

PRACA POGLĄDOWA

Jakość usług medycznych oraz metody jej pomiaru

The quality of medical services and methods of measurement

Anna Korczyńska

STRESZCZENIE

Jakość w opiece zdrowotnej stała się w Polsce ważnym zagadnieniem po zmianach systemu zdrowia w 1999 r. To stosunkowo nowy obszar badań i nieoceniona pomoc w procesie zarządzania placówkami opieki zdrowotnej. Aby mówić o dobrej jakości usługi medycznej, należy wiedzieć, jakie elementy budują jakość oraz na które z nich należy zwrócić szczególną uwagę. Z pewnością poprawa jakości usług nie należy do zadań łatwych, zważywszy na ich złożoność oraz specyfikę. Należy pamiętać, iż na ową specyfikę składa się przede wszystkim duża dysproporcja wiedzy między usługobiorcą (pacjentem) oraz usługodawcą (lekarzem lub personelem), a także wysokie zróżnicowanie czy problem standaryzacji procesu świadczenia usługi. Oceny jakości usługi medycznej może dokonywać płatnik oraz osoby zarządzające placówką opieki zdrowotnej, jednak najważniejszą rolę pełni tu pacjent. Pomimo trudności w ujednoczeniu pojęcia jakości usług medycznych, istnieje kilka metod pomiaru jakości bazujących właśnie na spostrzeżeniach pacjentów.

SŁOWA KLUCZOWE

jakość usług medycznych, usługi medyczne, jakość

ABSTRACT

The quality of health care in Poland has become an important issue after the changes in the health care system in 1999. This is a relatively new area of research and invaluable help in the management of healthcare facilities. To talk about the quality of medical services, we need to know which elements build quality, and which of them should be given particular attention. Certainly, improving the quality of services is not an easy task, given their complexity and specificity. It should be remembered that this specificity is mainly composed of the large disparity in knowledge between the customer (patient) and provider (doctor or medical staff), as well as the high diversity or problem of standardizing the service process. Assessment of the quality of medical service may be made by the payers

Zakład Polityki Zdrowotnej
Wydziału Zdrowia Publicznego
oraz Studium Doktoranckie
Wydziału Lekarskiego w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

ADRES

DO KORESPONDENCJI:

Mgr Anna Korczyńska
Katedra i Zakład Epidemiologii
Wydziału Lekarskiego w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
ul. Medyków 18
40-752 Katowice
tel. + 48 32 208 85 36
e-mail: korczynska.ania@gmail.com

Ann. Acad. Med. Siles. 2012, 66, 5, 67-70
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
ISSN 0208-5607

as well as managers of a health care facility, but the most important role is played here by the patient. Although the difficulties in unifying the concept for quality medical services, there are several methods of measuring quality based on the observation of patients.

KEY WORDS

quality of medical services, medical services, quality

WSTĘP

Pojęcie jakości w opiece zdrowotnej nie jest zagadnieniem nieznanym, natomiast jako istota badań to obszar stosunkowo nowy, ściśle związany z urynkowieniem usług medycznych w dzisiejszej rzeczywistości. Zmiana na polskim rynku usług medycznych dokonała się za sprawą ustawy z 1999 r., gdy do systemu zdrowotnego wprowadzono elementy rynkowe, w tym konkurencję. Stąd istotnym obszarem, w którym poszczególne placówki mogą dziś konkurować, staje się właśnie jakość świadczonych przez nie usług. Ogólnie usługę medyczną możemy zdefiniować jako proces, w wyniku którego powstaje dobro niematerialne, które pokrywa indywidualne potrzeby odbiorcy (pacjenta). Usługa zdrowotna, podobnie jak usługa edukacyjna, charakteryzuje się znaczną niematerialnością. Co więcej, na jej proces wpływają relacja i współzależność między usługodawcą i usługobiorcą [1].

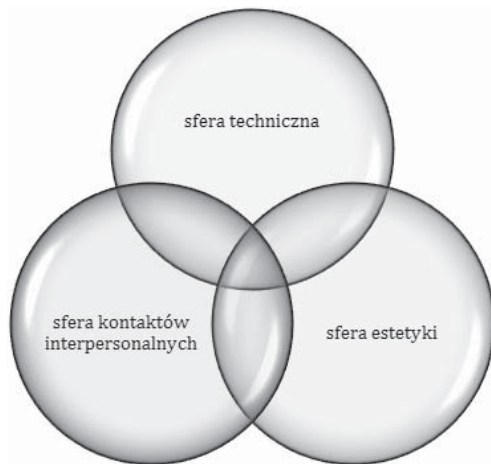
Nie ulega wątpliwości, że usługa medyczna jest usługą specyficzną. Po pierwsze dotyczy szeroko pojętego obszaru zdrowia, które nierzadko jest odczuciem subiektywnym (nawet według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie dotyczy dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a więc jest stanem złożonym i wielowymiarowym). Po drugie, usługa medyczna należy do usług profesjonalnych i jako taka zawiera kilka charakterystycznych cech, m.in. występuje tu duża dysproporcja wiedzy między usługobiorcą, czyli pacjentem, a usługodawcą, czyli lekarzem bądź personelem.

Nadrzędną cechą usługi medycznej jest niematerialność, która rzutuje na wszystkie inne jej cechy. Pacjent w następstwie wykonanej usługi nie otrzymuje dobra materialnego, lecz poczucie satysfakcji, zaspokojenia pewnych potrzeb czy poprawy komfortu życia. Stąd usługa medyczna to nie tylko proces leczenia, ale także wiele dodatkowych elementów oddziałujących na pacjenta, które decydują o finalnej warto-

ści usługi [1]. Świadczenia medyczne charakteryzują się również obecnością odpowiednio wysoko wykszcolonej kadry, która niejednokrotnie wpływa nawet na życie pacjentów. Istotnym, specyficznym elementem podczas kontaktu świadczeniodawcy z pacjentem są emocje, w tym stres i niepewność, które niemal zawsze są integralną częścią procesu świadczenia usługi medycznej. Należy również wspomnieć o problemie standaryzacji samego procesu świadczenia usługi medycznej [2]. Każdorazowa usługa, nawet dotycząca tego samego przedmiotu działania, będzie inna, tak jak różni są pacjenci. Dodatkowo, problem ten po części wiąże się z tym, iż świadczenia medyczne są niezwykle zróżnicowane. Usługą jest bardzo prosty, niemal rutynowy zabieg czy tradycyjna porada lekarska, jak również skomplikowana wielogodzinna operacja.

JAKOŚĆ WEDŁUG PACJENTA

Koncepcja jakości usługi medycznej może być rozpatrywana z perspektywy płatnika, placówki bądź pacjenta. Jakość określona ogólnie, przez płatnika, będzie utrzymywana jedynie na minimalnym wymaganym poziomie przez placówkę. Można się spodziewać takiego zachowania, gdyż nie da się w tej sytuacji zauważyć czynników motywacyjnych. Choć początkowo NFZ zadeklarował się do nagradzania placówek zmierzających do poprawy jakości swych usług, niestety, na obietnicach się skończyło [1]. W drugim przypadku, gdy to placówka sama dąży do poprawy jakości, owoce takich wysiłków mogą być zadowalające, jednak nie będą tak dobre, jak te oparte na punkcie widzenia samego pacjenta. Na jakość usług w placówce składają się trzy podstawowe komponenty: sfera techniczna, sfera kontaktów interpersonalnych oraz sfera estetyki. W literaturze przedmiotu napotkać można różne koncepcje rozpatrywania jakości, wszystkie są spójne i wszystkie zawierają owe elementy jako składowe pojęcia jakości usługi postrzeganej przez pacjenta [3,4].



Ryc. 1. Elementy składające się na jakość usługi medycznej.
Fig. 1. Elements of quality of medical services.

Istotą sukcesu w osiągnięciu bardzo dobrej jakości opieki medycznej w placówce jest zawarcie wszystkich elementów i osiągnięcie równowagi między nimi. Wtedy można zauważyć rzeczywiste zadowolenie pacjenta z usługi [5]. Pacjent pomimo dużej asymetrii wiedzy jest w stanie dokonać oceny świadczonych usług medycznych na podstawie swych subiektywnych odczuć, dlatego ważne jest, aby sferę estetyki i uprzejmość personelu traktować na równi z wyposażeniem technicznym. Jest bardzo dużo elementów składających się na jakość świadczenia usługi medycznej, ale można wyróżnić dwie grupy, które nazwane tu będą elementami obiektywnymi i subiektywnymi. Do obiektywnych należą te, które w łatwy sposób da się zmierzyć czy zweryfikować. Przykładami obiektywnych elementów poddających się ocenie usługobiorcy są:

- stan techniczny aparatury,
- wyposażenie,
- posiadane certyfikaty,
- kwalifikacje lekarzy i personelu,
- dostępność usługi, w tym czas oczekiwania,
- czas trwania usługi.

Elementy subiektywne to te, które w pełni uzależnione są od oczekiwań usługobiorcy. W tym przypadku na ocenę wpływają nastroje pacjenta, towarzyszące mu emocje, jego wyobrażenia o usłudze, wcześniejsze doświadczenia, a nawet charakter czy wykształcenie. Do elementów subiektywnych można zaliczyć:

- zachowanie personelu w stosunku do pacjentów,
- relacje między personelem,

- relację lekarz-pacjent,
- ogólną atmosferę.

Pacjent nie ma wystarczającej wiedzy, by móc merytorycznie ocenić stan aparatury czy słuszność diagnozy, ale jest w stanie ocenić usługę, w większości wykorzystując elementy subiektywne. Jakie kryteria obowiązują przy ocenie usług medycznych przez pacjenta? Nie ma jednej odpowiedzi na to pytanie, istnieje bowiem zbyt wiele zależności, aby móc wypracować jeden model takiego kryterium. Można jednak wyróżnić kilka następujących, stałych czynników wymienianych przez usługobiorcę:

- ruchomości placówki: sprzęt, udogodnienia techniczne, estetyka placówki, materiały informacyjne,
- niezawodność,
- gotowość do reagowania: terminowe realizowanie usług i ogólna gotowość do poświęcania czasu pacjentowi,
- fachowość i kompetencja,
- empatia [7].

W zależności od profilu placówki i rodzaju świadczonych przez nią usług, należy adekwatnie skupiać się na poszczególnych czynnikach. Zależnie od specyfiki sytuacji, na niektóre z nich należy kłaść większy nacisk i uzupełniać o inne elementy tu nieujęte.

METODY POMIARU JAKOŚCI

1. METODA ZDARZEŃ KRYTYCZNYCH (CIT)

Metoda CIT (*Critical Incident Technique*) jest bardzo przydatną metodą pomiaru satysfakcji pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej. Polega na analizie zdarzeń krytycznych, czyli sytuacji, które w istotny sposób ograniczają efekt podejmowanych wysiłków lub są podstawą do zadowolenia z usługi. Narzędzie to jest wykorzystywane do oceny kontaktów interpersonalnych w placówce między usługobiorcami a pracownikami. Analizowane zdarzenie musi spełniać podstawowy warunek – pacjent będzie uważał je za godne zapamiętania. W wyniku takiej analizy możliwe staje się wykrycie wszelkich problemów, które w oczach pacjentów wpływają na obniżenie jakości świadczonych usług.

Zdarzenie krytyczne musi jednocześnie spełniać wiele innych warunków: po pierwsze, zawsze dotyczyć interakcji między pacjentem a pracownikiem, po drugie, musi to być epizod. Wreszcie musi być zdarzeniem na tyle szczegółowym, aby osoba przeprowadzająca badanie mogła je sobie wyobrazić [7]. Metoda ta pozwala osobom zarządzającym zidentyfikować

potrzeby w zakresie szkoleń personelu czy określić wiedzę i kompetencje pracowników.

2. METODA SERVQUAL

Metoda polega na pomiarze różnic między jakością postrzeganą przez pacjenta a jakością, której pacjent od danej usługi oczekuje. Metoda opiera się na wielostopniowej skali, pozwalającej dokonać pomiaru jakości usługi z punktu widzenia pacjenta, a równocześnie pozyskać wiele cennych wskazówek.

Dla określenia poziomu jakości usług stworzono specjalne kwestionariusze ankietowe. Każdy składa się z pytań dotyczących oczekiwań pacjenta i tych samych pytań dotyczących postrzegania usługi przez pacjenta. Następnie zastosowana jest siedmiopunktowa skala Likerta, która pozwala przypisać poszczególnym stwierdzeniom wagi od „całkowicie się zgadzam” do „zupełnie się nie zgadzam”. Im większa jest różnica między oczekiwaniami a rzeczywistym odbiorem jakości usługi, tym większe jest niezadowolenie pacjenta [2,8].

3. METODA SERVPERF

Metoda ta jest alternatywą wcześniej opisywanej. Różni się od poprzedniej pominięciem w badaniu oczekiwań pacjenta i skupia się jedynie na procesie wykonania usługi. Pominięcie sfery oczekiwań pacjentów argumentowane jest zbyt długim procesem samej oceny, a także faktem, iż ankietowani nie odróżniają pojęć jakości i satysfakcji [1].

4. METODA P-C-P

To metoda oparta na trzech grupach atrybutów wpływających na ostateczną jakość usługi medycznej w oczach pacjenta. Do grup tych należą: cechy podstawowe, cechy centralne i cechy peryferyjne. Cechy te są składową każ-

dej usługi medycznej, aczkolwiek w różnych proporcjach. Cechy podstawowe bardzo często decydują o poziomie zadowolenia pacjenta z jakości usługi. Odgrywają tym większą rolę w ocenie usługi, im rzadziej pacjent z niej korzysta. Cechy centralne i peryferyjne są wnikliwie brane pod uwagę w przypadku, gdy pacjent często korzysta z usług medycznych. Do cech centralnych wspierających cechy podstawowe można zaliczyć pracę personelu i empatię, a także możliwości organizacyjne placówki, w tym gotowość do reagowania. Cechy peryferyjne to epizody, które właściwie dobrane dopełniają dzieła w całościowej ocenie usługi [1].

5. METODA EUROPEP

Metoda ta została opracowana przez zespół badaczy z ośmiu krajów europejskich w latach 1995–1998. Służy do porównywania jakości świadczonych usług medycznych. Stworzony kwestionariusz koncentruje się na konkretnych aspektach wizyty u lekarza rodzinnego. Za pomocą tego narzędzia przeprowadzono badania w przeszło 20 krajach, w tym m.in. w Danii, Norwegii, Szwecji, Holandii, Niemczech, Francji, Anglii, Szwajcarii, Włoszech i Turcji. W niektórych krajach badanie to realizowane było na bardzo dużą skalę. Omawiany wzór kwestionariusza został także zmodyfikowany przez polskich naukowców [9].

PODSUMOWANIE

Wymienione w pracy narzędzia pomiaru jakości usługi bazują na badaniu ankietowym, kierowanym do pacjentów, gdyż to właśnie pacjenci są najlepszym źródłem informacji w kreowaniu i ulepszaniu jakości usług zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Krot K. Jakość i marketing usług medycznych. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.
2. Stewart H., Hope C., Muhlemann A. Professional service quality. *Journal of Retailing and Consumer Services* 1998; 5; 4: 210.
3. Łańcucki J. Czynniki wpływające na jakość usług profesjonalnych. W: *Marketing usług profesjonalnych. Materiały drugiej konferencji „Jakość usług profesjonalnych”*. Red. K. Rogoziński. Akademia Ekonomiczna, Poznań 2000: 29.
4. Gronroos C. Service management and marketing. A customer relationship management approach. John Wiley & Sons, Chichester 2001: 67.
5. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its management. Health Administration Press. Ann. Arbor. 1980; 42–44.
6. Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985; 49: 42.
7. Krzyżanowska M., Wajder R. CIT – metoda badania jakości usług. *Problemy Jakości* 2000; 11: 9–12.
8. Sidor M. Ocena jakości usług za pomocą metody Servqual. *Marketing i Rynek* 2000; 11: 8.
9. Pawelczyk K., Maniecka-Bryła I., Targowski M., Samborska-Sablik A. Satysfakcja pacjentów jako jeden ze wskaźników jakości opieki medycznej na przykładzie poradni lekarza rodzinnego. *Acta Clin. Morphol.* 2006; 3: 20–21.