

*dr hab. inż. Zofia Wyszowska, prof. UTP<sup>1</sup>*

Katedra Organizacji i Zarządzania

Wydział Zarządzania

Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy

## **Zarządzanie jakością usług medycznych w przychodniach lekarskich**

### WSTĘP

Podmioty gospodarcze świadczące usługi zdrowotne podlegają w zglobalizowanej gospodarce ogólnym prawidłowościom ekonomicznym i są wrażliwe na różnorodne zmiany pojawiające się w gospodarce. Po 1989 roku w systemie opieki zdrowotnej podobnie jak w każdym innym sektorze gospodarki podjęto próby jego reformowania. Wprowadzenie istotnych zmian w zakładach opieki zdrowotnej zapoczątkowała ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku, która pozwoliła na zmniejszenie działań o cechach monopolistycznych w zakresie świadczenia usług zdrowotnych i częściowe urynkowienie tego sektora. Wprowadzenie tej ustawy umożliwiło świadczenie usług zdrowotnych nie tylko przez publicznych świadczeniodawców ale także przez krajowe i zagraniczne osoby prawne i fizyczne [Ustawa..., 1991].

W roku 1997 wprowadzono nowelizację ustawy z 1991 roku i nazwano ten moment drugim etapem zmian. Głównym zadaniem tego etapu było pogłębienie procesu urynkowienia opieki zdrowotnej w Polsce. W nowelizacji wprowadzono nową definicję zakładu opieki zdrowotnej i podawała ona, że zakład opieki zdrowotnej, to wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, a także w celu prowadzenia badań naukowych, prac badawczo-rozwojowych oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Ustawa w ramach pogłębiania urynkowienia zobowiązała organy założycielskie publicznych zakładów opieki zdro-

---

<sup>1</sup> Adres korespondencyjny: Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy, Wydział Zarządzania, Katedra Organizacji i Zarządzania, ul. Fordońska 430, 85-790 Bydgoszcz; e-mail: Zofia.Wyszowska@utp.edu.pl.

wotnej (ZOZ) do przekształcenia ich w osoby prawne działające na zasadach samofinansowania najpóźniej do 1 stycznia 1999 roku. W ten sposób powstawały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) [Ustawa..., 1997].

Kolejne zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia wprowadziła ustawa z 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Z uwagi na fakt, że do końca 1998 roku system zasilany był środkami budżetu państwa, była to zmiana istotna, gdyż wprowadzała nowe zasady finansowania systemu ochrony zdrowia. System od 1 stycznia 1999 roku mógł być finansowany z różnych źródeł. Główne źródło finansowania pochodziło jednak ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, które tworzą fundusz ubezpieczeń zdrowotnych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadziła odstępianie od finansowania podmiotowego za pośrednictwem budżetu państwa i umożliwiła stosowanie finansowania przedmiotowego poprzez Regionalne Kasy Chorych. W utworzonych Regionalnych Kasach Chorych gromadzono składki na ubezpieczenie zdrowotne i rozdzielano je za pośrednictwem kontraktów na świadczenia zdrowotne. Kontrakty mogły być zawierane z podmiotami publicznymi (SPZOZ) i niepublicznymi (NZOZ) [Ustawa..., 1997].

Kolejna zmiana, która dotyczyła zmiany sposobu zarządzania publicznymi środkami przeznaczonymi na finansowanie ochrony została wprowadzona ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Z dniem 1 kwietnia 2003 roku Regionalne Kasy Chorych zostały zlikwidowane i powstał jeden centralny fundusz nazwany Narodowym Funduszem Zdrowia [Ustawa..., 2003]. Zmiany prawne oraz ekonomiczne dotyczące funkcjonowania podmiotów systemu opieki zdrowotnej zwiększyły ich samodzielność i spowodowały poniesienie odpowiedzialności za podejmowane decyzje finansowe i organizacyjne. Proces prywatyzowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej i powstawania na rynku nowych, już prywatnych podmiotów gospodarczych świadczących usługi medyczne sprzyjał powstawaniu konkurencji na rynku sektora usług zdrowotnych. Przed 1999 rokiem podmioty związane z ochroną zdrowia funkcjonowały w formie zakładów budżetowych, i chociaż były zobligowane do efektywnego gospodarowania publicznymi środkami finansowymi, to nie były narażone na konkurencję i ryzyko finansowe. Ta nagła zmiana zasad finansowania działalności zmusiła podmioty do szybkiej adaptacji do nowych warunków.

Problemy związane z dobrym funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej w obszarze efektywności ekonomicznej, chociaż nie powinny zależeć głównie od formy własności, to jednak działające na rynku podmioty gospodarcze świadczące usługi zdrowotne w dużym zakresie taki stan kreują. Podmioty sektora prywatnego prowadzą działalność głównie dla osiągnięcia satysfakcjonującego poziomu zysku finansowego, a podmioty sektora publicznego w zakresie swojej podstawowej odpowiedzialności uwzględniają przede wszystkim społeczny aspekt prowadzonej działalności.

Istotną informacją jest także to, że organy założycielskie zakładu niepublicznego (NZOZ) mogą podjąć decyzję o jego likwidacji bez względu na aspekt społeczny w danej przestrzeni, a skutkiem decyzji o likwidacji jednostki jest zwykle ograniczenie dostępu do usług zdrowotnych na danym obszarze. Jeśli likwidacja jednostki na danym obszarze ograniczy ludności dostęp do świadczeń zdrowotnych, to organ założycielski publicznego zakładu ochrony zdrowia (ZOZ) nie może go zlikwidować.

Podmioty gospodarcze funkcjonujące na rynku ciągle muszą ulepszać swoje produkty lub świadczone usługi, a skutkiem tych ulepszeń jest wybór i zakup określonego produktu lub usługi przez konsumenta. Uwzględniając fakt, że tylko poprzez skuteczny proces sprzedaży produktów lub usług o satysfakcjonującej jakości, podmioty mogą generować przychody i wykazywać zyski finansowe, utrzymywanie wysokiej jakości świadczonych usług i jej doskonalenie jest ciągle aktualne [Łańcucki, Kowalska, Łuczak, 1994, s. 29].

Pojęcie jakości od 1700 roku p.n.e. do czasów współczesnych ewoluuje. Pierwszy to pojęcie zdefiniował Platon. W licznych sporach trwających ponad trzy stulecia ustalono jedynie, że jakość posiada cechy obiektywne, możliwe do zmierzenia (masa, kształt) oraz subiektywne, różnorodnie odbierane przez konsumentów (barwa, zapach, smak). Początkowo włączono to pojęcie w zakres filozofii, gdyż przyjęto, że jakość jest procesem dążenia do pewnego rodzaju doskonałości i tak pozostało do czasów współczesnych [Karaszewski, 2001, s. 43].

Wraz z rozwojem techniki i technologii, coraz większą złożonością procesów produkcyjnych, wprowadzeniem standaryzacji, wzrostem wiedzy u użytkowników produktów a następnie usług, pojęcie jakości rozpoczęło ewolucję [Bagiński, 1994, s. 34–46].

Zacząto je rozszerzać i wzbogacać o różnorodne przymiotniki i określenia. Uznano, że liczba kryteriów, które należy przyjąć do określenia jakości powinna być duża, gdyż to sprzyja wszechstronnemu rozpatrywaniu jakości. Uwzględniając takie założenia przyjmowano już w latach 90. minionego stulecia, że jakość to:

- zgodność wyrobu z zaprojektowanymi wymaganiami,
- gwarancja jednorodności produkcji, a także niezawodności podczas użytkowania,
- dopasowanie produktu do potrzeb rynku i oczekiwań konsumenta wraz z gwarancją serwisu,
- element konkurencyjnej gry rynkowej [Kolman, Tkaczyk, 1996, s. 21].

Zarządzanie jakością w podmiocie gospodarczym jest systemowym działaniem na wszystkich poziomach struktury organizacyjnej i na każdym stanowisku pracy. Poprawnie zaprojektowany system zarządzania jakością niezależnie od formy prawnej przedsiębiorstwa i rodzaju prowadzonej działalności, powinien uwzględniać aspekt strukturalny, podmiotowy, funkcjonalny, instrumentalny i celowościowy [Hamrol, Mantura, 1998, s. 23–25].

Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych w warunkach gospodarki rynkowej jest niezbędnym warunkiem dla uzyskania pozytywnej oceny funkcjonowania danej jednostki i całego systemu ochrony zdrowia [Piątek, 1997, s. 20]. O poziomie jakości opieki zdrowotnej decyduje nie tylko jakość realizowanych świadczeń medycznych, ale także jakość opieki pielęgniarskiej, relacje zachodzące pomiędzy personelem medycznym i pacjentami oraz warunki organizacyjno-techniczne [Hanke, 1995, s. 62]. Celem pracy jest prezentacja wybranych wyników badań o jakości usług świadczonych w przychodni lekarskiej przedstawionych na podstawie opinii pacjentów.

## METODYKA

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Opracowano na potrzeby badania kwestionariusz ankiety, w którym zawarto pytania otwarte i zamknięte umożliwiające dokonanie oceny jakości świadczonych usług medycznych. W kwestionariuszu zawarto także pytania dotyczące standardowych cech demograficznych, gdzie respondenci podawali informacje dotyczące wieku, płci, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu rodzinnego. Badanie przeprowadzono w ciągu 15 kolejnych dni roboczych wśród pacjentów korzystających z usług świadczonych przez przychodnię. Pacjenci byli poinformowani o celu badania, zachowaniu anonimowości i o tym, że zebrane od nich informacje będą opracowywane nie dla każdego respondenta indywidualnie, a tylko w ujęciu syntetycznym. Poprawnie kwestionariusze wypełniło 220 respondentów. Dla wykonania obliczeń bazę danych założono w programie Excel.

## CHARAKTERYSTYKA PRZYCHODNI LEKARSKIEJ GENEZA JEJ UTWORZENIA

Przychodnia lekarska, w której wypełniali respondenci kwestionariusze funkcjonuje w Bydgoszczy. Jednostka ta początkowo nosiła nazwę „Kolejowa Przychodnia Lekarska”. Pierwsze zapisy o jej działalności pochodzą z 1923 roku. W latach 20. i 30. minionego wieku w tej przychodni państwowa pomoc obejmowała: porady lekarskie z najniezbędniejszymi zabiegami chirurgicznymi, a także zabiegami w zakresie chorób gardła, oczu, uszu i nosa, wykonywano także zabiegi ginekologiczne, chirurgiczno-akuszerskie, dentystryczne i położnicze. Zapisy podają, że w 1928 roku w przychodni byli zatrudnieni: laryngolodzy, chirurdzy, okuliści, pediatrzy oraz dentyści.

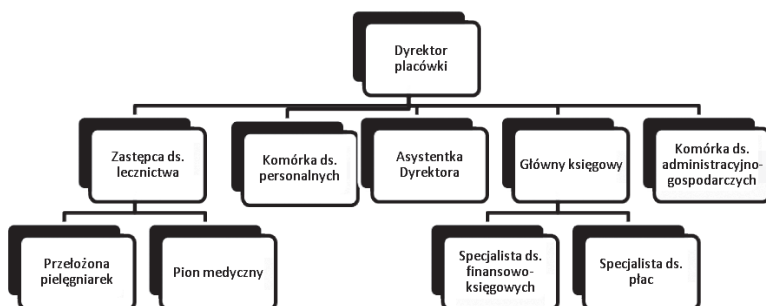
Po zakończonej wojnie i wyzwoleniu Bydgoszczy kolejowa służba lekarska i sanitarna rozpoczęła pracę od podstaw, gdyż w okresie wojennym budynek służył innym celom. Już w lutym 1945 roku przystąpiono do organizacji przy-

chodni, zwerbowano lekarzy i średni personel medyczny, a w dniu 7 marca 1945 roku „Kolejową Pomoc Lekarzy” w Bydgoszczy przekształcono w Centralną Kolejową Poradnię Lekarską. W 1948 roku w budynku przychodni została otwarta apteka, co było znaczącym udogodnieniem dla przychodni i pacjentów. Przez kolejne lata przychodnia poszerzała zakres swoich działań, a w 1955 roku prawo do kolejowej opieki lekarskiej przyznano także rodzinom pracowników zatrudnionych w formie umowy o pracę w kolejnictwie. Ta decyzja spowodowała zwiększenie liczby podopiecznych, powiększenie powierzchni lokalowej, zatrudnienie większej liczby lekarzy i personelu technicznego [Narożny, 1983, s. 21–25].

W 1955 roku w strukturze przychodni działały:

- 3 przychodnie rejonowe z 13 lekarzami rejonowymi,
- poradnie specjalistyczne: chirurgiczna, pediatryczna, ginekologiczna, dermatologiczna, okulistyczna, urologiczna, laryngologiczna, ortopedyczna, chorób płucnych, cytologia,
- zakładowa przychodnia lekarska zlokalizowana w Zakładach Kolejowych, gdzie pracowało 3 lekarzy, była również pracownia rentgenowska, chirurg, gabinet fizykoterapii, 2 lekarzy dentyków, pracownia protetyczna,
- przychodnia w Technikum Kolejowym umiejscowionym w budynkach w pobliżu dworca kolejowego,
- punkt pielęgniarski w Kolejowych Zakładach Nawierzchniowych z: pracownią rentgenowską, gabinetem fizykoterapii, gabinetem stomatologicznym, laboratorium analitycznym, pogotowiem ratunkowym.

Przed kolejną reorganizacją, która miała miejsce w dniu 1 marca 1976 roku w charakteryzowanej przychodni zorganizowano jeszcze prowadzenie badań histologicznych i gabinet elektrokardiografii. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Komunikacji nr 21 z dnia 3 lutego 1975 r. w sprawie utworzenia obwodowego lecznictwa kolejowego przychodnia została przekształcona w Obwód Lecznictwa Kolejowego w Bydgoszczy i włączono w jej strukturę wszystkie placówki kolejowej służby zdrowia w regionie bydgoskim. Ta zmiana spowodowała rozbudowanie struktury organizacyjnej i utworzenie nowych stanowisk pracy. Nowe stanowiska były następujące: dyrektor, zastępca dyrektora do spraw orzecznictwa, lecznictwa i profilaktyki, naczelną pielęgniarka, kierownik działu administracyjno-gospodarczego, kierownik działu spraw pracowniczych, główny księgowy, kierownik działu podstawowej opieki zdrowotnej, kierownik działu opieki specjalistycznej, kierownik działu diagnostycznego, przełożona przychodni specjalistycznej. Na początku lat 80. w przychodni zatrudniano ogółem 460 pracowników, w tym 90 lekarzy i w takiej strukturze przychodnia działała niemal 20 lat. Dopiero w 2000 roku z nazwy placówki wykreślono słowo „Kolejowego” i utworzono nową strukturę organizacyjną. Struktura posiadała charakter struktury liniowej z zasadą jednoosobowego kierownictwa i dużą odpowiedzialnością, gdzie występuje ścisłe rozgraniczenie odpowiedzialności i zadań (rys. 1).



Rys. 1. Struktura organizacyjna przychodni lekarskiej

Źródło: opracowanie na podstawie informacji uzyskanych z przychodni.

Od 2008 roku jednostka rozpoczęła funkcjonowanie jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, dla której organem założycielskim był samorząd województwa kujawsko-pomorskiego. W strukturę jednostki włączono jedną Rejonową Przychodnię Lekarską i jedną Przychodnię Specjalistyczną. Organ Założycielski Uchwałą nr VIII/573/08 powołał Radę Społeczną, w skład której weszli przedstawiciele wojewody, marszałka, izby lekarskiej i izby pielęgniarskiej. Rada Społeczna liczyła łącznie 8 osób. W przychodni zatrudniano w tej nowej strukturze 100 osób, w tym 50 osób zatrudniano w formie umowy o pracę, a z pozostałymi osobami nawiązano współpracę na zasadzie kontraktów.

W 2010 roku przychodnia przekształciła się w Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne sp. z o.o. (NZOZ). Przychody jednostki pochodzą głównie z kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia, a uzupełnieniem ich są przychody własne. Są nimi przychody z działalności służby medycyny pracy, najmu wolnych pomieszczeń oraz sprzedaży usług diagnostycznych. W przychodni specjalistycznej porady są następujące: ginekologia i położnictwo, kardiologia, neurologia, otolaryngologia, okulistyka, reumatologia, dermatologia, chirurgia ogólna, ortopedia, urologia. Wykonuje się także zabiegi i porady rehabilitacyjne oraz prowadzi się gabinet stomatologiczny zachowawczy i protezownię. Jakość usług medycznych potwierdzona jest certyfikatem ISO 9001:2008.

## WYNIKI BADAŃ

W grupie respondentów najwięcej osób znajdowało się w wieku od 41 do 60 lat (104 osoby, 47%). Drugie miejsce zajęły osoby w wieku od 20 do 40 lat (75 osób, 34%). Co dziesiąta osoba znajdowała się w grupie osób najmłodszych i miała nie więcej niż 19 lat (21 osób, 10%). W najstarszej grupie wiekowej powyżej 60 lat również była co dziesiąta osoba (21 osób, 10%). Wśród respondentów więcej było kobiet niż mężczyzn (116 kobiet, 53% i 104 mężczyzn, 47%).



Co druga osoba wskazywała posiadanie średniego poziomu wykształcenia (110 osób, 50%), a co dwudziesta zaznaczyła, że posiada wykształcenie podstawowe (10 osób, 5%). Grupy osób z wykształceniem zasadniczym (51 osób, 23%) i wyższym (49 osób, 22%) były podobne. Większość osób mieszka w mieście (131 osób, 60%), a tereny wiejskie zamieszkuje 40% respondentów (89 osób).

Ze względu na status zawodowy grupą dominującą są osoby pracujące (133 osoby, 61%). Emeryci renciści łącznie stanowią drugą w kolejności dużą grupę (44 osoby, 20%), co pokazuje, że co piąta osoba korzystająca z przychodni jest emerytem lub rencistą. Grupa bezrobotnych liczyła 23 osoby (10%), a grupa osób najmłodszych zaliczanych do uczniów lub studentów stanowiła 9% (20 osób).

Respondenci zapytani o ocenę w skali czterostopniowej aktualnie występującej sytuacji w publicznej służbie zdrowia odpowiedzieli następująco: dobrze – 18 osób (8%); raczej dobrze – 67 osób (31%); raczej źle – 90 osób (41%); źle – 45 osób (20%). Łącznie pierwsze dwie odpowiedzi sugerujące generalnie ocenę dobrą skupiły 85 osób (39%). Ocenę niezadowolającą, czyli „raczej źle” i „źle” zakreśliło znacznie więcej respondentów (135 osób, 61%).

Podobnie negatywnie respondenci ocenili dostęp do bezpłatnych usług medycznych. Ocenę dobrą zaznaczyło 22% pacjentów (49 osób), a złą 63% (139 osób). Znaczna grupa nie wyraziła własnego zdania na temat oceny dostępu do bezpłatnych usług medycznych (32 osoby, 15%).

**Tabela 1. Ocena publicznej i niepublicznej służby zdrowia, czasu oczekiwania na wizyty i polecenia przychodni innym osobom [N = 220]**

Treść charakterystyki	Tak		Nie		Nie mam zdania	
	N	%	N	%	N	%
Czy są różnice pomiędzy usługami publicznej i niepublicznej służby zdrowia?	138	63	30	14	52	23
Czy należałoby skrócić czas oczekiwania na wizytę u lekarza?	194	89	8	3	18	8
Czy poleca Pan/Pani korzystanie z usług w tej przychodni lekarskiej innym osobom?	156	71	56	25	8	4

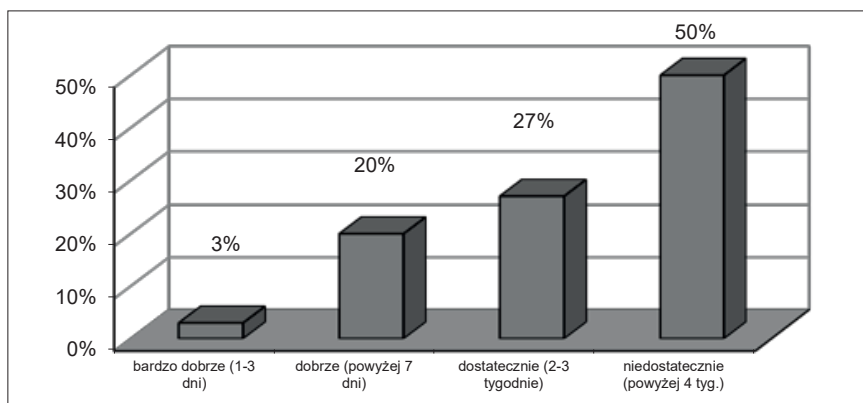
Źródło: opracowanie na podstawie wypowiedzi respondentów.

Większość respondentów uważa, że występują różnice pomiędzy usługami świadczonymi przez publiczne i niepubliczne ośrodki zdrowia (138 osób, 63%). Pacjenci w swoich wypowiedziach podkreślali, że czas oczekiwania na wizyty u lekarzy powinien być krótszy. Za skróceniem tego czasu opowiedziało się prawie 90% respondentów (194 osoby, 89%). Duża grupa osób poleca korzystanie z ocenianej jednostki innym osobom (156 osób, 71%), ale co czwarty respondent nie poleca tej przychodni innym (56 osób, 25%). Niewielka grupa respondentów nie wyraziła swojej opinii na ten temat (nie mam zdania – 8 osób, 4%) (tabela 1).

Godziny otwarcia przychodni dla pacjentów respondenci ocenili następująco: są odpowiednie – 42% (92 osoby); mogłyby być dogodniejsze – 42% (92 osoby); są mało dogodne – 14% (30 osób), zupełnie mi nie odpowiadają – 2% (6 osób).

Dla oceny oczekiwania na świadczenie usługi w przychodni wybrano cztery warianty odpowiedzi: oczekiwanie do 3 dni otrzymywało ocenę bardzo dobrą, oczekiwanie dłuższe niż 7 dni uzyskiwało ocenę dobrą, dla oczekiwania do 3 tygodni pacjenci wybierali ocenę dostateczną, ale w sytuacji oczekiwania ponad 4 tygodnie zaznaczano ocenę niedostateczną. Zebrane opinie od pacjentów wykazały, że połowa z nich (50%, 110 osób) niedostatecznie ocenia czas oczekiwania na świadczenia. Nieliczne osoby oceniły czas oczekiwania na usługę bardzo dobrze (6 osób, 3%). Zaledwie co piąty respondent wybrał wariant odpowiedzi z oceną dobrą (45 osób, 20%). Niesatysfakcjonującą ocenę dostateczną zazaczyło 27% respondentów (rys. 2).

Respondenci oczekują zwiększenia usług specjalistycznych w ocenianej jednostce (206 osób, 93%). Nieliczne osoby wyraziły opinię, że nie ma potrzeby zwiększenia zakresu świadczonych usług w przychodni (14 osób, 7%).



Rys. 2. Ocena czasu oczekiwania na usługę w przychodni lekarskiej

Źródło: opracowanie na podstawie danych od respondentów [N=220].

Tabela 2. Ocena relacji pomiędzy pacjentem i personelem medycznym [%] N=220

Treść charakterystyki relacji	1	2	3	4	5	S
Ocena relacji pomiędzy lekarzami i pacjentami	10	43	35	9	3	100
Ocena relacji pomiędzy pielęgniarkami i pacjentami	13	46	30	9	2	100
Ocena obsługi pacjentów w rejestracji	15	50	32	1	2	100

1 – ocena bardzo dobra, 2 – ocena dobra, 3 – ocena przeciętna, 4 – ocena wymaga poprawy, 5 – nie mam zdania.

Źródło: opracowanie na podstawie wypowiedzi respondentów.



Największa grupa respondentów zachodzące relacje pomiędzy lekarzami i pacjentami oceniła w skali pięciostopniowej dobrze (95 osób, 43%). Co dziesiąta osoba te relacje oceniła jako bardzo dobre (22 osoby, 10%). W ocenie lekarza pacjenci uwzględniali życzliwość, zaangażowanie, fachowość i wrażliwość. Na uwagę zasługuje wystawiona przez znaczną grupę wypowiedziujących się (77 osób, 35%) zaledwie dostateczna ocena lekarzy oraz opinie wskazujące na konieczność poprawy występujących relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem (tabela 2).

Większość respondentów (130 osób, 59%) łącznie dobrze lub bardzo dobrze oceniło relacje tworzone pomiędzy pacjentami i pielęgniarkami, jednak więcej osób tym relacjom wystawiło oceny dobre (101 osób, 46%) niż bardzo dobre (20 osób, 13%). W ocenie pielęgniarek, podobnie jak u lekarzy, uwzględniano życzliwość, zaangażowanie, fachowość i wrażliwość. Ocenę przeciętną pielęgniarkom wystawiła niemal trzecia część respondentów (30%, 66 osób), a 20 osób (9%) podkreśliło, że sytuacja wymaga poprawy (tabela 2).

Obsłudze rejestracji usług połowa respondentów wystawiła ocenę dobrą (110 osób, 50%). Na ocenę bardzo dobrą zdecydowały się 33 osoby (15%). Prawie co trzecia osoba korzystająca z usług przychodni pracę w rejestracji oceniła zaledwie przeciętnie (71 osób, 32%).

**Tabela 3. Oczekiwania pacjentów w zakresie poprawy relacji pomiędzy personelem medycznym i pacjentami oraz poprawy czystości w przychodni [%] N=220**

Charakterystyka oczekiwania	Zdecydowanie tak	Tak	Nie	Nie mam zdania	S
Konieczność poprawy relacji pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami a pacjentami	10	50	25	15	100
Przychodnia wymaga lepszego dbania o czystość	7	44	24	25	100

Źródło: opracowanie na podstawie wypowiedzi respondentów.

Chociaż łącznie 70% pacjentów czystości w przychodni wystawiło ocenę bardzo dobrą (20 osób, 9%) lub dobrą (134 osoby, 61%), to połowa z nich (112 osób, 51%) uważa, że przychodnia wymaga jeszcze lepszego dbania o czystość (zdecydowanie tak uważa 15 osób, 7%; tak 97 osób, 44%). Tylko 4 osoby (2%) czystość w przychodni oceniły w skali czterostopniowej (bardzo dobrze, dobrze, dostatecznie, niedostatecznie) niedostatecznie, a pozostali pacjenci uważają, że poziom czystości w ocenianej jednostce jest dostateczny (62 osoby, 28%).

Poprawy relacji zachodzących pomiędzy personelem i pacjentami uznanej jako koniecznej oczekuje łącznie 60% respondentów (132 osoby). W ocenianej zbiorowości co czwarty respondent uważa, że nie ma konieczności w poprawianiu tych relacji (55 osób, 25%) (tabela 3).

## ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ W PRZYCHODNI

System zarządzania jakością w przychodni jest narzędziem dla zapewnienia satysfakcji klientów. W przychodni korzysta się z zasad i norm zawartych w systemie ISO 9001:2008. Opisane w księdze jakości procedury wskazują sposób wykonywania określonych czynności z zakresu zarządzania jakością. Szczególnie ważne są te, które dają możliwość wszystkim pracownikom kreowania pozytywnego wizerunku przychodni oraz te, które gwarantują najwyższą jakość świadczonych usług. Procedury w wdrożonym systemie przewidują systematyczne badanie potrzeb i satysfakcji pacjentów korzystających z usług placówki, zatem niespełnione oczekiwania można korygować. Zdolność do spełnienia potrzeb mierzona jest pozyskiwaniem nowych pacjentów i pozostawianiem ich w przychodni długookresowo. Przychodnia w swoich sprawozdaniach zarządzania jakością wykazuje że:

- ma wdrożony certyfikowany system zarządzania jakością ISO, co gwarantuje zapewnienie norm i wymagań międzynarodowych,
- stosuje system szkoleń dla pracowników ukierunkowany na podnoszenie świadomości jakościowej,
- stosuje system dbania o środowisko poprzez zgodne z przepisami prawa zasady i procedury dotyczące gospodarowania odpadami,
- dba o utrzymywanie konkurencyjności na rynku lokalnym,
- nieustannie dba o podnoszenie kwalifikacji pracowników,
- bieżąco analizuje potrzeby i oczekiwania klientów.

Wdrożony system zarządzania jakością poprzez przeprowadzone szkolenia wszystkich pracowników, prowadzenie badań rynkowych i stosowanie zasad systemu, zapewnia jednostce organizacyjnej: wzrost efektywności ekonomicznej, otwarcie drogi do zawierania nowych kontraktów związanych z pozyskiwaniem przychodów, wzrost satysfakcji klientów, redukcję kosztów wynikających z usprawnienia procesu zarządzania, postrzeganie przychodni na rynku jako wiarygodnego partnera, likwidację błędów w procedurach świadczonych usług.

### PODSUMOWANIE

Badania wykazują, że w organizacjach gospodarczych zagadnienia jakości muszą być wkomponowane w systemy zarządzania. W ocenianej przychodni lekarskiej działającej w branży medycznej zagadnienie jakości ma swoje miejsce w systemie zarządzania. Posiadany certyfikat zgodności z normami jakości ISO, przestrzeganie jego procedur i zasad jest gwarancją dostarczania pacjentom usług o pożądanej jakości. Jakość świadczonych usług w ocenianej przychodni skłania większość pacjentów do polecenia tej jednostki innym. Zgromadzone opinie od pacjentów i ich analiza pozwoliły stwierdzić, że przychodnia mogłaby poprawić

relacje zachodzące pomiędzy personelem i pacjentami. Respondenci nie są zadowoleni z czasu oczekiwania na świadczenia i wskazują potrzebę zwiększenia zakresu usług w przychodni.

## BIBLIOGRAFIA

- Bagiński J., 1994, *Podstawy zarządzania przez jakość*, Wydawnictwo Bellona, Warszawa.
- Hamrol A., Mantura W., 1998, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa-Poznań.
- Hanke E., 1995, *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu*, Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. L. Boltzmana w Wiedniu. Centrum Organizacji, Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Karaszewski R., 2001, *TQM, teoria i praktyka*, Dom Organizatora, Toruń.
- Kolman R., Tkaczyk, T., 1996, *Jakość usług – poradnik*, Biblioteka Menadżera i Służby Pracowniczej, TNOiK, OPOV, Bydgoszcz.
- Narozny F., 1983, *Kolejowa służba zdrowia w bydgoskim obwodzie do stycznia 1983 r.*, WSP, Bydgoszcz.
- Łańcucki I., Kowalska D., Łuczak J., 1994, *Zarządzanie jakością w przedsiębiorstwie*, OPOV, Bydgoszcz.
- Piątek A., 1997, *Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej*, NRPiP, Warszawa.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408 ze zm.).
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1997 r., nr 104, poz. 661).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r., o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 153 ze zm.) (ustawa obowiązująca od 1 stycznia 1999 r.).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 391).

## Streszczenie

Zmiany dokonane w sektorze ochrony zdrowia, a w szczególności proces urynkowienia opieki zdrowotnej i wprowadzenie nowych zasad finansowania spowodowały konieczność dostosowania się do wymagań gospodarki rynkowej. Nastąpiły zmiany w postrzeganiu poziomu jakości świadczonych usług zdrowotnych i znacznie wzrosły oczekiwania pacjentów w tym zakresie. W sektorze zdrowia, podobnie jak w każdej innej branży, wdraża się systemy certyfikujące pomagające w osiągnięciu wyższej jakości świadczonych usług. Zagadnienie jakości w ochronie zdrowia jest ważne dla wszystkich interesariuszy, a są nimi pacjenci, personel medyczny, administracja rządowa, instytucje finansujące świadczenia. W ocenianej przychodni lekarskiej dla osiągnięcia wyższej jakości wdrożono zewnętrzny system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami norm serii ISO. Celem artykułu była prezentacja wybranych wyników badań o jakości usług świadczonych w przychodni lekarskiej na podstawie opinii pacjentów korzystających z usług świadczonych w przychodni. Poinformowanie wypełnione kwestionariusze ankiety zebrano od 220 respondentów. Pacjenci byli poinformo-

mowani o celu badania, zachowaniu anonimowości i syntetycznym opracowaniu wyników. Bazę danych do obliczeń założono w programie Excel. Badania pokazały, że w ocenianej przychodni lekarskiej zagadnienie jakości ma swoje miejsce w systemie zarządzania jednostką, obejmuje każdy poziom struktury organizacyjnej i każde stanowisko pracy. Jakość świadczonych usług w ocenianej przychodni skłania większość pacjentów do polecenia tej jednostki innym. Zgromadzone opinie od pacjentów i ich analiza pozwoliły stwierdzić, że przychodnia mogłaby poprawić relacje zachodzące pomiędzy personelem i pacjentami. Respondenci nie są zadowoleni z czasu oczekiwania na świadczenia i wskazują potrzebę zwiększenia zakresu usług w przychodni.

*Słowa kluczowe:* zarządzanie jakością, usługi medyczne, przychodnie lekarskie

### **Medical services management in physicians' clinics**

#### *Summary*

Changes introduced in health care sector, particularly marketization of health care and introduction of new financing schemes led to necessity of adjustment to demands of market economy. The perception of health services' quality has changed and the patients' expectations have increased. In health sector, similarly to every other area of business, certification systems are introduced to achieve higher quality of services delivered. The issue of quality in health care is important for all the stakeholders, including patients, medical staff, government administration and third-party payers. In the clinic assessed, for the purpose of achieving higher quality, external system of quality management consistent with requirements of ISO series norms was introduced. The purpose of the paper was to present selected results of the research focusing on quality of services rendered in physicians' clinic based on clinic patients' opinions. 220 respondents filled the questionnaires correctly. The patients were informed about the purpose of the research, the anonymity of the questionnaire and the synthetic results description. The database for calculations was prepared in Excel. The research shows that in the clinic assessed the quality issue is situated in entity's management system, it encompasses each level of organizational structure and each workplace. The quality of services delivered by the clinic encourage majority of the patients to recommend the provider to others. The opinions collected among patients allowed for conclusion that the clinic could improve the relationships between staff and patients. The respondents were not satisfied with waiting times and point to need of increase in volume of services delivered.

*Keywords:* quality management, medical services, physicians' clinics

JEL: I10, I18, H00