

Anna Rybarczyk-Szwajkowska

Dominika Cichońska

Romuald Holly

POSTRZEGANIE JAKOŚCI SZPITALNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ KADRĘ ZARZĄDCZĄ SZPITALI PUBLICZNYCH

THE WAY THE QUALITY OF HEALTH SERVICES IS PERCEIVED AND TREATED BY THE MANAGERIAL PERSONNEL OF PUBLIC HOSPITALS

Uniwersytet Medyczny w Łodzi / Medical University of Lodz, Łódź, Poland

Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia / Faculty of Health Sciences, Health Care Policy Chair

STRESZCZENIE

Wstęp: Warunkiem skuteczności i/lub efektywności zarządzania jest znajomość jego przedmiotu i celu. Szczególnie dotyczy to jakości świadczeń zdrowotnych, która jest traktowana jako stopień zgodności efektu (leczenia) z założonym celem (określonym/pożądanym stanem zdrowia). Celem badania było poznanie sposobu postrzegania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych oraz definiowania, wybierania i hierarchizowania czynników, które tę jakość determinują. **Materiał i metody:** Ankieta została wysłana do 836 osób pełniących funkcje zarządcze w publicznych podmiotach leczniczych na terenie województwa łódzkiego. Odpowiedź uzyskano od 122 respondentów. **Wyniki:** Tylko 22 (18,49%) respondentów przedstawiło definicję jakości. Przeważało rozumienie jakości jako procesu mającego na celu spełnienie oczekiwań pacjentów i ich zadowolenie. Prawie wszyscy respondenci (96,64%) stwierdzili, że kompetencje personelu medycznego wpływają na jakość świadczeń zdrowotnych. Prawie 64% kadry zarządczej nie zgadza się z opinią, że liczba personelu medycznego nie wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych świadczonych przez podmiot leczniczy. W opinii respondentów wzrost środków na leczenie średnio o 46% spowodowałby znaczący wzrost jakości świadczeń. Ponad połowa (66,76%) respondentów odpowiedziała, że oferowane świadczenia pokrywają potrzeby pacjentów średnio w 82%. Również ponad połowa (56,52%) stwierdziła, że relacje z przełożonym wzmacniają motywację do większego zaangażowania w wykonywane obowiązki, a tym samym wpływają na jakość świadczeń. Mniej niż połowa (42,61%) respondentów uważa, że na jakość świadczeń zdrowotnych wpływa system motywacyjny personelu medycznego. **Wnioski:** Wyniki badania wskazują na potrzebę jednoznacznego określenia/zdefiniowania jakości świadczeń zdrowotnych przez osoby pełniące funkcje zarządcze w podmiotach leczniczych. Zmiana sposobu pojmowania i traktowania jakości świadczeń zdrowotnych i jej roli w procesie leczenia jest podstawą skutecznego i efektywnego zarządzania jakością w podmiotach leczniczych. Med. Pr. 2016;67(3):365–373

Słowa kluczowe: jakość opieki zdrowotnej, zarządzanie jakością usług medycznych, satysfakcja pacjentów, personel medyczny, szpital, strategia

ABSTRACT

Background: Managerial knowledge and skills as well as profound understanding of goals and objectives of management determine the effectiveness and efficiency in all areas of managerial activities. In particular, this applies to the quality of healthcare services, perceived as a compliance between the effects (of medical treatment) and the assumed relevant objectives (defined/desired health condition). The aim of the research was to distinguish and define the way the health service quality is perceived by the hospital managerial personnel. **Material and Methods:** The questionnaire was mailed to 836 members of the managerial personnel of public hospitals in the Łódź province. Of this number 122 questionnaires were returned. **Results:** Only 22 (18.49%) of respondents presented the definition of quality. Attempts to meet patients' expectations and to satisfy them were found to be the prevailing perception of the healthcare quality and 96.64% of respondents considered competences of medical staff contributory. Almost 64% of respondents disagree with the opinion that the number of medical staff does not affect the service quality. According to the respondents, a 46% increase in financial resources on average could significantly improve the quality of healthcare services. More than half (66.76%) of respondents claim that healthcare services that are available cover 82% of patients' needs. Almost 57% (56.52%) of respondents consider that the subordinate-superior relationship influences their work involvement. According to 42.61% of respondents, the offered incentives encourage actions for the quality improvement. **Conclusions:** The results of the research indicate the need to develop a clear cut definition of the health service quality by the managerial personnel of public hospitals and to change their understanding, perception and treatment of the discussed issue, which provides a basis for the effective and efficient hospital management. Med Pr 2016;67(3):365–373

Key words: quality of health care, healthcare quality management, patients' satisfaction, medical staff, hospital, strategy

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Anna Rybarczyk-Szwajkowska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: anna.rybarczyk@umed.lodz.pl
Nadesłano: 21 kwietnia 2015, zatwierdzono: 10 listopada 2015

WSTĘP

Jakość świadczeń zdrowotnych rozumiana jako stopień zgodności efektu (leczenia) z założonym celem (określonym/pożądanym stanem zdrowia) [1] jest (przynajmniej w założeniu) niezwykle istotnym elementem systemu opieki zdrowotnej i ważnym celem podmiotu leczniczego. Wdrożenie systemu zarządzania jakością jest początkiem długotrwałego procesu transformacji całej organizacji, jaką jest podmiot leczniczy. Transformacja dotyczy wszystkich zatrudnionych osób, implikuje zmiany w ich kulturze, nawykach i zachowaniu, zaburza dotychczasową hierarchię obowiązującą w miejscu pracy [2,3]. Zmiany takie są jednak niezbędne, żeby stworzyć organizację, której celem jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych.

Działania na rzecz poprawy jakości powinny rozpocząć się od opracowania zasad polityki zarządzania jakością, co oznacza, że konieczne są: przedstawienie jasnych celów wszystkim osobom zatrudnionym w organizacji, wprowadzenie jednoznacznego podziału obowiązków pracowników, a także wzrost zaangażowania i odpowiedzialności kadry zarządzającej, która ma największy wpływ na realizację celów polityki jakości [4]. Należy podkreślić, że to kadra kierownicza podejmuje decyzje zmierzające najpierw do rozpoznania problemów organizacyjnych, a następnie do zaplanowania działań mających na celu poprawę jakości. Wybór ambitnych i kreatywnych pracowników, wygospodarowanie środków (nie tylko finansowych), przygotowanie planu działania i wdrożenie nowych rozwiązań, a także ocena realizacji zdefiniowanych na początku celów to zadania, za które odpowiedzialny jest zarządzający placówką w procesie doskonalenia jakości [5]. Zarządzanie jakością to wszystkie działania z zakresu zarządzania, które decydują o polityce jakości, celach działania, a także o ich realizacji w ramach systemu jakości z wykorzystaniem takich środków jak planowanie jakości, sterowanie nią oraz jej zapewnienie i doskonalenie. W teorii i praktyce jako skuteczne narzędzie zarządzania wymienia się strategię [6].

Strategia powinna zabezpieczyć podmioty lecznicze przed przypadkowymi i nieskoordynowanymi reakcjami na zmiany otoczenia, zapewnić im trwałą przewagę konkurencyjną, określać kierunek i cel działania, wskazać metody doskonalenia jakości. W literaturze przedmiotu opisano wiele procesów doskonalenia jakości. O wyborze metody wdrażanej w podmiocie leczniczym decyduje kadra zarządcza. Brak rozumienia i szczegółowego rozpatrywania przedmiotu zarzą-

dzania prowadzi do wdrażania jedynie przypadkowych rozwiązań z wykorzystaniem przypadkowych technik w celu polepszenia sytuacji.

Warunkiem skuteczności i/lub efektywności zarządzania jest znajomość przedmiotu i celu zarządzania. W środowisku opieki zdrowotnej kadra kierownicza staje wobec potrzeby przełożenia specyficznie pojmowanej przez siebie jakości świadczeń zdrowotnych na konkretne działania, których celem jest poprawa jakości usług świadczonych przez podmiot, którym ta kadra zarządza [7].

Celem badania prezentowanego w niniejszym artykule było poznanie sposobu postrzegania przez kadre zarządczą podmiotów leczniczych (dyrektorów, ordynatorów, pielęgniarki oddziałowe) jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych oraz definiowania, wybierania i hierarchizowania czynników, które ją determinują. Autorzy niniejszej publikacji założyli, że dzięki temu otrzymają wiedzę na temat tego, co chce uzyskać kadra zarządcza deklarująca dążenie do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 836 respondentów podzielonych na 4 grupy:

- pracowników organów założycielskich, które tworzą podmioty lecznicze znajdujące się na terenie województwa łódzkiego – osoby pełniące funkcje zarządcze we wszystkich komórkach organizacyjnych zajmujących się zdrowiem (grupa 1.),
- kadre zarządczą szpitali publicznych w województwie łódzkim – dyrektorów (grupa 2.), ordynatorów (grupa 3.), pielęgniarek oddziałowych (grupa 4.).

Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Ankieta przygotowana przez autorów niniejszej publikacji zawierała 66 pytań (jakościowych i ilościowych). Respondenci w odpowiedzi na pytania oceniające mieli do wyboru 5-stopniową skalę (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – raczej się nie zgadzam, 3 – nie mam zdania, 4 – raczej się zgadzam, 5 – zdecydowanie się zgadzam). W pytaniach o fakty do wyboru były odpowiedzi „tak”, „nie”, „nie wiem / nie mam zdania”. Poproszono również respondentów o wskazanie wartości mierników jakości: 1) wskaźnik zgodności, 2) wskaźnik reoperacji, 3) wskaźnik rehospitalizacji, 4) wskaźnik zakażeń szpitalnych, 5) liczba zdarzeń medycznych i 6) średni czasu pobytu pacjenta w szpitalu / na oddziale.

Tabela 1. Zwrotność ankiet w grupach badawczych
Table 1. Response rate in the study group

Respondent	Ankiety Questionnaires		
	wysłane mailed [n]	otrzymane returned [n]	zwrotność response rate [%]
Dyrektor szpitala / Hospital manager	73	3	4,11
Ordynator / kierownik / koordynator / Head of ward / manager / coordinator	371	67	18,06
Pielęgniarka oddziałowa / pielęgniarka koordynująca / Ward nurses / nurse coordinator	361	47	13,02
Pracownik organu założycielskiego / Employees of founding authorities	31	5	16,13
Ogółem / Total	836	122	14,60

Od respondentów otrzymano 122 ankiety, co oznacza zwrotność wynoszącą 14,60% (tab. 1). Z uwagi na niekompletne wypełnienie ankiety 3 jej egzemplarze zostały wyłączone z analizy. W grupie respondentów przeważały osoby z tytułem profesora, pracujące w podmiotach leczniczych, których organem założycielskim jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Staż pracy respondentów na stanowisku menadżerskim wynosił 0,5–43 lata (średnia (mean – M) = 13,39 roku, odchylenie standardowe (standard deviation – SD) = 10,89 roku), przy czym dominowały osoby ze stażem 10-letnim. Najdłuższy średni staż pracy (20 lat) odnotowano wśród pielęgniarek oddziałowych / pielęgniarek koordynujących pracujących w szpitalach, których organem założycielskim jest Ministerstwo Zdrowia.

Analizę statystyczną uzyskanych danych przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 10.0 (prod. StatSoft, Polska). Dla zmiennych mierzalnych obliczono średnią, medianę, modalną, liczbę modalnej, maksimum i minimum. Obliczono wskaźniki struktury, które dla całej grupy badanej przedstawiono w procentach, natomiast w przypadku zjawisk zachodzących w podgrupach dane zostawiono w postaci frakcji.

WYNIKI

Analizie poddano wszystkie odpowiedzi uzyskane w badaniu ankietowym. Tylko 22 respondentów (18,49%) odpowiedziało na pytanie dotyczące definicji jakości. Większość respondentów rozumie ją jako proces mający na celu spełnienie oczekiwań pacjentów i ich zadowolenie (tab. 2).

W opinii kadry zarządczej jakość szpitalnych świadczeń zdrowotnych zależy od kompetencji – rozumianych jako składowa posiadanej wiedzy (wykształcenie)

i zdobytych umiejętności (doświadczenie) – zatrudnionego personelu. Prawie wszyscy respondenci (96,64%) stwierdzili, że kompetencje personelu medycznego istotnie wpływają na jakość świadczeń zdrowotnych oferowanych przez ich szpital. Nieco mniej respondentów (85,71%) uważa, że wykształcenie i doświadczenie kadry zarządczej wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych, natomiast najmniej ankietowanych (64,41%) jest zdania, że na jakość wpływają kompetencje personelu administracyjnego.

Zgodnie z danymi uzyskanymi od respondentów w ankiecie lekarz w trakcie dyżuru w szpitalu ma pod swoją opieką 2–50 pacjentów (M±SD = 25±13,55), natomiast personel pielęgniarski 4–25 pacjentów (M±SD = 11±5,03). Dominowały odpowiedzi respondentów wskazujące, że w trakcie dyżuru na 1 lekarza przypada 30 pacjentów, a na 1 pielęgniarkę/pielęgniara – 10 pacjentów. Ponad połowa respondentów (59,48%) uważa, że w szpitalu, w którym pełni funkcje zarządcze, pracuje odpowiednia liczba lekarzy w stosunku do liczby leczonych pacjentów, natomiast opinia respondentów o odpowiedniej liczbie personelu pielęgniarskiego w stosunku do liczby pacjentów była bardzo rozbieżna – 46,61% respondentów zgodziło się z tym twierdzeniem, a 44,92% było odmiennego zdania (tab. 3).

Prawie 70% osób biorących udział w badaniu nie zgodziło się z twierdzeniem, że środki finansowe przeznaczone na leczenie w podmiocie leczniczym, w którym pełni funkcje zarządcze (w 2012 r.), są wystarczające w stosunku do potrzeb medycznych pacjentów. Tylko nieco ponad 15% uważało, że środki pokryły potrzeby medyczne pacjentów w 2012 r. Większość respondentów (63,16%) była zdania, że istnieje zależność między wysokością środków, jaką dysponuje podmiot leczniczy, a poziomem jakości świadczeń zdrowotnych.

Tabela 2. Definicja jakości świadczeń zdrowotnych podana przez respondentów
Table 2. Definitions of health service quality provided by respondents

Respondent	Podana definicja Definition provided
Dyrektor szpitala / / Hospital manager	brak odpowiedzi / no answer
Ordynator / kierownik / / koordynator / Head of ward / manager / / coordinator	<ul style="list-style-type: none"> - złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych, efekt leczenia, dostępność usług / complex process of meeting health care needs, treatment effect, health services availability - bezpośrednie przełożenie na zadowolenie pacjentów z pobytu u nas / direct translation into patient satisfaction with hospital care - zadowolenie pacjenta, zaufanie pacjenta, dobry efekt leczniczy / patient satisfaction, patient confidence, positive treatment effect - praca według standardów medycznych, zgodna z najnowszą wiedzą, spełnienie oczekiwań i potrzeb pacjentów / evidence-based medicine and state-of-the-art methods, meeting the health care needs - zespół czynników wpływających na zdrowie pacjenta oraz realizację standardów i norm / group of factors affecting to patient health and implementation of standards - wiedza i doświadczenie kadry medycznej oraz możliwości sprzętowo-aparaturowe / medical staff knowledge and experience and quality of medical equipment
Pielęgniarka oddziałowa / / pielęgniarka koordynująca / / Ward nurses / nurse coordination	<ul style="list-style-type: none"> - jakość opieki przekraczająca oczekiwania pacjenta, spełnienie standardów / healthcare quality exceeding patients' expectations, compliance with standards - poziom leczenia, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, wyniki satysfakcji pacjentów / patient satisfaction with physician care and nursing care - doświadczenie pielęgniarek i lekarzy / nurses and physicians experience - poprawa stanu zdrowia pacjenta / improvement of patient health - zadowolenie pacjenta z usług / patient satisfaction with services - właściwe wykonywanie obowiązków / accuracy of duties performed - poziom wykonywania usług / the level of services - takie udzielanie świadczeń, żeby przynosiły poprawę stanu zdrowia lub nie przyczyniały się do jego pogorszenia / provision of healthcare services that contribute to health improvement and do not harm - zaspokojenie potrzeb pacjentów / meeting patients needs - zadowolenie pacjenta z usług połączone z pozytywnym efektem zdrowotnym / patients satisfaction with care combined with positive treatment effects - opieka nad pacjentem zgodnie z aktualną wiedzą medyczną / evidence-based medicine in hospital practice
Pracownik organu założycielskiego / Employees of founding authorities	<ul style="list-style-type: none"> - zaspokojenie oczekiwanych potrzeb pacjentów poprzez dostępność do świadczeń zdrowotnych / meeting patients expectations and needs through easy access to health services - kompetencje, szczególnie kadry medycznej / medical staff competence - stosowanie wysokiej klasy aparatury medycznej / usage of high quality medical equipment - wygląd – estetyka placówek medycznych / appearance – hospital esthetics - empatia pracowników / medical staff empathy

Tabela 3. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego w opinii respondentów
Table 3. Appropriate number of medical staff in the respondents' opinion

Stwierdzenie w ankiecie Statement in the questionnaire	Odpowiedzi Responses (N = 119)			
	ogółem total [n]	zgadzam się agree [n (%)]	nie zgadzam się disagree [n (%)]	nie mam zdania no opinion [n (%)]
W Państwa szpitalu pracuje odpowiednia liczba lekarzy w stosunku do liczby pacjentów / In the hospital an appropriate number of physician is employed relative to the number of treated patients	116	69 (59,48)	22 (18,97)	25 (21,55)
W Państwa szpitalu pracuje odpowiednia liczba personelu pielęgniarskiego w stosunku do liczby pacjentów / In the hospital an appropriate number of nurses is employed relative to the number of treated patients	118	55 (46,61)	53 (44,92)	10 (8,47)

N – liczba respondentów / the number of respondents.

W opinii respondentów wzrost środków na leczenie o średnio 46% (0–400%, modalna (mode – M_0) = 50) spowodowałby znaczący wzrost jakości świadczeń.

Na pytanie, czy oferta świadczeń zdrowotnych – zakres świadczeń i ich różnorodność – oferowanych przed podmiot leczniczy, w którym pracują respondenci, jest odpowiednia do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych pacjentów, 66,76% ankietowanych odpowiedziało, że oferowane świadczenia pokrywają potrzeby pacjentów w średnio 82% (20–100%, M_0 = 90). W opinii respondentów do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów najczęściej wykorzystywane są takie para-

metry socjodemograficzne, jak wiek i obciążenie genetyczne (tab. 4). Oprócz nich respondenci wskazali także miejsce zamieszkania, świadomość własnego stanu zdrowia, stosowanie używek, status materialny, rodzaj niepełnosprawności i wywiad żywieniowy.

Respondenci byli zdania, że poziom jakości świadczeń zależy od liczby leczonych pacjentów i żeby znacząco go ponieść, ich liczbę należy zmniejszyć o średnio 13% (0–80%, M_0 = 0). Średni czas oczekiwania na przyjęcie na oddział w szpitalach w województwie łódzkim według badanych wynosi 45 dni (0–500 dni, M_0 = 0). Rok i dłużej pacjenci czekają na przyjęcie na

Tabela 4. Oferta świadczeń zdrowotnych szpitala a potrzeby pacjentów w opinii respondentów
Table 4. Medical services and patients' needs in the respondents' opinion

Stwierdzenie w ankiecie Statement in the questionnaire	Odpowiedzi Responses (N = 119)			
	ogółem total [n]	zgadzam się agree [n (%)]	nie zgadzam się disagree [n (%)]	nie mam zdania no opinion [n (%)]
Oferta świadczeń zdrowotnych (zakres świadczeń i ich różnorodność) Państwa szpitala jest odpowiednia do obecnych i przyszłych potrzeb pacjentów / The offer of healthcare services (their scope and variety) of your hospital is appropriate to current and future patients' needs	117	78 (66,67)	28 (23,93)	11 (9,40)
Parametry socjodemograficzne stosowane w ocenie potrzeb zdrowotnych pacjentów / Socio-demographic parameters serve to assess healthcare needs of patients to whom your offer is addressed				
wiek / age	112	91 (81,25)	15 (13,39)	6 (5,36)
płeć / gender	105	60 (57,14)	29 (27,62)	16 (15,24)
wykonywany zawód / profession performed	102	41 (40,20)	41 (40,20)	20 (19,61)
obciążenie genetyczne / genetic predisposition	107	68 (63,55)	18 (16,82)	21 (19,63)

N – liczba respondentów / the number of respondents.

Tabela 5. Znaczenie atmosfery w szpitalu i relacji z bezpośrednim przełożonym w opinii respondentów
Table 5. Significance of atmosphere in the hospital and subordinate-superior relationship in the respondents' opinion

Stwierdzenie w ankiecie Statement in the questionnaire	Odpowiedzi Responses (N = 119)			
	ogółem total [n]	zgadzam się agree [n (%)]	nie zgadzam się disagree [n (%)]	nie mam zdania no opinion [n (%)]
Relacje z bezpośrednim przełożonym motywują do większego zaangażowania w wykonywane obowiązki / Relations with direct superiors motivate to a better involvement in duties	115	65 (56,52)	36 (31,30)	14 (12,17)
Atmosfera panująca w Państwa szpitalu sprawia, że jest to atrakcyjne miejsce pracy / The atmosphere in your hospital makes it an attractive workplace	114	46 (40,35)	42 (36,84)	26 (22,81)

N – liczba respondentów / the number of respondents.

oddział rehabilitacyjny, okulistyczny, chirurgii ręki i chirurgii szczęki. Organem założycielskim tych oddziałów jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Ponad połowa osób biorących udział w badaniu (56,52%) stwierdziła, że relacje z bezpośrednim przełożonym wzmacniają motywację do większego zaangażowania w wykonywane obowiązki, a tym samym wpływają na jakość świadczeń. Z tym twierdzeniem nie zgadza się 1/3 respondentów. Ponad 40% respondentów wskazało, że atmosfera w szpitalu wpływa na postrzeganie miejsca pracy jako atrakcyjnego (tab. 5).

Mniej niż połowa respondentów (42,61%) uważa, że na jakość szpitalnych świadczeń zdrowotnych wpływa system motywacyjny personelu medycznego. W największym stopniu według ankietowanych na satysfakcję personelu medycznego w podmiotach leczniczych wpływają stabilność zatrudnienia (49,12%) i wynagrodzenie (47,97%).

Wyniki badania wskazują, że organ założycielski podmiotu leczniczego nie obliguje ani nie motywuje pracowników szpitala do działań na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych – tak odpowiedziało ponad 60% ankietowanych. Należy przy tym podkreślić, że ponad 35% respondentów nie wie o żadnych działaniach organu założycielskiego, których celem byłaby poprawa jakości świadczeń zdrowotnych.

Prawie 65% respondentów stwierdziło, że w ich szpitalach prowadzone są badania satysfakcji pacjentów. Znacznie więcej niż połowa badanych (63,64%) odpowiedziała, że pacjenci wysoko oceniają satysfakcję z udzielonych świadczeń zdrowotnych. Żaden z respondentów nie zaznaczył odpowiedzi wskazującej na bardzo niską i niską ocenę pacjentów z otrzymanych świadczeń zdrowotnych. Należy podkreślić, że wyniki ankiety wskazują, że według ponad 1/4 zarządzających badania satysfakcji pacjentów nie wpływają na decyzje o wprowadzeniu zmian mających na celu poprawę jakości świadczeń zdrowotnych ani nie są źródłem informacji o błędach/brakach w szpitalu.

OMÓWIENIE

W badaniu ustalono, że większość respondentów pełniących funkcje zarządzające w podmiotach leczniczych rozumie jakość świadczeń zdrowotnych jako proces mający na celu spełnienie oczekiwań pacjentów i ich zadowolenie. Takie podejście wpływa negatywnie na działania pro jakościowe, a także rzutuje na skuteczność i efektywność całego procesu zarządzania. Należy bowiem wyraźnie podkreślić, że opinia pacjentów nie może wpły-

wać na proces zarządzania, ponieważ pacjent jest obserwatorem tylko części działań podejmowanych w szpitalu, a subiektywna ocena dotycząca tych działań może też wynikać ze złego samopoczucia pacjenta.

Na podstawie przeprowadzonej w ramach niniejszego badania analizy dokumentów, które są podstawą działań pro jakościowych wdrażanych w podmiotach leczniczych, można wnioskować, że według przedstawicieli organów założycielskich podmiotów leczniczych na jakość świadczeń zdrowotnych składają się: stan aparatury i sprzętu medycznego (jego sprawność, wydajność i efektywność działania), stosowanie nowoczesnych technologii zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, warunki lokalowe, dostosowanie pomieszczeń do przepisów prawa, termomodernizacja obiektów, wdrażanie systemów zarządzania jakością oraz standaryzacja usług i procedur medycznych. Brak jednoznacznej definicji jakości i wskazana przez organy założycielskie podmiotów leczniczych hierarchia czynników kształtujących jakość tłumaczy, dlaczego w polityce zdrowotnej brakuje działań strategicznych istotnie wpływających na jakość świadczeń zdrowotnych.

Wyniki badania Tomasika i wsp. wskazują, że zdecydowana większość personelu medycznego uważa, że zapewnienie wysokiej jakości usługi jest wynikiem podnoszenia wiedzy i umiejętności personelu, postępowania zgodnego ze standardami i normami obowiązującymi w danej dziedzinie oraz uzyskiwania poprawy stanu zdrowia chorego [8]. Z kolei Rogoziński twierdzi, że w procesie wykonywania usługi liczy się przede wszystkim stopień zaangażowania pracowników [9]. Zgodnie z wynikami niniejszego badania w opinii osób pełniących funkcje zarządcze w podmiotach leczniczych jakość szpitalnych świadczeń zdrowotnych zależy od kompetencji – rozumianych jako składowa posiadanej wiedzy (wykształcenie) i zdobytych umiejętności (doświadczenie) – zatrudnionego personelu, przede wszystkim medycznego i kadry zarządzającej, ale także personelu administracyjnego. Według stanu na 31 grudnia 2012 r. w szpitalach w województwie łódzkim było zatrudnionych 6102 lekarzy, 9057 pielęgniarek i 1115 położnych [10]. W niniejszym badaniu przeważały opinie o wystarczającej liczbie zatrudnionych lekarzy i personelu pielęgniarskiego w podmiocie leczniczym, w którym pracują respondenci.

Wysoka jakość świadczeń zdrowotnych nie musi wynikać z dużych nakładów finansowych. Wręcz przeciwnie – wysoka jakość usług jest mniej kosztowna, ponieważ przekłada się na zmniejszenie liczby powikłań, redukcję liczby niepożądanych zdarzeń i błędów medycznych, skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów,

redukcję liczby powtórnych hospitalizacji i reoperacji [11,12]. W niniejszym badaniu osoby pełniące funkcje zarządcze w podmiotach leczniczych nie zgodziły się z twierdzeniem, że środki finansowe przeznaczone na leczenie w 2012 r. były wystarczające w stosunku do potrzeb medycznych pacjentów. Według danych z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w wymienionym roku na leczenie szpitalne wydano 1 665 627 119,74 zł [13]. W opinii respondentów wzrost środków na leczenie średnio o 46% wpłynąłby znacząco na poprawę jakości świadczeń.

Diagnoza potrzeb zdrowotnych pacjentów jest podstawą wdrażania działań mających na celu poprawę stanu opieki zdrowotnej w kraju. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia na poprawę jakości świadczeń powinno znacząco wpłynąć opracowanie mapy tych potrzeb [14]. Według respondentów oferta świadczeń zdrowotnych – ich zakres i różnorodność – oferowanych przez podmiot leczniczy, w którym pracują, pokrywa potrzeby pacjentów w średnio 82%. Do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów respondenci spośród parametrów socjodemograficznych wykorzystują najczęściej wiek i obciążenie genetyczne.

Zgodnie z założeniami metodologicznymi przyjętymi przez autorów niniejszego badania w opinii kadry zarządczej na jakość szpitalnych świadczeń zdrowotnych wpływa dostęp do tych świadczeń. W niniejszym badaniu uproszczono definicję dostępności, przyjmując tylko 1 jej wymiar – czas oczekiwania na otrzymanie świadczenia. Średni czas oczekiwania na przyjęcie na oddział szpitalny w województwie łódzkim wynosił 18,98 dnia [15], natomiast według grupy badanej wynosi on 45 dni. Respondenci byli zdania, że poziom jakości świadczeń zależy od liczby leczonych pacjentów i żeby znacząco go ponieść, liczbę leczonych pacjentów należy zmniejszyć o średnio 13%.

W „Programie Wojewódzkim – Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006–2013” jako jeden z celów szczegółowych celu nadrzędnego, jakim jest „podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego”, wskazano „poprawę jakości usług medycznych” [16]. Można zakładać, że działania wpisane w realizację tego celu nie są dla kadry zarządzającej czynnikiem motywacyjnym i/lub nie zna ona treści ww. programu, i/lub działania pro jakościowe zostały błędnie zdefiniowane [16].

Dla personelu medycznego czynnikami motywacyjnymi są: wynagrodzenie, system wsparcia w procesie doskonalenia kompetencji, atmosfera w pracy, relacje międzyludzkie, środowisko pracy, satysfakcja z pracy i jako-

ściowe procesy komunikacyjne [17]. W niniejszym badaniu połowa respondentów wskazała, że szkolenia dla personelu medycznego są czynnikiem motywacyjnym i tym samym zwiększają efektywność pracy, a sposób awansowania pracowników szpitala motywuje do większego zaangażowania w wykonywane obowiązki. Autorzy niniejszej publikacji na podstawie analizy dostępnej literatury przyjęli hipotezę, że do czynników wpływających na satysfakcję personelu medycznego należą: wynagrodzenie, ocena szans związanych z awansem, stabilność zatrudnienia, świadczenia pozapłacowe, możliwość rozwoju, uznanie przełożonych oraz autonomia i niezależność w podejmowaniu decyzji. W opinii większości respondentów wszystkie zdefiniowane w niniejszym badaniu czynniki motywacyjne wpływają na satysfakcję personelu medycznego w podmiotach leczniczych. Czynniki najczęściej wskazywanymi przez ankietowanych były stabilność zatrudnienia i wynagrodzenie.

W Polsce i za granicą głównym kierunkiem badań w zakresie jakości jest ukazanie satysfakcji klientów zewnętrznych (pacjentów) i/lub klientów wewnętrznych (pracowników, dostawców) [18–24]. W koncepcji zarządzania jakością zwraca się uwagę na klientów wewnętrznych i zewnętrznych, a organizacja, która chce osiągnąć maksymalne korzyści z zarządzania jakością, musi uwzględnić potrzeby i dążyć do usatysfakcjonowania obu rodzajów klientów. W Polsce jako wskaźnik jakości stosowane są niemal rutynowo wykonywane w szpitalach badania satysfakcji klientów zewnętrznych [25,26]. Potwierdza to wynik niniejszego badania, w którym tylko 29,31% respondentów odpowiedziało, że w szpitalu, w którym pracują, nie prowadzi się badań satysfakcji.

Należy jednak podkreślić, że wyniki badań zarówno polskich, jak i zagranicznych wskazują na wysoki poziom zadowolenia klientów zewnętrznych z opieki [18,19,21,24,26], co wzbudza wątpliwości dotyczące trafności i wiarygodności prowadzenia badań satysfakcji pacjentów [27,28]. W niniejszym badaniu własnym żaden z respondentów nie zaznaczył, że wyniki badania satysfakcji klientów prowadzone w ich szpitalu wskazują na bardzo niski lub niski poziom zadowolenia klientów.

WNIOSKI

1. Wśród menadżerów podmiotów leczniczych przeważało pojmowanie jakości świadczeń zdrowotnych jako procesu mającego na celu spełnienie oczekiwań pacjentów i ich zadowolenie.

2. W opinii respondentów pełniących funkcje zarządcze w podmiotach leczniczych na jakość świadczeń zdrowotnych w największym stopniu wpływają:
 - a) kompetencje rozumiane jako składowa posiadanej wiedzy (wykształcenie) i zdobytych umiejętności (doświadczenie) zatrudnionego personelu medycznego,
 - b) liczba personelu medycznego zatrudnionego w podmiocie w stosunku do liczby leczonych pacjentów,
 - c) środki finansowe, które zdaniem respondentów są wprost proporcjonalne do osiągniętego poziomu jakości.
3. Wyniki badania wskazują na potrzebę jednoznacznego określenia/zdefiniowania jakości świadczeń zdrowotnych zarówno przez osoby pełniące funkcje zarządcze w podmiotach leczniczych, jak i przez przedstawicieli organów tworzących podmioty lecznicze. Zmiana sposobu rozumienia i traktowania jakości świadczeń zdrowotnych i jej roli w procesie leczenia przez kadre zarządczą jest podstawą skutecznego i efektywnego zarządzania jakością w podmiotach leczniczych.
9. Rogoziński K.: Nowy marketing usług. Akademia Ekonomiczna, Poznań 2000
10. Przybylska B.: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa łódzkiego 2012. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, Łódź 2013
11. Porter M.E., Olmsted-Teisberg E.: Redefining health care. Harvard Business School Press, Boston 2006
12. Staszewska A., Rybarczyk A., Sierocka A., Marczak M.: Wybrane metody zarządzania jakością i zarządzania ryzykiem jako przykład efektywnego funkcjonowania podmiotów leczniczych. W: Urbanowska-Sojkin E., Bartkowiak P. [red.]. Ryzyko w zarządzaniu strategicznym. Aspekty podmiotowe i przedmiotowe. Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2013, ss. 399–411
13. Narodowy Fundusz Zdrowia [Internet]: Fundusz, Warszawa 2015 [cytowany 28 grudnia 2013]. Informator o umowach. Adres: <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Provider/Index?ROK=2012&OW=05&ServiceType=03&Code=&Name=&City=&Nip=&Regon=&Product=&OrthopedicSupply=>
14. Ministerstwo Zdrowia [Internet]: Ministerstwo, Warszawa 2015 [cytowany 10 września 2015]. Mapy potrzeb zdrowotnych. O projekcie. Adres: <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/o-projekcie/>
15. Narodowy Fundusz Zdrowia [Internet]: Fundusz, Warszawa 2015 [cytowany 28 grudnia 2013]. Listy oczekujących na świadczenia zdrowotne. Adres: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=2&dzialnr=1&artnr=1021>
16. Program Wojewódzki – Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006–2013. Samorząd Województwa Łódzkiego, Łódź 2006
17. Stańczyk I.: Motywacja pracowników służby zdrowia. W: Bugdol M., Bugaj J., Stańczyk I. [red.]. Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012, ss. 7–26
18. Szymańska J., Dubielis W., Horoch A.: The quality of first aid services on the basis of patients' opinions. Zdr. Publ. 2009;119(3):255–257
19. Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J.: Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej. Pol. Merk. Lek. 2007;137:367–370
20. Gruszczak A., Dudzińska M., Piątkowski W., Siwiec J.: Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów. Zdr. Publ. 2007;117(4):440–443
21. Kisiel Ź., Samborska-Sablik A., Gaszyński W.: Ocena jakości opieki medycznej na przykładzie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zdr. Publ. 2008;118(3):329–333

PIŚMIENNICTWO

1. Holly R.: Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Wydawnictwo KIU, Warszawa 2013, s. 210
2. Campbell S.M., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M.: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual. Saf. Health Care 2002;11:358–364, <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.4.358>
3. 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. Int. J. Qual. Health Care 2003;15(1): 47–55, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/15.1.47>
4. Whitfield M., Surowiec M., Kautsch M.: Zarządzanie jakością. W: Kautsch M., Whitfield M., Klich J. [red.]. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, ss. 317–318
5. Hajdukiewicz D.R.: Rola otoczenia w kreowaniu polityki jakości szpitala. Zdr. Zarz. 2003;6:58–63
6. Koźmiński A.K.: Zarządzanie w warunkach niepewności. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013
7. Lawthers A.G.: Pomiar jakości a menedżer ochrony zdrowia. Zdr. Zarz. 1999;3:17–22
8. Tomasiak T., Windak A., Król Z., Jacobs M.: Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Vesaliusz, Kraków 1996

22. Małecka B., Marcinkiewicz J.T.: Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2007;88(1):17–19
23. Wroński K., Bocian R.: Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? *Pielęg. Chir. Angiol.* 2009;4:127–130
24. Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Kowal A., Grywalska E., Michałojć-Derkacz M., Pawłowska B.: Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez zakłady podstawowej opieki zdrowotnej małych miast oraz wsi Polski południowo-wschodniej. *Med. Ogólna* 2010;16(XLV):463–473
25. Michalak J.: Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce. *Stud. Mat. Pol. Stow. Zarządz. Wiedzą* 2011;38:160–174
26. Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J.: Satysfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-położniczych na terenie miasta Lublina. *Zdr. Publ.* 2006;116(1):189–191
27. Marcinowicz L., Grębowski R.: Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych. *Pol. Merk. Lek.* 2005;108:663–666
28. Williams B.: Patient satisfaction: A valid concept? *Soc. Sci. Med.* 1994;38(4):509–516