca siła małych wygranych*, *Harvard Business Review*, 10. 2011, 10 (104), s. 56-65.
4. Armstrong M.: *A Handbook of Management Techniques*, Kogan page Ltd, Londyn 1993.
5. Arrington B., Kurz R. S., *Quality Management and Improvement*, (w:) *Handbook of Health Care Management*, edited by W.J. Duncan, P.M. Ginter, L.E. Swayne, Blackwell Publishers, Malden, Oxford 1998, p.285-310.
6. Bartkowiak G., *Podnoszenie kwalifikacji i samorozwój personelu medycznego*, (w:) *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
7. Bartkowiak G., *Motywowanie personelu i zarządzanie kompetencjami w zakładach opieki zdrowotnej*, (w:) *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
8. Bartkowiak G., *Skuteczny kierownik-model i jego empiryczna weryfikacja*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2002.
9. Bendell T., Boulter L., *Benchmarking. Jak uzyskać przewagę nad konkurencją?*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2000.
10. Bielawa A., *Postrzeganie i rozumienie jakości – przegląd definicji jakości*, *Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, nr 21.
11. Bjertnaes O.A., Strømseng Sjetne S., Ingeborg H., Hilde I., *Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations* *BMJ Quality and Safety*, 2012:21(1), p. 39-46.
12. Blumenthal D., *Quality of care – what is it?*, *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, no.12, 1996, p.891-894.
13. Boczek K., *Błędy-rzecz ludzka*, *Śłużba zdrowia*, 2011, 85-92, s. 25-27.
14. Breckenkamp J., Wiskow Ch., Laaser U., *Progress on quality management in the German health system – a long and winding road*, *Health Research Policy and Systems*, 2007, 5.
15. Brewick D.M., Enthoven A., Bunker J.P., *Quality management in NHS: the doctor's role –II*, "Br Med J" 1992, 304, p. 235-239; D.M. Brewick, A. Enthoven,

- J.P. Bunker, *Quality management in NHS: the doctor's role –II*, "Br Med J" 1992, 304, p. 304-308; D.M. Brewick, *A primer on leading the improvement of systems*, "Br Med J" 1996, 312, p. 619-622; D.M. Brewick, *Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement*, "International Journal of Quality of Health Care" 1998, 10, p. 435-441.
16. Broniewska G., *Systemy zarządzania jakością w opiece zdrowotnej*, *Zdrowie i Zarządzanie*, tom V, nr 6, 2003, s.39-48.
 17. Brzezińska K., Korcz A., *Profesjonalizm w ochronie zdrowia. Materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej*, Swarzędz, 2 grudnia 2005.
 18. Campbell S.M., Braspenning J., Hutchinson A. et. al., *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*, *Quality Safety Health Care* 2002, 11, p. 358-364.
 19. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (red.), *Zdrowie publiczne*, Vesalius, Kraków, 2000.
 20. Dahlgaard J., Kristesen K., Kanji G., *Podstawy zarządzania jakością*, PWN, Warszawa, 2002.
 21. Dobska M., Dobski P., *TQM – zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, (w:) *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, M. Trocki (red.), Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa, 2002, s. 143-176.
 22. Dolińska-Zygmunt G., *Znaczenie podmiotowego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym*, (w:) *Podstawy psychologii zdrowia*, G. Dolińska-Zygmunt (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
 23. Donabedian A., *The Definition of Quality*, Health Administration PRESS, 1980.
 24. Donahue T., *Poprawa jakości opieki zdrowotnej i akredytacja*, Pierwsza Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1995.
 25. Dz. U. nr 78 poz. 483, 2 kwietnia 1997.
 26. Elbeik M.A., *The measurement of hospital image*, *Health Marketing Quarterly*, 1986, 4, 2, p. 21-33.
 27. Elliott M.N., Kanouse D.E., Edwards C.A. et. al. *Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization*, "Med Care" 2009; 47, p. 842-849.
 28. Elsner D., *Doskonalenie, kierowanie placówką oświatową*, Chorzów 1999.
 29. Encyklopedia, Wydawnictwo Naukowe PWN, tom 6, Kraków.

30. Farr J.L., Middlerbrooks C.L., *Enhancing Motivation to Participate in Professional Development*, (w:) *Maintaining Professional Competence*, S. Willis, S. Dubin (red.), San Francisco 1990, p. 195-213.
31. Fedorowski J. J., Niżankowski R., *Ekonomika medycyny*, PZWL, Warszawa 2002.
32. Fleming C.M., Armes F.M., *The suitability of IS 9001 as a quality system for a medical illustration department*, *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 2001, 24, p.17-22.
33. Francois P., Peyrin J.C., Touboul M., Labarere J., Reverdy T., Vinck D., *Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital's clinical departments*, *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15, 1, p. 47-55.
34. Frączkiewicz-Wronka A. (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera*, Akademia Ekonomiczna, Katowice 2001, s.51-74.
35. Fox M. J., *Quality Assurance Management*, Chapman and Hall, London 1994.
36. Garson B.E., *ISO 9001:2000: A new paradigm for health care*, ASQ Quality Press, Milwaukee, 2004.
37. Głowacka M. D., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, (w:) *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, M. D. Głowacka (red.), Poznań 2004, s.11-17.
38. Głowacka M.D., Olek E., Staszewski R., *Rozwój zawodowy menedżera ochrony zdrowia na podstawie szkoleń realizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*, *Przewodnik menedżera zdrowia*, 2002, nr 6, s.17-19.
39. Gold M., *The Changing US Health Care System: Challenges for Responsible Public Policy*, *The Milbank Quarterly*, 77 (1), 1999.
40. Gwizdak T., *Akredytacja a zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*, *Zdrowie i Zarządzanie*, t. III, nr 3-4, 2001, s.45-48.
41. Hajdukiewicz D. R., *Rola wytycznych i standardów postępowania w praktyce lekarskiej – różnice, wady i zalety obu rozwiązań*, 8 Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Kraków 9-11 kwietnia 2003.
42. Hall M. F., *Looking to Improve Financial Results? Start by Listening to Patients*. *Healthcare Financial Management*, 62 (10), p.76-80.
43. Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa, 2002.
44. Harrison S., Pollitt C., *Controlling Health Professional*, Open University Press, Buckingham, 1994.

45. Hasson U., *Mogę sprawić, że twój mózg upodobni się do mojego*, Harvard Business Review, 10.2011, 10(104), s. 23-24.
46. Hauke E., *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995.
47. Hayes H.M., *ISO 9000 : the new strategic consideration*, Business Horizon, 7, 3, 1994.
48. Hibbard J.H., Mahoney E.R., Stockard J. et. al., *Development and testing of a short form of the patient activation measure*, "Health Serv Res" 2005; 40, p. 1918-1930; B. Balik, J. Conway, I. Zipperer, et. al., *Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2001; R.S. Lazarus, *Toward better research on stress and coping*, "Am Psych" 2000;55, p. 665-673; B.W. Jack, V.K. Chetty, D. Anthony et. al., *A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial*, "Ann Intern Med" 2009;150, p. 178-187.
49. Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations, *Quality Assurance in Managed Health Care Organizations*, Chicago 1989.
50. Jung M., Hong M.S., *Positioning patient-perceived medical services to develop a marketing strategy*, Health Care Manager, 2012, 31(1), p. 52-61.
51. Juran J.M., *Juranon Leadership for Quality*, The Free Press, Nowy Jork, 1989.
52. Juran J. M., *Upper Management and Quality*, Juran Institute, Nowy Jork, 1982.
53. Kaczmarczyk S., *Badania marketingowe – metody i techniki*, PWE, Warszawa, 2003.
54. Karlof B., Ostblom S., *Benchmarking*, Biblioteka Menedżera i Bankowca, Warszawa 1995.
55. Karaszewski R., *Relacje pomiędzy wprowadzeniem norm serii ISO 9000 a TQM w praktyce polskich przedsiębiorstw*, Problemy Jakości, nr 10, 1999, s. 2-5.
56. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienia zarządzania w ochronie zdrowia w nowym stuleciu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
57. Kautsch M., Whitfield M., *Zdrowie i opieka zdrowotna – zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne* ,(w:) *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s.24-50.
58. Kiliński A., *Jakość*, WNT, Warszawa 1979.

59. Kindlarski E., Bagiński J., *Podstawy zarządzania przez jakość*, Wydawnictwo Bellona, Warszawa, 1994.
60. Klazinga N., *Re-engineering trust: the adoption and of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems*, International Journal for Quality Health Care, nr 3, 2002.
61. Kłos Z., *Zarządzanie przez jakość a kultura przedsiębiorstwa*, Problemy Jakości, nr 4, 1998, s.17-21.
62. Kocot E., *Wskaźnik oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych- koncepcja WHO*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom I, nr1/ 2003, s.40-51.
63. Kolman R., Krukowski K., *Nowoczesny system jakości. Poradnik dla przedsiębiorcy*, Biblioteka Menedżera i Służby Pracowniczej TNOiK, zeszyt 66, Bydgoszcz, 1997.
64. Kopaliński A. K., Łysiak M. R., Pęcińska (red.), *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce*, Zarządzanie Jakością, maj 2004, część 6, s.1-4.
65. Kornatowski M. A., *Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik poziomu jakości opieki zdrowotnej*, Antidotum, nr 1, 1995, s.47-51.
66. Kotler Ph., *Marketing Management. Analysis, Planning, Implementation and Control*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs”, New York 1988.
67. Kowalska D., *Przedsiębiorstwo zorientowane na jakość*, Manager nr 1, 1999, s.50-53.
68. Krawczyńska A., Trzmielak D., *Jakość usług medycznych*, Przegląd Organizacji, nr 2, 2001, s.35-37.
69. Krot K., *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
70. Krukowska-Miler A., *Jakość usług zdrowotnych a potrzeby pacjentów*, (w:) *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2011,s.494-507.
71. Kulikowski J., Wójcik B., *Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO*, Zdrowie i Zarządzanie, nr 6, 2003, s.33-38.
72. Kupczyk A., Korolewska-Mróż H., Czerwonka M., *Radykalne zmiany w firmie*, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998.
73. Leatherman S., *Poprawa działania systemów opieki zdrowotnej poprzez reformowanie rynku usług zdrowotnych*, I Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1995, s. 69-72.
74. Lenartowicz H., *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie – materiały dydaktyczne specjalizacji Organizacja i Zarządzanie*, Warszawa 1998.

75. Leowski J., *Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia – o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, *Zdrowie Publiczne*, nr 4, 2001, s.219-226.
76. Leowski J., Miller M., *Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom II, nr 2/2004, s.14-21.
77. Lisiecka K., *Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych* (w:) *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, K. Lisiecka (red.), Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003, s. 20-25.
78. Lisiecka-Biełanowicz M., *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera*, Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2001.
79. Lisiecka-Biełanowicz M., *Standardy a jakość usług zdrowotnych*, (w:) *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, K. Lisiecka (red.), Instytut Przedsiębiorczości Samorządności, Warszawa 2003, s. 30-34.
80. Łanda K., Nogas G., Płazak M., *Medycyna wiarygodna i racjonalizacja finansowania świadczeń zdrowotnych*, *Antidotum*, nr 11, 2002, s.36-46.
81. Łańcucki J., Kowalska D., Łuczak J., *Zarządzanie jakością w przedsiębiorstwie*, OPOV, Bydgoszcz, 1994.
82. Marquardt D.W., *ISO 9000: a universal standard of quality*, *Management Review*, 81, 1, 1992.
83. Milewska B., Milewska D., *Just in Time*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2001.
84. Mone E., *Training Managers to Be Developers*, (in:) *Career Growth and Human Resource Strategies*, M. London, E. Mone (red.), New York 1988.
85. Mruk H., *Przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
86. Mudie P., Cottam A., *Usługi: zarządzanie i marketing*, PWN, Warszawa 1998.
87. Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A., *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1996.
88. Niecikowska R., *Standardy – spojrzenie i praktyka*, *Pielęgniarstwo i My*, 1995.
89. Nierzwicki J.W., *Zarządzanie jakością. Wybrane zagadnienia*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o.o., Gdańsk, 1999.
90. Niżankowski R., *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, *Zdrowie i Zarządzanie*, tom V, nr 6, 2003, s.7-17.

91. Niżankowki R., *Początek akredytacji polskich szpitali*, *Zdrowie i Zarządzanie*, t. I, nr 3, 1999, s.34-40.
92. Nogalski B., Rybicki J.M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów Studiów Podyplomowych*, Dom Organizatora, Toruń 2002.
93. Oakland J.S., *Total Quality Management*, Butterworth – Heinemann Ltd., Oxford 1992.
94. O’Conor S.J., *Harmony in Health Care Delivery*, (in:) *Research Profile*, The University of Wisconsin-Milwaukee, 1998, 20, 2, p. 21-28.
95. Opolski K., *Strategia jakości w nowoczesnym zarządzaniu bankiem*, Olympus Centrum Edukacji i Rozwoju Biznesu, Warszawa 1998.
96. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2003.
97. Oswald S.L., Turner D.E., Snipes R.L., *Quality determinants and hospital satisfaction. Perception of the facility and staff might be key influencing factors*, *Marketing Health Services*, 1998, p. 19-22.
98. Otani K., Koichiri P., Herrmann P.A., Kurz R.S., Richard S., *Improving patient satisfaction in hospital care settings*, *Health Services Management Research*, 24, 4, 2011, p. 163-169.
99. Otto J., *Jakość dla klienta*, *Manager*, nr 1, 2001.
100. Parker S., Williams H., *Effective Teamworking: Reducing the Psychosocial Risks*, The Stationery Office, Norwich 2001.
101. Piątek A., *Jakość opieki szansą polskiego pielęgniarstwa*, materiały niepublikowane Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych.
102. Piercy N., Morgan N., *The marketing planning process: behavioral problems compared to analytical techniques in explaining marketing plan credibility*, *Journal of Business Research*, 1994, 29, p. 167-168.
103. PN-EN ISO 9001:2009
104. Prause G., Rudawska I., *Szpitalne systemy oceny jakości – jak to robią inni*, *Przewodnik menadżera zdrowia*, nr 3, 2002, s.13-17.
105. Preuss G.A., *High performance work system and organizational outcomes: the mediating role of information quality*, (w:) *Industrial and Labor Relations Review*, 2003,56,4, p. 590-605.
106. Program akredytacji szpitali. Zestaw standardów. Przewodnik po procesie, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998.

107. Poździoch S., *Strategia działania w dziedzinie zdrowia publicznego*, (w:) *Zdrowie publiczne*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków, 2000, s.27-38.
108. Poździoch S., *System zdrowotny*, (w:) *Zdrowie publiczne*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s.127-144.
109. Roemer M.I., *National Health Systems of the World*, vol. I,II, Oxford University Press, New York, Oxford 1993.
110. Rogoziński K., *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2000.
111. Sato K., *Osiem podstawowych zasad japońskiego stylu zarządzania*, Problemy Jakości, 1998.
112. Szczepska M., *Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce i w Europie*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1996.
113. Segoin C., *L'accréditation des établissements de sante. De l' experience internationale a l' application francaise*, 1998.
114. Shaw Ch., Groene O., Mora N., Sunol R., *Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?*, International Journal of Quality of Health Care, 2010, 22, 6, p. 445 do 451.
115. Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J., *Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany*, "International Journal for Quality in Health Care, 2011; vol. 23, 5, p. 507; por. także: P.D. Cleary, L. Keroy, G. Karapanos et. al. *Patient assessment of hospital care*, "QRB Qual Rev Bull" 1989; 15, p. 172-179; M.N. Elliott, D.E. Kanouse, C.A. Edwards et. al. *Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization*, "Med Care" 2009; 47, p.842-849.
116. Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J., *Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany*, "International Journal for Quality in Health Care, 2011; vol. 23, 5, p. 503-509.
117. Sitzia J., Wood N., *Patient satisfaction: a review of issues concepts*, "Soc Sci Med" 1997; 45, p. 1829-1843; M.N. Elliott, D.E. Kanouse, C.A. Edwards et. al. *Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization*, "Med Care" 2009; 47, p. 842-849.
118. Siwiec J., *Aspekty opieki – wymiary do pomiaru*, Piąta Ogólnopolska Konferencja, Jakość w Opiece Zdrowotnej, CMJ w Ochronie Zdrowia, Kraków 12-14 kwiecień 2000.
119. Siwiec J., *Rola jakości w służbie zdrowia. Wskaźniki jakości w praktyce medycznej*, Przewodnik Menadżera Zdrowia, nr 1, 2002, s.6-9.

120. Skrzypek E., *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo UMC-S, Lublin 2000.
121. Słownik wyrazów obcych, PWN, Warszawa 1997.
122. Stankiewicz J., *Komunikowanie się w organizacji*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2006.
123. Stępniewski J. (red.), *Zarządzanie szpitalem. Kompendium menedżera*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 2005.
124. Stojgniew J. Sitko S., *Zewnętrzne mechanizmy zapewnienia jakości a efektywność jednostek opieki zdrowotnej*, Jakość w opiece zdrowotnej, II Ogólnopolska Konferencja, Kraków, 1997.
125. Szczerbińska K., *Poprawa jakości usług medycznych. Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Biblioteka Menedżera Opieki Zdrowotnej, Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996.
126. Szczerbińska K., *Jakość opieki zdrowotnej*, (w:) *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom 2, Vesalius, Kraków 2001, s. 141-186.
127. Szpor G., *Prawne zagadnienia ochrony zdrowia*, w: *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, praca zbiorowa pod red. A. Frączkiewicz-Wronka (red.), Katowice 2001, s.51-74.
128. Szulc A., Marchlewska B., *Ochrona zdrowia jako wielostronny program medycyny zapobiegawczej*, *Zdrowie Publiczne*, nr 1, 2001, s.37-42.
129. Tatarkiewicz W., *Historia Filozofii*, t. 1, Warszawa 1997.
130. Taylor W.A., *Organisational differences in ISO 9000 implementation practices*, *International Journal of Quality and Reliability Management*, 1995, 12, p. 10-28.
131. The World Health Report 2000. *Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000.
132. Trocki M., *Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej*, PWE, Warszawa 2001.
133. M. Trocki (red.), *Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, IPIŚ, Warszawa 2002.
134. Urbaniak M., *Jakość w marketingu*, Sami Sobie, Poznań 1999.
135. Ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U.02.21.204), 1996.
136. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz. U. Nr 45, 2003.

137. Weissman W.D., Curren D.J., Cox B., *CMS requires hospitals to improve quality*, (w:) *National Intelligence Report*, Washington, 2003.
138. WHO Working Group. *Quality Ace In Health Care*, 1989.
139. Wildner M. et al., *The patient's Right to information and citizens' perspective of their information needs*, *Journal Of Public Health*, 2002, 10, p. 305-315.
140. Włodarczyk C., Poździejch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2001.
141. Włodarczyk C., Sitko S., *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie*, Vesalius, Kraków 1999.
142. Wolf A., Olsson A .E., Taft C., Swedberg K., Ekman I., *Impacts of patient characteristics on hospital care experience in 34,000 Swedish patients*, "BMC Nurs." 2012 Jun 14;11 (1) 8.
143. www.ceestahc.org
144. www.wneiz.pl/nauka
145. www.mz.gov.pl
146. www.cmj.org.pl
147. Zadros K., *Rola komunikacji interpersonalnej w zarządzaniu zmianami organizacyjnymi w szpitalach*, (w:) *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wolters Kluwer, Warszawa, 2011, s.360-372.
148. Zandbelt L.C., Smets E.M., Oort F.J., Godfried M.H., de Haes H.C., *Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter*, "Soc Sci Med" 2006, 63(4), p. 899–910; M. van Ryn, D. Burgess, J. Malat, J. Griffin, *Physicians' perceptions of patients' social and behavioral characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease*. "Am J Public Health" 2006, 96 (2), p. 351–357.
149. Ziębicki B., *Zastosowanie benchmarkingu w szpitalnictwie amerykańskim*, *Przegląd Organizacji*, nr 9, 1997, s.18-20.

Spis tabel

Tabela 1. Syntetyczna charakterystyka modeli systemów.....	18
Tabela 2. Porównanie modeli systemów opieki zdrowotnej.....	19
Tabela 3. Elementy systemu opieki zdrowotnej.....	20
Tabela 4. Ocena wybranych aspektów systemu zarządzania jakością w opinii kierowników szpitali certyfikowanych.....	98
Tabela 5. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania dotyczącego poczucia odpowiedzialności w grupach kierowników i pracowników	100
Tabela 6. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania „Czy wspiera Pan/i pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy?” w grupach kierowników i pracowników.....	100
Tabela 7. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania „Czy w ZOZ istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?” w grupach kierowników i pracowników.....	101
Tabela 8. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania „Czy sprawnie funkcjonuje system komunikacji wewnętrznej?” w grupach kierowników i pracowników.....	101
Tabela 9. Tabela krzyżowa i wyniki testu Manna-Whitney’a dla pytania „Jak ocenia Pan/i przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej?” w grupach kierowników i pracowników.....	102
Tabela 10. Częstości odpowiedzi twierdzących i przeczących na pytania dotyczące wybranych aspektów funkcjonowania szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji.....	103
Tabela 11. Zaangażowanie pracowników w politykę jakości.....	104
Tabela 12. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji – ocena systemu podnoszenia kwalifikacji zawodowych.....	104
Tabela 13. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji – ocena komunikacji wewnętrznej.....	105
Tabela 14. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji w preferencjach formy wypełniania zadań.....	105
Tabela 15. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat wśród pracowników szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące odpowiedzialności za sukces szpitala.....	107
Tabela 16. Wyniki Testu U Manna-Whitneya dla szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące różnic w ocenie czynników odpowiedzialnych za satysfakcję pacjenta.....	108
Tabela 17. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat w grupie pacjentów i szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące oceny otrzymanych informacji o terminach zabiegów na oddziale szpitalnym.....	110
Tabela 18. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat w grupie pacjentów szpitali certyfikowanych i bez certyfikacji dotyczące oceny otrzymanych informacji o sposobie przygotowania do zabiegów na oddziale szpitalnym.....	110
Tabela 19. Informowanie o różnych aspektach hospitalizacji.....	115
Tabela 20. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między kierownikami certyfikowanych szpitali prywatnych i publicznych – ocena funkcjonowania wdrożonego systemu zarządzania jakością.....	121

Tabela 21. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali prywatnych i publicznych – ocena ich zaangażowania w realizację polityki jakości.....	122
Tabela 22. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali prywatnych i publicznych – ocena podejmowanych działań doskonalących system jakości	123
Tabela 23. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pracownikami szpitali prywatnych i publicznych – ocena przydatności systemu jakości	123
Tabela 24. Ocena pracy własnej pracowników certyfikowanych szpitali prywatnych i publicznych.....	124
Tabela 25. Powody wyboru danej placówki medycznej w opinii pacjentów szpitali prywatnych i publicznych.....	126
Tabela 26. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania o zasadach funkcjonowania szpitala.....	127
Tabela 27. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu oznakowania pomieszczeń szpitalnych.....	128
Tabela 28. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o terminie planowanego zabiegu.....	128
Tabela 29. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia.....	129
Tabela 30. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o możliwych sposobach leczenia.....	129
Tabela 31. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o ryzyku związanym z leczeniem.....	130
Tabela 32. Rozkłady kwotowe i wyniki testu niezależności rozkładów chi-kwadrat między pacjentami szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena poziomu poinformowania pacjenta o przebiegu operacji.....	130
Tabela 33. Wyniki Testu U Manna-Whitneya dla szpitali certyfikowanych prywatnych i publicznych – ocena czynników pomiaru satysfakcji pacjenta.....	132
Tabela 34. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala poleconego przez rodzinę/znajomych w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec.....	138
Tabela 35. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala ze względu na dogodną lokalizację w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec.....	139
Tabela 36. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala poleconego przez lekarza kierującego w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec.....	139
Tabela 37. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący uzyskanego skierowania na leczenie szpitalne pacjentów z Polski i Niemiec.....	140
Tabela 38. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący wyboru szpitala wyposażonego w nowoczesny sprzęt medyczny w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec.....	140
Tabela 39. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala w opinii pacjentów z Polski i Niemiec.....	141

Tabela 40. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący oceny uzyskanej pomocy przy spożywaniu posiłków przez pacjentów z Polski i Niemiec.....	141
Tabela 41. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący znajomości nazwiska lekarza i pielęgniarki przez pacjentów z Polski i Niemiec.....	142
Tabela 42. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dla pytania o przedstawienie się personelu w ocenie pacjentów z Polski i Niemiec.....	142
Tabela 43. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący uzyskanych informacji o skutkach ubocznych leków przez pacjentów z Polski i Niemiec.....	143
Tabela 44. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący uzyskanych informacji o przebiegu leczenia szpitalnego przez pacjentów z Polski i Niemiec.....	143
Tabela 45. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący możliwości rozmowy z pielęgniarką w trudnych momentach w opinii pacjentów z Polski i Niemiec...	144
Tabela 46. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący możliwości rozmowy z lekarzem w trudnych momentach w opinii pacjentów z Polski i Niemiec.....	144
Tabela 47. Tabela krzyżowa i test niezależności rozkładów chi-kwadrat dotyczący ogólnej oceny pobytu w szpitalu w opinii pacjentów z Polski i Niemiec.....	145
Tabela 48. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali certyfikowanych i tych bez certyfikacji.....	146
Tabela 49. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali prywatnych i publicznych certyfikowanych i niecertyfikowanych.....	147
Tabela 50. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali certyfikowanych – prywatnych i publicznych.....	148
Tabela 51. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala dokonane przez pacjentów szpitali polskich i niemieckich.....	149
Tabela 52. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala ze względu na płeć.....	150
Tabela 53. Współczynniki korelacji Spearmana wymiarów oceny szpitala oraz wybranych danych demograficznych.....	151
Tabela 54. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala ze względu na płeć w podziale na szpitale certyfikowane i bez certyfikacji.....	153
Tabela 55. Współczynniki korelacji Spearmana wymiarów oceny szpitala oraz wybranych danych demograficznych w podziale na szpitale certyfikowane i bez certyfikacji.....	156
Tabela 56. Testy istotności różnic międzygrupowych t-Studenta – oceny wybranych aspektów funkcjonowania szpitala ze względu na płeć w podziale na typ własności.....	158
Tabela 57. Współczynniki korelacji Spearmana wymiarów oceny szpitala oraz wybranych danych demograficznych w podziale na typ własności.....	160

Spis rysunków

Rysunek 1. Ochrona zdrowia a elementy polityki społeczno-ekonomicznej.....	10
Rysunek 2. Funkcje systemu ochrony zdrowia.....	16
Rysunek 3. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej wg <i>Contandriopoulou</i>	21
Rysunek 4. Model funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.....	22
Rysunek 5. System zdrowia – model analizy (wg <i>Chombaud</i>).....	22
Rysunek 6. Elementy opieki zdrowotnej i kryteria jej sprawności.....	24
Rysunek 7. Optymalny model systemu opieki zdrowotnej.....	25
Rysunek 8. Sfery jakości w usłudze medycznej.....	35
Rysunek 9. Mechanizmy zapewnienia jakości w podmiotach ochrony zdrowia.....	58
Rysunek 10. Pętla jakości w zarządzaniu usługą.....	61
Rysunek 11. Model TQM według Oaklanda.....	68
Rysunek 12. Udział poszczególnych grup badawczych w całej próbie.....	88
Rysunek 13. Udział kierowników z poszczególnych szpitali w badanej próbie.....	89
Rysunek 14. Przynależność badanych do szczebli kierownictwa.....	90
Rysunek 15. Udział ilościowy pracowników z poszczególnych szpitali w badanej próbie..	91
Rysunek 16. Udział procentowy badanych szpitali w podziale na posiadanie certyfikatów lub ich brak.....	92
Rysunek 17. Udział procentowy pracowników w podziale na płeć.....	92
Rysunek 18. Wykształcenie pracowników biorących udział w badaniu.....	93
Rysunek 19. Udział procentowy pracowników ze względu na grupę zawodową.....	93
Rysunek 20. Udział procentowy pacjentów szpitali certyfikowanych i bez certyfikatu.....	94
Rysunek 21. Udział procentowy pacjentów w podziale na płeć.....	94
Rysunek 22. Wykształcenie pacjentów biorących udział w badaniu.....	95
Rysunek 23. Aktywność zawodowa/edukacyjna pacjentów biorących udział w badaniu...	96
Rysunek 24. Ocena przydatności certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej.....	99
Rysunek 25. Ocena przydatności certyfikowanego systemu zapewnienia jakości.....	106
Rysunek 26. Ocena czasu załatwiania formalności w Izbie Przyjęć.....	109
Rysunek 27. Ocena życzliwości personelu Izby Przyjęć.....	109
Rysunek 28. Ocena poziomu zrozumiałości komunikatów formułowanych przez lekarzy..	111
Rysunek 29. Ocena życzliwości lekarzy.....	112
Rysunek 30. Ocena ilości czasu poświęconego pacjentowi przez lekarza.....	113
Rysunek 31. Ocena życzliwości pielęgniarek.....	113
Rysunek 32. Ocena szybkości reakcji pielęgniarek na wezwanie pacjenta.....	114
Rysunek 33. Ocena poczucia pielęgnowania w atmosferze szacunku i poszanowania godności pacjenta przez personel pielęgniarski.....	114
Rysunek 34. Informowanie pacjenta o stanie jego zdrowia.....	115
Rysunek 35. Informowanie pacjenta o możliwych sposobach leczenia.....	116
Rysunek 36. Informowanie pacjenta o możliwym ryzyku związanym z leczeniem.....	116
Rysunek 37. Informowanie pacjenta o skutkach ubocznych podawanych leków.....	117
Rysunek 38. Informowanie pacjenta o przebiegu operacji bądź zabiegu.....	117
Rysunek 39. Ogólna ocena pobytu w szpitalu.....	118
Rysunek 40. Gotowość zarekomendowania danego szpitala rodzinie bądź przyjacielom...	119
Rysunek 41. Motywy wyboru szpitala.....	119
Rysunek 42. Ocena wyposażenia sal chorych.....	133
Rysunek 43. Ocena umiejętności lekarzy w zakresie uważnego słuchania.....	133

Rysunek 44. Ocena umiejętności lekarzy w zakresie formułowania zrozumiałych komunikatów.....	134
Rysunek 45. Ocena życzliwości lekarza.....	134
Rysunek 46. Ocena ilości czasu poświęconego pacjentowi przez lekarza.....	135
Rysunek 47. Ocena życzliwości pielęgniarek.....	135
Rysunek 48. Ocena staranności zabiegów wykonywanych przez personel pielęgniarski....	136
Rysunek 49. Ocena szybkości reakcji personelu pielęgniarskiego na wezwanie pacjenta...	136
Rysunek 50. Ogólna ocena pobytu w szpitalu w opinii pacjentów certyfikowanych szpitali prywatnych i publicznych.....	137
Rysunek 51. Gotowość zarekomendowania szpitala innym osobom.....	137

Załączniki

- 1) Narzędzie standaryzowane do badania satysfakcji pacjenta hospitalizowanego PASAT
- 2) Badanie ankietowe dla stanowisk kierowniczych zakładów opieki zdrowotnej dotyczące systemu zarządzania jakością
- 3) Badanie ankietowe dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej dotyczące systemu zarządzania jakością
- 4) Badanie ankietowe dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej

PRZYJĘCIE DO SZPITALA

**ANKIETA
dla
PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH**
INSTRUKCJA

Zwracamy się do Pana/i z uprzejmą prośbą o wypełnienie ankiety celem poznania opinii na temat Naszego Szpitala, w którym Pan/i obecnie przebywa. Informacje jakie uzyskamy będą podstawą do wprowadzenia zmian poprawiających jakość usług oraz zwiększenia komfortu pobytu pacjenta w Naszym Szpitalu.

Odpowiadając na pytania, proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź w odpowiednim polu.

lub

Ankieta jest w pełni anonimowa. Po wypełnieniu, proszę wrzucić ankietę do przygotowanej skrzynki.

Personel szpitala z góry dziękuje za szczere odpowiedzi.

1. Kto wydał Panu/i skierowanie do szpitala?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lekarz rodzinny w przychodni | <input type="checkbox"/> Zostałem przyjęty w sposób nagły / zgłosiłem się bez skierowania |
| <input type="checkbox"/> Lekarz specjalista w przychodni | <input type="checkbox"/> Zostałem przeniesiony z innego szpitala |
| <input type="checkbox"/> Lekarz, u którego leczę się prywatnie | |
| <input type="checkbox"/> Lekarz pogotowia ratunkowego | |

2A. Jak długo oczekiwali/a Pan/i na przyjęcie do szpitala (od wystawienia skierowania lekarskiego do momenta przyjęcia)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bez oczekiwania | <input type="checkbox"/> Powyżej 2 miesięcy – pół roku |
| <input type="checkbox"/> 1 do 6 dni | <input type="checkbox"/> Dłużej niż pół roku |
| <input type="checkbox"/> 1 – 2 tygodnie | |
| <input type="checkbox"/> Powyżej 2 tygodni – 1 miesiąc | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy – przyjęty w sposób nagły / przeniesiony z innego szpitala |
| <input type="checkbox"/> Powyżej 1 miesiąca – 2 miesiące | |

2B. Czy Pana/i zdaniem powyższy czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala był:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bardzo krótki | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| <input type="checkbox"/> Krótki | |
| <input type="checkbox"/> Raczej krótki | |
| <input type="checkbox"/> Długi | |
| <input type="checkbox"/> Bardzo długi | |

3. Co przede wszystkim spowodowało, że wybrał/a Pan/i właśnie Nasz Szpital?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Polecenie przez rodzinę/znajomych | <input type="checkbox"/> Dogodna lokalizacja |
| <input type="checkbox"/> Sugestia lekarza kierującego | <input type="checkbox"/> Nowoczesny sprzęt medyczny |
| <input type="checkbox"/> Nowoczesna diagnostyka | <input type="checkbox"/> Wysoko wykwalifikowana kadra |
| <input type="checkbox"/> Możliwość leczenia u wybranego lekarza | <input type="checkbox"/> Nie miałem wpływu na wybór szpitala |

POBYT W IZBIE PRZYJĘĆ

4. Jak ocenia Pan/i funkcjonowanie IZBY PRZYJĘĆ?					Nie jestem w stanie ocenić Izby Przyjęć*
Bardzo krótki	Krótki	Raczej krótki	Długi	Bardzo długi	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
A. Czas załatwiania formalności					Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
B. Organizacja sposobu przyjęcia na oddział					Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
C. Życzliwość personelu					Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
D. Zapewnienie intymności					Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
E. Czystość w izbie przyjęć					Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
F. Wyposażenie izby przyjęć (miejsca do siedzenia, wieszaki itp.)					Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

* Powyższą kolumnę powinni zaznaczyć pacjenci, którzy byli nieprzytomni w trakcie przyjęcia do szpitala lub zostali bezpośrednio przewiezieni na oddział, salę operacyjną itp.

POBYT W ODDZIALE SZPITALNYM

5. Czy podczas przyjęcia na oddział poinformowano Pana/ią wyczerpująco o:				
Tak <input type="checkbox"/> 1	Raczej tak <input type="checkbox"/> 2	Nie <input type="checkbox"/> 3	Nie potrzebowałem <input type="checkbox"/> 4	
A. Harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału				
Tak <input type="checkbox"/> 1	Raczej tak <input type="checkbox"/> 2	Nie <input type="checkbox"/> 3	Nie potrzebowałem <input type="checkbox"/> 4	
B. Rozmieszczeniu/lokalizacji pomieszczeń szpitala/oddziałów				
Tak <input type="checkbox"/> 1	Raczej tak <input type="checkbox"/> 2	Nie <input type="checkbox"/> 3	Nie potrzebowałem <input type="checkbox"/> 4	
C. Terminach planowanych zabiegów/badań				
Tak <input type="checkbox"/> 1	Raczej tak <input type="checkbox"/> 2	Nie <input type="checkbox"/> 3	Nie potrzebowałem <input type="checkbox"/> 4	
D. Sposobie przygotowania do zabiegu/badań (dieta, toaleta)				
Tak <input type="checkbox"/> 1	Raczej tak <input type="checkbox"/> 2	Nie <input type="checkbox"/> 3	Nie potrzebowałem <input type="checkbox"/> 4	
E. Prawach Pacjenta				
Tak <input type="checkbox"/> 1	Raczej tak <input type="checkbox"/> 2	Nie <input type="checkbox"/> 3	Nie potrzebowałem <input type="checkbox"/> 4	
6. Jak Pan/i ocenia warunki w ODDZIALE pod względem następujących aspektów:				
A. Czystość sali chorych				
Bardzo dobrze <input type="checkbox"/> 1	Dobrze <input type="checkbox"/> 2	Raczej dobrze <input type="checkbox"/> 3	Źle <input type="checkbox"/> 4	Bardzo źle <input type="checkbox"/> 5
B. Wyposażenie sali chorych (oświetlenie, meble, wieszaki, stoliki, szafka itp.)				
Bardzo dobrze <input type="checkbox"/> 1	Dobrze <input type="checkbox"/> 2	Raczej dobrze <input type="checkbox"/> 3	Źle <input type="checkbox"/> 4	Bardzo źle <input type="checkbox"/> 5
C. Czystość toalet				
Bardzo dobrze <input type="checkbox"/> 1	Dobrze <input type="checkbox"/> 2	Raczej dobrze <input type="checkbox"/> 3	Źle <input type="checkbox"/> 4	Bardzo źle <input type="checkbox"/> 5

Jak Pan/i ocenia warunki w ODDZIALE pod względem następujących aspektów:				
D. Przystosowanie łazienek do potrzeb chorych (uchwyty, poręcze, balkoniki)				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E. Warunki do snu i odpoczynku				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F. Dostęp do telefonu				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Jak Pan/i ocenia posiłki oferowane w szpitalu:					
A. Urozmaicenie posiłków					
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
B. Ilość pożywienia					
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
C. Temperatura posiłków					
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
D. Pomoc przy spożywaniu posiłków					
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle	Nie potrzebowałem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

-5-

OPIEKA LEKARSKA

8. Jak Pan/i ocenia LEKARZA (dotyczy lekarza prowadzącego lub wykonującego najczęściej badania, zabiegi):				
A. Uważne słuchanie pacjenta				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B. Zapewnienie intymności (wykonywanie badania tylko w obecności osób uprawnionych, oddzielanie parawanem podczas krepujących zabiegów itp.)				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C. Wyrażanie się w sposób zrozumiały dla pacjenta				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D. Życzliwość lekarza				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E. Dostępność lekarza w razie potrzeby				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F. Ilość czasu poświęcanego pacjentowi				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Czy zdarzyła się sytuacja, iż personel medyczny wygłaszał sprzeczne ze sobą opinie dotyczące Pana/i stanu zdrowia, sposobów leczenia itp.?

1 Tak, często 2 Tak, czasami 3 Nie, nigdy

10. Czy zdarzyła się sytuacja, iż personel medyczny rozmawiał o Panu/i w obecności osób trzecich w taki sposób, iż było to dla Pana/i krepujące?

1 Tak, często 2 Tak, czasami 3 Nie, nigdy

-6-

OPIEKA PIELEGNIARSKA

11. Jak Pan/i ocenia personel pielęgniarski:				
A. Życzliwość pielęgniarek				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B. Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków (pobieranie krwi, mierzenie ciśnienia, zakładanie kroplówki, zmiana opatrunku)				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C. Dostępność w dzień				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D. Dostępność w nocy				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E. Szybkość reakcji na wezwanie pacjenta				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F. Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
G. Jak Pan/i ocenia uprzejmość salowych				
Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

-7-

INNE ASPEKTY POBYTU W SZPITALU

12. Czy podczas pobytu w szpitalu udzielono Panu/i wyczerpujących informacji:			
A. Stanie zdrowia			
Tak	Raczej tak	Nie	Nie potrzebowałem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
B. Sposobach leczenia			
Tak	Raczej tak	Nie	Nie potrzebowałem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C. Ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem – zabiegiem/operacją			
Tak	Raczej tak	Nie	Nie potrzebowałem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
D. Skutkach ubocznych leków			
Tak	Raczej tak	Nie	Nie potrzebowałem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
E. Przebiegu operacji lub zabiegu			
Tak	Raczej tak	Nie	Nie potrzebowałem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

13. Czy w momentach trudnych (zabieg/operacja) miał/a Pan/i możliwość porozmawiania z kimś z personelu o swoich obawach, niepokojach? Jeśli tak, to z kim?

1 Psychologiem 7 Nie było takiej potrzeby
 2 Pielęgniarką
 3 Księdzem
 4 Lekarzem
 5 Inną osobą z personelu
 6 Z nikim

-8-

14. Czy czas określony przez szpital na odwiedzinę odpowiadał Pana/i oczekiwaniom?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 Tak
- 3 Raczej tak
- 4 Nie
- 5 Zdecydowanie nie

OCENA OGÓLNA

15. Jak ogólnie ocenia Pan/i pobyt w szpitalu?

Bardzo dobrze	Dobrze	Raczej dobrze	Źle	Bardzo źle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

16. Czy poleciliby Pan/i Nasz Szpital swojej rodzinie, przyjaciołom?

- 1 Zdecydowanie tak
- 2 Tak
- 3 Raczej tak
- 4 Nie
- 5 Zdecydowanie nie

METRYCZKA

17. Ile Pan/i ma lat?

_____ lat

18. Płeć:

- 1 Mężczyzna
- 2 Kobieta

19. Jakiego Pan/i posiada wykształcenie?

- 1 Wyższe
- 2 Pomaturalne
- 3 Średnie
- 4 Zawodowe
- 5 Podstawowe

- 9 -

20. Stosunek do czynności zawodowych

- 1 Praca zawodowa
- 2 Rencista/emeryt
- 3 Bezrobotny
- 4 Student/uczeń
- 5 Inne

21. Oddział, na którym Pan/i obecnie przebywa:

22. Czy był/a Pan/i wcześniej leczony w naszym szpitalu?

- 1 Tak, na tym samym oddziale
- 2 Tak, ale na innym oddziale
- 3 Nie

UWAGI:

- 10 -

ZALĄCZNIK DO ANKIETY BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTA.

Proszę o podkreślenie odpowiedzi lub uzupełnienie pustych zaznaczonych miejsc.

1. Czy ma Pan/Pan zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej (zgodnie z Kartą Praw Pacjenta)?

- Tak
- Nie

2. Czy zna Pan/Pan z imienia i nazwiska lekarza i pielęgniarkę, którzy się Panią/Panem opiekują?

- Tak
- Nie

3. Czy personel oddziału przedstawił się?

- Tak
- Nie

Nie pamiętam, gdyż byłem zbyt chory

4. Czy personel był delikatny przy wykonywaniu zastrzyków czy badań?

- Tak
- Nie

Zależy od lekarza/pielęgniarki/innego osoby (proszę podać od kogo).....

5. Gdy zgłaszając ból lub złe samopoczucie czekała Pani/Pan na udzielenie pomocy:

- Długo
- Krótko
- Natychmiast

6. Czy personel chętnie z Panią/Panem rozmawiał, pocieszał, wysłuchał?

- Tak
- Nie

.....

7. Czy podczas snu, odpoczynku przeszkadzał Pani/Panu – personel, pacjenci, inne osoby?

- Tak
- Nie

Jesli tak, to kto przeszkadzał najbardziej:

- Personel głośno rozmawiający, biegający po oddziale
- Pacjenci
- Odwiedzający
- Urządzenia
-

8. Z iloma osobami dzieli Pan/Pan sną?

- Z nikim
- Z 1 osobą
- Z większą ilością (proszę podać ile osób).....
- Na korytarzu.....

9. Z iloma osobami chciałaby Pan/Pan dzielić sną

10. Czy otrzymała Pani/Pan któreś z poniżej wymienionych pisemne informacje dotyczące Pani/Pana hospitalizacji?

- Nie

Tak, przy przyjęciu otrzymałem :

- Regulamin oddziału
- Prawa pacjenta
- Informacje na temat leczenia
- Informacje na temat mojej choroby
- Wytyczne odnośnie diety
- Wytyczne odnośnie zachowań i dalszego leczenia po szpitalu
- Inne dokumenty (proszę wymienić jakie).....

11. Czy lekarze poświęcają Pani/Panu odpowiednią ilość czasu?

- Tak
- Raczej tak
- Nie

12. Czy lekarz wyjaśnił Pani/Panu na czym polegać będą wykonywane zabiegi, badania diagnostyczne, proces leczenia?

- Tak
- Raczej tak
- Nie

13. Czy oddział wywiązuje się z wcześniej wyznaczonych terminów usługi medycznej (czasu planowanego zabiegu operacyjnego, badania diagnostycznego)?

- Tak
- Raczej tak
- Nie

Jesli nie to dlaczego?.....

14. Czy zachowanie personelu wzbudza Pani/Pana poczucie bezpieczeństwa?

- Tak
- Raczej tak
- Nie (dlaczego?).....

15. Czy może Pan/Pan sprzecyzować co najbardziej Pani/Panu dokuczają podczas pobytu w szpitalu?

Dziękujemy Panu/Pani za wypełnienie ankiety!

Wypełnioną ankietę proszę wrzucić do specjalnej skrzynki przygotowanej przez personel Szpitala.

- 11 -

- 12 -

BADANIE ANKIETOWE DLA STANOWISK KIEROWNICZYCH W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ.

Proszę o zaznaczenie krzyżykiem {×} wybranych odpowiedzi lub uzupełnienie pustych zaznaczonych miejsc.

1. Czy aktywizuje Pani/Pan podwładnych do działań projakościowych?

tak

nie

2. Czy pracownicy mają swój udział w tworzeniu wizji szpitala?

tak

nie

3. Czy sprawnie funkcjonuje system komunikacji wewnętrznej?

tak

nie

4. Czy w ZOZ istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?

tak

nie

5. Czy pracownicy mają zapewnione regularne szkolenia?

tak

nie

6. Czy program szkoleniowy jest modyfikowany i ulepszany?

tak

nie

7. Jak Pani/Pan doskonali swoje umiejętności? Proszę opisać szczegółowo własny rozwój zawodowy w ostatnich trzech latach
(studia, kursy, szkolenia, specjalizacje, udział w konferencjach itd.).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Czy wspiera Pani/Pan pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy?

- tak
- nie

9. Czy koordynuje Pani/Pan realizację wyznaczonej polityki jakości?

- tak
- nie

10. Czy istnieje dobry klimat w zespole i wzajemne zaufanie?

- tak
- nie

11. Czy w szpitalu funkcjonują koła jakości?

- tak
- nie

12. Czy identyfikowane są problemy istniejące w placówce medycznej? Czy prowadzone są dyskusje na ich temat?

tak

nie

13. Czy personel jest informowany o planach krótko- i długofalowych szpitala?

tak

nie

14. Czy pracownicy uczestniczą w procesie podejmowania decyzji?

tak

nie

15. Czy zachęca Pani/Pan podwładnych do dokonywania samokontroli?

tak

nie

16. Czy utworzone są zespoły zadaniowe?

tak

nie

17. Czy dba Pani/Pan by przekazywane informacje docierały do każdego pracownika?

tak

nie

18. Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?

tak

nie

19. Jak ocenia Pani/Pan przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej?

- duża
- umiarkowana
- mała
- nie zaobserwowano

Do której grupy może się Pani/Pan zaliczyć?

- kierownictwo wyższego szczebla
- kierownictwo średniego szczebla
- kierownictwo niższego szczebla

Dziękuję za wypełnienie ankiety !

BADANIE ANKIETOWE DLA PRACOWNIKÓW ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ.

Proszę o zaznaczenie krzyżykiem {×} wybranych odpowiedzi lub uzupełnienie pustych zaznaczonych miejsc.

20. Czy identyfikuje się Pani/Pan z działaniami projakościowymi podejmowanymi przez jednostkę?

tak

nie

21. Czy w pełni akceptuje Pani/Pan wizję szpitala?

tak

nie

22. Jakie jest Pani/Pana zaangażowanie w realizację polityki jakości?

duże

umiarkowane

małe

23. Czy w szpitalu istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?

tak

nie

24. Czy istnieje program szkoleniowy i jest wspierana edukacja?

tak

nie

25. Czy doskonalili Pani/Pan swoje umiejętności?

tak

nie

26. Proszę opisać szczegółowo własny rozwój zawodowy w ostatnich trzech latach
(studia, kursy, szkolenia, specjalizacje, udział w konferencjach itd.).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

27. Czy kierownictwo motywuje Panią/Pana do działania poprzez pochwały i udzielanie wsparcia?

- tak
- nie

28. Czy sprawnie funkcjonuje komunikacja wewnętrzna i przepływ informacji?

- tak
- nie

29. Co ceni sobie Pani/Pan bardziej? (proszę wybrać)

- pracę w zespole
czy
- indywidualne podejmowanie decyzji

30. Czy w szpitalu funkcjonują koła jakości?

- tak
- nie – (proszę przejść do pyt. 15)

31. Czy programy kół jakości sprawiły, że wykonywana praca jest bardziej interesująca?

tak

nie

32. Czy poświęca Pani/Pan swój prywatny czas (w trakcie przerw, w domu) na przemyślenia związane z problematyką poruszaną w trakcie prac koła jakości?

tak

nie

33. Czy uważa Pani/Pan, że prowadzony program jakości powinien obejmować nowe grupy pracowników oraz być kontynuowany?

tak

nie

34. Jakie działania podejmuje Pani/Pan by zwiększyć satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług i zaspokoić ich oczekiwania?
(tylko dla personelu medycznego)

poświęcam więcej czasu na rozmowę z pacjentem

wspieram i pocieszam chorych w trudnych chwilach

udzielam w języku zrozumiałym dla pacjenta wszelkich niezbędnych informacji o jego stanie zdrowia, sposobach leczenia, udzielanej opiece, badaniach diagnostycznych, wykonywanych zabiegach i przebiegu planowanej operacji

uważnie słucham chorych i zachęcam ich do zadawania pytań

jestem zdolna/-y do empatii

dbam o czystość sal i higienę chorych

nawiązuję współpracę nie tylko z pacjentem ale również z jego rodziną

stwarzam miłą atmosferę rozładowując jednocześnie stres chorych związany z pobytem w szpitalu

dbam o wysoką kulturę obsługi pacjenta

jestem uprzejma/-y, życzliwa/-y i często się uśmiecham

jestem delikatna/-y i staranna/-y przy wykonywaniu zabiegów i opatrunków

- dbam o pielęgnację pacjenta w atmosferze szacunku i poszanowania godności

35. Jak często podejmuje Pani/Pan działania korygujące, zapobiegawcze i doskonalące jakość usług?

- systematycznie codziennie
 raz w tygodniu
 raz w miesiącu
 rzadziej
 wcale

36. Jak ocenia Pani/Pan przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej?

- duża
 umiarkowana
 mała
 nie zaobserwowano

37. Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?

- tak
 nie

METRYCZKA

1. Ile ma Pani/Pan lat?.....

2. Płeć :

- Kobieta Mężczyzna

3. Jakiego ma Pani/Pan wykształcenie?

- wyższe pomaturalne średnie zawodowe podstawowe

4. Do której grupy może się Pani/Pan zaliczyć?

- personel medyczny personel administracyjny personel pomocniczy

Dziękuję za wypełnienie ankiety !

BADANIE ANKIETOWE DLA PRACOWNIKÓW ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ.

Proszę o zaznaczenie krzyżykiem {×} wybranych odpowiedzi lub uzupełnienie pustych zaznaczonych miejsc.

38. Czy odczuwasz konieczność wprowadzenia zmian służących poprawie funkcjonowania szpitala?

tak

nie

39. Czy Zakład Opieki Zdrowotnej, w którym Pani/Pan pracuje podejmuje jakieś działania pro jakościowe?

tak

nie

40. Czy zna Pani/Pan wizję szpitala?

tak

nie

41. Jakie jest Pani/Pana zainteresowanie poprawą jakości usług?

duże

umiarkowane

małe

42. Czy w szpitalu istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?

tak

nie

43. Czy istnieje program szkoleniowy i jest wspierana edukacja?

tak

nie

44. Czy doskonali Pani/Pan swoje umiejętności?

tak

nie

45. Proszę opisać szczegółowo własny rozwój zawodowy w ostatnich trzech latach (studia, kursy, szkolenia, specjalizacje, udział w konferencjach itd.).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

46. Czy kierownictwo motywuje Panią/Pana do działania poprzez pochwały i udzielanie wsparcia?

tak

nie

47. Czy sprawnie funkcjonuje komunikacja wewnętrzna i przepływ informacji?

tak

nie

48. Co ceni sobie Pani/Pan bardziej? (proszę wybrać)

pracę w zespole
czy

indywidualne podejmowanie decyzji

49. Czy w szpitalu funkcjonują koła jakości?

- tak
- nie – (proszę przejść do pyt. 16)

50. Czy programy kół jakości sprawiły, że wykonywana praca jest bardziej interesująca?

- tak
- nie

51. Czy poświęca Pani/Pan swój prywatny czas (w trakcie przerw, w domu) na przemyślenia związane z problematyką poruszaną w trakcie prac koła jakości?

- tak
- nie

52. Czy uważa Pani/Pan, że prowadzony program jakości powinien obejmować nowe grupy pracowników oraz być kontynuowany?

- tak
- nie

53. Jakie działania podejmuje Pani/Pan by zwiększyć satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług i zaspokoić ich oczekiwania?
(tylko dla personelu medycznego)

- poświęcam więcej czasu na rozmowę z pacjentem
- wspieram i pocieszam chorych w trudnych chwilach
- udzielam w języku zrozumiałym dla pacjenta wszelkich niezbędnych informacji o jego stanie zdrowia, sposobach leczenia, udzielanej opiece, badaniach diagnostycznych, wykonywanych zabiegach i przebiegu planowanej operacji
- uważnie słucham chorych i zachęcam ich do zadawania pytań
- jestem zdolna/-y do empatii
- dbam o czystość sal i higienę chorych
- nawiązuję współpracę nie tylko z pacjentem ale również z jego rodziną
- stwarzam miłą atmosferę rozładowując jednocześnie stres chorych związany z pobytem w szpitalu

- dbam o wysoką kulturę obsługi pacjenta
- jestem uprzejma/-y, życzliwa/-y i często się uśmiecham
- jestem delikatna/-y i staranna/-y przy wykonywaniu zabiegów i opatrunków
- dbam o pielęgnację pacjenta w atmosferze szacunku i poszanowania godności

54. Jak często podejmuje Pani/Pan działania korygujące, zapobiegawcze i doskonalące jakość na swoim stanowisku pracy?

- systematycznie codziennie
- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- rzadziej
- wcale

55. Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?

- tak
- nie

METRYCZKA

5. Ile ma Pani/Pan lat?.....

6. Płeć :

- Kobieta Mężczyzna

7. Jakiego ma Pani/Pan wykształcenie?

- wyższe pomaturalne średnie zawodowe podstawowe

8. Do której grupy może się Pani/Pan zaliczyć?

- personel medyczny personel administracyjny personel pomocniczy

Dziękuję za wypełnienie ankiety !