

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
The Jan Kochanowski University
The Faculty of Medicine and Health Sciences

GRAŻYNA NOWAK - STARZ, MARTA SIWEK, AGATA SALWA,
ANNA BABIARZ, MONIKA BUJNOWSKA,
AGNIESZKA STRZELECKA, TOMASZ WÓJCIK,
KAMIL MARKOWSKI

***Rola jakości usług medycznych
we współczesnym systemie ochrony zdrowia***

The role of the medical services quality in the modern health system

Słowa kluczowe: jakość, usługi medyczne, ochrona zdrowia

Key words: quality, medical services, health system

*„Każdy zna swojego klienta,
a jeżeli nie wie, kim jest ten klient, jakie są jego oczekiwania...
to nie rozumie swojej pracy.”
Edward Deming*

Jakość świadczeń medycznych jest jednym z głównych problemów funkcjonowania współczesnej opieki zdrowotnej [2]. Na całym świecie obserwuję się zjawisko wprowadzania procedur, certyfikatów czy akredytacji, by zapewnić że dana placówka zdrowotna realizuje świadczenia medyczne na określonym poziomie jakości [13].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jakość jest najważniejszym priorytetem w opiece zdrowotnej. Znaczenie jakości oraz jego rola na rynku zdrowia ciągle rośnie, głównie za sprawą postępującej standaryzacji oraz zindywidualizowanego podejścia do pacjentów oraz ich oczekiwań [27].

Genezy jakości w medycynie możemy odszukać już w czasach Hipokratesa. Pojęcie „jakości opieki zdrowotnej” opisał w swej zasadzie *primum non nocere*, która wyrażała dbałość o zapewnienie jakości podczas działań leczniczych. Również Florence Nightingale m w 1858 roku, porównując śmiertelność brytyjskiej armii ze śmiertelnością ludności cywilnej domagała się ustalenia i wprowadzenia standardów opieki w wojskowej służbie zdrowia. Jednym z pierwszych elementów, który zapewniał jakość świadczeń medycznych był proces licencjonowania, czyli zdobywania przez lekarzy, pielęgniarki i położne prawa do wykonywania zawodu [8, 13].

Zakłady opieki zdrowotnej to szczególne organizacje, dla których priorytetowym zadaniem jest zapewnienie jakości swych świadczeń. W odróżnieniu od zakładów produkcyjnych, które mogą zapewnić swoich odbiorców o wysokiej jakości produktu, placówki medyczne mogą opierać się jedynie na zaufaniu świadczeniobiorców oraz wizerunku placówki. Coraz częściej placówki medyczne dbając o jakość usług medycznych bazują na finalnym konsumencie tych usług – pacjencie oraz podporządkowują usługi zdrowotne do jego wymagań czy oczekiwań [17].

W dobie dzisiejszych czasów oczekiwania społeczeństwa wobec opieki medycznej nie ograniczają się wyłącznie do wprowadzania nowych procedur, lecz uwydatniają znaczenie jakości świadczonych wobec nich usług. Nowe postrzeganie jakości w ochronie zdrowia wymagało wdrożenia w Polsce skutecznych mechanizmów, które miały wzmacniać jakość świadczeń, chroniąc przy tym dobro pacjenta [13].

Zmiany w obszarze jakości usług medycznych wprowadziła w Polsce ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1 stycznia 1999 roku. Ustawa ta kładła nacisk na efektywność działań zakładów opieki zdrowotnej oraz znaczenie pacjentów, a także dała impuls do zapoczątkowania w obszarze ochrony zdrowia mechanizmów rynkowych i zjawiska konkurencyjności [18, 27].

Przez lata pojęcie jakości ewaluowało od postrzegania jej jako wąskiego zbioru działań podnoszących poziom usług, aż do rozumienia jakości jako aktywnego zaangażowania się w ten proces wszystkich pracowników. W procesie zarządzania jakością kompetencje pracowników wyrażone w ustawach czy też postawach społecznych są istotne dla prawidłowego wdrożenia mechanizmów TQM (Total Quality Management) [6, 19]. Właściwe wykorzystywanie kompetencji pracowników zależy od uwarunkowań organizacyjnych i nie ograniczają się one jedynie do umiejętności zdobywania wiedzy, lecz także wyrażania postaw i motywacji wobec pracy. Właściwa alokacja wiedzy i umiejętności pracowników medycznych znacznie zwiększa szanse do wzrostu i rozwoju placówki na rynku zdrowia [4, 19]. W publikacjach opisujących procesy zarządzania jakością problem znaczenia kompetencji pracowników jest podejmowany rzadko.

Nowe programy kształcenia kadr medycznych, które uczą budowania relacji interpersonalnych są odpowiedzią na współczesne warunki pracy oraz metody zarządzania personelem, czasem pracy czy karierą zawodową [19, 24]. Budowanie trwałych relacji między placówką zdrowotną a pacjentami daje szansę przewagi na konkurencyjnym i wymagającym rynku zdrowia.

Celem opracowania było omówienie znaczenia jakości usług medycznych w systemie ochrony zdrowia oraz roli pacjenta w procesie zarządzania jakością. W tym celu przeanalizowano dostępną oraz fachową literaturę związaną z tematyką pracy.

JAKOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH ICH CHARAKTERYSTYKA, ROLA W PROCESIE ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Pierwszym prekursorem nowoczesnego modelu jakości usług zdrowotnych był model opracowany przez Avedisa Donabediana, który wyróżnił jego trzy główne elementy: jakość struktury, jakość procesów oraz jakość wyników. Przez jakość struktury rozumiemy warunki w jakich realizowane są usługi medyczne, w tym ilość i jakość pomieszczeń, dostępność aparatury medycznej, kadra medyczna, wykształcenie oraz umiejętności personelu. Na jakość procesów składają się usługi realizowane zgodnie z kolejnością, przy użyciu właściwych metod oraz we właściwym czasie. Wyniki jakości zaś to jakość otrzymanego i optymalnego efektu leczenia, który był możliwy do osiągnięcia przy użyciu dostępnej wiedzy medycznej oraz przy uwzględnieniu stanu pacjenta [16].

W następnych latach w modelach jakości uwzględniono dodatkowo satysfakcję pacjenta ze świadczonych usług medycznych, która obecnie odgrywa kluczową rolę w budowaniu pozycji placówki na rynku zdrowia [16].

Jakość coraz częściej jest głównym elementem skutecznego marketingu oraz czynnikiem gwarantującym rynkowy sukces. W dobie komercjalizacji rynku zdrowia, skuteczne działania diagnostyczne oraz pożądane efekty leczenia pacjenta stają się niewystarczające by zdobyć zaufanie klienta zewnętrznego, jakim jest pacjent. Jakość usług medycznych stała się gwarantem nie tylko bezpieczeństwa pacjenta, ale również szczególnej dbałości o jego zdrowie i życie [27].

Usługi medyczne posiadają wiele cech wspólnych z szeroko rozumianymi usługami, takie jak niematerialność oraz nieuchwytność. Jednocześnie świadczenie usług medycznych obarczone jest ryzykiem i nie zawsze jesteśmy w stanie zagwarantować pacjentowi o skuteczności podjętych działań [1]. Każda placówka zdrowotna powinna zatem dbać o wizerunek placówki, a przede wszystkim o wysoką jakość udzielanych świadczeń medycznych. Jedną z charakterystycznych cech usługi medycznej jest złożoność procesu, który panuje w placówce zdrowotnej oraz relacje jakie wytwarzają się w kontaktach pacjent- personel medyczny. Wykonanie usługi medycznej, charakteryzującej się wysoką jakością jest niewątpliwie związane z wiedzą i profesjonalizmem personelu medycznego, ale także w dużym stopniu związane ze kondycją zdrowotną pacjenta [9, 27].

Usługi medyczne wraz z całym procesem ich świadczenia to z jednej strony pacjent i jego indywidualne potrzeby oraz oczekiwania zaś z drugiej strony personel medyczny. Personel ten odgrywa kluczową rolę w budowaniu trwałej relacji między usługodawcą a usługobiorcą. Kształtowanie prawidłowych relacji z pacjentami wpływa na cały proces usługowy, w tym również na ostateczną satysfakcję klienta/pacjenta [14, 27].

W dobie komercjalizacji cały rynek usług medycznych realizuje swą działalność na pograniczu publicznego obszaru systemu opieki zdrowotnej oraz biznesu. Usługi medyczne stoją w obliczu nie tylko wyzwań idei społecznej misji ich świadczenia, ale także w obliczu wyzwań w ekonomicznych czy marketingowych, które obejmują każde inne przedsiębiorstwa [22].

Wśród cech wspólnych dla usług ogólnych oraz usług medycznych wyróżnić możemy:

- Niematerialność, gdyż świadczenia zdrowotne nie mają charakteru materialnego. Pacjenci w poszukiwaniu placówki, która świadczy wysokiej jakości usługi, kierują się oceną takich elementów jak wizerunek zewnętrzny placówki czy personelu medycznego, wyposażenie placówki w sprzęt specjalistyczny, itp.
- Niepodzielność/nierozdzielczość usług medycznych to proces jednoczesnego „wytwarzania” i „konsumowania” usługi przez personel medyczny w obecności pacjenta.
- Nieskładowalność/nietrwałość rozumiana jest jako brak możliwości magazynowania czy archiwizowania usługi, by móc ją świadczyć lub sprzedawać w późniejszym okresie.
- Zmienność/niestandardowość jest procesem świadczenia usług w różny sposób, zależny jest on od czasu, miejsca pobytu oraz sposobu wykonywania.
- Niemożność odsprzedaży oznacza, iż konkretna usługa jest jednocześnie wykonywana i otrzymywana względem konkretnego pacjenta.
- Asymetria informacji to cecha, która ukazuje brak wystarczającej wiedzy merytorycznej pacjenta, by mógł on sam decydować o sposobie leczenia. Z jednej strony widzimy pacjenta i jego niepewność o zdrowie i życie, zaś z drugiej strony doświadczony personel medyczny.
- Niepewność i ryzyko usług medycznych jest cechą, która zawiera w sobie wszelkie powikłania i skutki leczenia oraz ich czas trwania [21].

Branża usług zdrowotnych posiada także specyficzne cechy dla tego obszaru, które wyróżniają ją spośród innych branży usługowych:

- kwalifikację kadr,
- swoboda w wyborze technologii świadczenia,
- ograniczenie suwerenności pacjenta,
- złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych,
- delegowanie uprawnień i zaufania,
- efekty zewnętrzne [5].

Znajomość wspólnych oraz specyficznych cech usług zdrowotnych stanowi elementarną wiedzę potrzebną do budowania i realizowania procesu zarządzania jakością, który spełni oczekiwania i zadowoli pacjentów.

Nadrzędną cechą współczesnego funkcjonowania placówek zdrowotnych jest jakość świadczonych usług medycznych [18, 19]. Pojęcie jakości w opiece zdrowotnej nie jest zupełnie czymś nowym. W związku z urynkowaniem usług medycznych zagadnienie to stało się nowym obszarem zainteresowań badawczych. Z chwilą pojawienia się elementu rynkowego w systemie zdrowotnym, istotnym wymiarem konkurencyjności placówek zdrowotnych stała się jakość usług medycznych. Niewątpliwie usługa medyczna jest usługą specyficzną. Obejmuje ona swym zakresem szeroko rozumiany obszar zdrowia, który zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia jest procesem złożonym oraz wielowymiarowym [12].

Jakość można zdefiniować jako zespół cech usługi, które decydują o zdolności tej usługi do zaspokojenia potrzeb i oczekiwań odbiorców – pacjentów [5]. Słownik języka polskiego określa jakość jako „właściwość, rodzaj, gatunek, wartość, zespół cech, stanowiących o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem a nie innym” [5,23]. Obie definicje podkreślają rolę jakości w dążeniu do zaspokojenia potrzeb i oczekiwań odbiorców usług. Umiejętność identyfikowania klientów, a szczególnie ich oczekiwań względem jakości jest kluczowym elementem w całym procesie zarządzania jakością. Niewłaściwe rozpoznanie potrzeb pacjentów sprawia, iż niemożliwym staje się wytworzenie usługi medycznej, spełniającej określoną jakość w opinii odbiorców. Opinia, a przede wszystkim satysfakcja pacjentów jest obecnie najważniejszym czynnikiem determinującym całościowy sukces placówki. Biorąc pod uwagę dużą różnorodność cech usług zdrowotnych należy unikać stosowania w badaniach metod pomiaru, które porównują usługi zdrowotne z innymi usługami. O jakości opieki medycznej powinny świadczyć niepowtarzalne jakościowo usługi medyczne, nie zaś ilość kadry czy specjalistycznego sprzętu [5].

Podejście do jakości usług medycznych może być odmiennie rozumiane przez płatnika, placówkę zdrowotną bądź pacjenta. Rozpatrywanie jakości odgórnie – przez płatnika, sprawia, że jakość utrzymywana będzie na minimalnym poziomie. Dzieje się tak dlatego, ponieważ brak jest w tej sytuacji czynników motywujących, nawet mimo wcześniejszych deklaracji NFZ, dotyczących nagradzania placówek zdrowotnych, które podnoszą jakość swych świadczeń. Zaangażowanie się placówki zdrowotnej w politykę jakości sprawia, że jakość oferowanych świadczeń medycznych może być zadawalająca. W celu osiągnięcia satysfakcjonującego poziomu jakości usług należy zadbać, by rdzeniem procesu tworzenia jakości był pacjent wraz z jego potrzebami i oczekiwaniami [7,12].

Placówki zdrowotne zmuszone były reorientować swe działania w kierunku pacjenta i jego indywidualnych wymagań. Pacjent jako kluczowy gracz na rynku zdrowia ocenia jakość usług medycznych, a tym samym daje wyraz swojej satysfakcji, która obecnie stała się ważnym instrumentem w walce o pacjenta [25].

Jakość usług medycznych tworzą trzy podstawowe elementy: sfera techniczna, sfera kontaktów interpersonalnych oraz sfera estetyki. Osiągnięcie dobrej jakości opieki medycznej wymaga od placówki zawarcia wszystkich sfer i osiągnięcia między nimi równowagi. Mimo dużej dysproporcji wiedzy, pacjent jest w stanie poddać ocenie świadczenie medyczne, wykorzystując do tego swe subiektywne odczucia.

Ważne jest zatem, by sferę estetyki i relacji interpersonalnych traktować równie poważnie jak sferę techniczną [22].

W celu zwiększania jakości usług medycznych, placówki zdrowotne coraz częściej wdrażają system zarządzania jakością. Proces zarządzania jakością jest pojęciem interdyscyplinarnym. W kontekście usług medycznych można mówić nie tylko o kontroli jakości, jej ocenie, poprawie czy zapewnieniu jakości, ale także o całym procesie zarządzania jakością usług medycznych (Total Quality Management) [5].

Interdyscyplinarny charakter procesu zarządzania jakością sprawia, iż jakość to nie tylko poprawność wykonywania świadczeń w oparciu o aktualne standardy nauki, ale także istotne dla pacjenta wartości i potrzeby [2].

Takie rozumienie sprawia, iż jakość usług medycznych postrzegana jest w dwóch wymiarach :

1. Technicznym, czyli widziana oczyma placówki świadczącej usługi medyczne.
2. Funkcjonalnym, czyli oceniana z punktu widzenia pacjenta.

Jakość techniczną tworzą elementy, które są niezbędne do wytworzenia usługi medycznej oraz wpływają na ostateczny wynik usługi, np. sprzęt medyczny, profesjonalna kadra medyczna, wdrożone standardy postępowania, wykorzystywane technologie medyczne. Ponieważ wymiar techniczny bywa trudny do oceny przez pacjentów, większego znaczenia nabiera jakość funkcjonalna. Jakość ta jest zatem wynikiem oceny usługi medycznej oraz oceną relacji jaka wytwarza się między usługodawcą a pacjentem. Oczekiwania pacjentów pod względem jakości spełni zatem świadczenie medyczne, które obejmie oba wymiary jakości – profesjonalizm w działaniu świadczeniodawcy oraz profesjonalizm w relacjach ze świadczeniobiorcami [2,14].

W celu właściwego realizowania procesu TQM należy przeprowadzić kontrolę jakości (Quality Control), dzięki której będzie można monitorować i określać cechy konkretnej usługi czy produktu. Przykładem kontroli jakości jest program kontroli zakażeń szpitalnych, który uwzględnia przy tym istniejące normy i standardy placówki. Realne poznanie jakości świadczonych usług podlega procesowi ocenie jakości (Quality Assessment). W procesie tym często wykorzystuje się badania satysfakcji pacjentów, które urzeczywistniają jakość efektów klinicznych stosowanych procedur medycznych [9]. Określenie właściwej jakości usług wymaga zdiagnozowania przyczyn występowania dysfunkcji, a następnie zaproponowania metod ich naprawy (Quality Improvement) [2]. Ważną częścią procesu zarządzania jakością jest zapewnienie jakości (Quality Assurance). Jest to proces ukierunkowany na zwiększanie zdolności placówki do spełniania oczekiwań pacjentów względem jakości oraz zapobieganie pewnym trudnościami związanym ze świadczeniem usługi zdrowotnej. Zapewnienie jakości obliuguje zatem placówki zdrowotne do wdrożenia różnego rodzaju programów, obejmujących systematyczną kontrolę pewnych wskaźników, procedur reagowania w sytuacjach awaryjnych i innych [2,20].

Główny celem realizowania procesu zarządzania jakością jest zaspokajanie potrzeb klientów/pacjentów. W systemie ochrony zdrowia szczególną uwagę poświęca się dwóm rodzajom klientów. Klientem zewnętrznym są pacjenci, ich rodziny oraz

bliskie im osoby. Ta grupa klientów posiada oraz zna swoje prawa. Prawa te dla osiągnięcia wymiernych efektów procesu TQM powinny być uwzględniane przez placówkę zdrowotną na każdym z etapów planowania, realizowania czy kontroli procesu jakości [5]. Klientów wewnętrznych tworzy grupa pracowników zakładu, których zasoby wiedzy i profesjonalizmu stanowią ważny czynnik wpływający na rozwój placówki oraz budowanie trwałych relacji z pacjentami [5,15].

WYKORZYSTANIE JAKOŚCI JAKO MIERNIKA SPRAWNOŚCI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Dynamiczny rozwój prywatnych placówek zdrowotnych oraz postępujący wzrost finansowania nie zmieniają wciąż krytycznego stosunku względem systemu ochrony zdrowia. Złą ocenę wystawiają zarówno pacjenci jak i pracownicy medyczni. Mimo nawarstwiającej się krytyki wciąż brakuje badań na temat jakości w opiece zdrowotnej. Obecnie w Polsce dominuje dyskusja, która podejmuje jedynie analizę tego zjawiska, zaś nie odzwierciedla kontaktu pacjenta z placówką zdrowotną [10].

Pierwsze próby wykorzystania mierników sprawności miały miejsce w latach 80 XX-go wieku. Karta Światowej Organizacji Zdrowia- Helath for All, zawierała ok. 20 celów do osiągnięcia do 2000 roku. Wszystkie cele opisane były we wskaźniki, które tym samym stały się miernikami sprawności [28].

Ostatnie lata przyniosły wzrost zainteresowania procesami oceny sprawności systemu zdrowotnego. Podejmowanie tego rodzaju inicjatyw w wymiarze krajowym czy międzynarodowym pozwoliły ocenić jakość i sprawność nie tylko samych placówek medycznych, ale także całych systemów działających na danym obszarze [11,28].

W projekcie Health Care Quality Indicators zainicjowanym przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, określono kilkanaście cech mierników sprawności systemu ochrony zdrowia. Do najczęściej używanych do oceny działalności systemów zdrowia zalicza się [10,15]:

- Skuteczność – rozumiana jako osiąganie wymiernych efektów w danej dziedzinie ochrony zdrowia, mierzona wskaźnikami zdrowia.
- Bezpieczeństwo – skala powikłań czy niepożądanych efektów leczniczych, które da się uniknąć w danej placówce zdrowotnej.
- Jakość konsumencka (responsiveness) – umiejętność reagowania na niemedyczne potrzeby pacjentów przez placówkę zdrowotną.
- Dostępność – możliwość uzyskania świadczenia medycznego względnie łatwo i szybko.
- Równość – rozumiana jako sprawiedliwy, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Efektywność – zależność między osiąganymi efektami a przeznaczonymi na ten cel nakładami finansowymi .

Międzynarodową praktyką oceniającą sprawność działań systemów ochrony zdrowia jest zastosowanie Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia. (ECHI – Euro Health Care Indicators). Twórcy indeksu podkreślają, iż jest to narzędzie, za pomocą którego można zmierzyć efektywność oraz stworzyć ranking systemów ochrony zdrowia z perspektywy konsumenta. Podkreślenie konsumenckiego wymiaru Indeksu potwierdza tylko ogromną rolę i pozycję pacjenta, nie tylko jako głównego uczestnika systemu, ale też obserwatora a nie kiedy głównego audytora placówek zdrowotnych. Pacjenci czyli finalni konsumenci usług są obecnie kluczowym graczem na rynku zdrowia. Swoją pozycję budują oddolnie poprzez własne doświadczenia, opinie osób najbliższych, ale także w sposób profesjonalny poprzez korzystanie z informacji i doniesień naukowych. Stworzenie Indeksu Zdrowia daje możliwość konfrontowania swej dotychczasowej wiedzy z opinią innych pacjentów. Szczególnie w dobie transgranicznej opieki zdrowotnej informację na temat jakości i efektywności systemów ochrony zdrowia w państwach członkowskich Unii Europejskiej nabierają jeszcze większego znaczenia [3,10].

Wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia po raz pierwszy zostały upublicznione w 2004 roku z inicjatywy szwedzkiej grupy Health Consumer Powerhouse. Początkowe wersję składające się z 20 wskaźników, przyporządkowanych do 5 kategorii zostały w 2013 roku uzupełnione. Ostatnia wersja rankingu ECHI zawiera 48 wskaźników podzielonych na 6 kategorii (prawa pacjenta, dostępność/czas oczekiwania, wyniki leczenia, zakres i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, prewencja, farmaceutyki). Jak podkreślają twórcy raportu ECHI wybór wskaźników był kompromisem między zestawem mierników oceniających system zdrowotny przez konsumenta a dostępnością do tychże danych. Duże znaczenie ma fakt, iż ECHI składa się zarówno z „twardych” wskaźników, które standardowo służą ocenie funkcjonowania systemów zdrowotnych, jak i „miękkich”, oddających upodobania pacjentów. Warto dodać, iż Polska od kilku lat zamyka ranking państw uczestniczących w badaniu ECHI [3].

Umożliwienie porównywania jakości w obszarze opieki zdrowotnej za pomocą ECHI pozwoliło konsumentom podejmować świadome decyzję oraz działania. Organizacje krajowe, tworzące politykę zdrowotną mają okazję zapoznać się z upodobaniami klientów oraz z wynikami jakościowymi, które mogą kształtować przyszłe zmiany w zakresie ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych.

Czerpiąc z doświadczeń międzynarodowych w Polsce utworzony został Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia. Wykorzystanie Indeksu wpisuje się w działania benchmarkingu, dzięki któremu możliwe jest porównanie sprawności i jakości działania systemu ochrony zdrowia w poszczególnych województwach. Również w tym Indeksie dobrano wskaźniki, które reprezentują głównych przedstawicieli systemu ochrony zdrowia czyli obywateli/pacjentów, środowiska medycznego, a także płatnika/rządu [10].

Nadrzędnym celem Indeksu jest pomiar natężenia cech, które uznane są za pożądane w systemie ochrony zdrowia. Indeks ma charakter pewnego schematu, składającego się z trzech osi oceny, ukazujące trzy główne cele, które powinien spełniać każdy system ochrony zdrowia. Do każdej z trzech osi przyporządkowane są wymiary, które powinien posiadać dobrze funkcjonujący system zdrowotny. Tak skon-

struowany schemat zawiera następujące cele oraz wartości, o które zdaniem autorów Indeksu należy domagać się w systemie zdrowia [10]:

1. Poprawa stanu zdrowia mieszkańców, która widoczna ma być w zakresie wymiaru: prewencji chorób, zapobiegania niesprawności, zapobiegania zaostrzeniom choroby, zapobiegania zgonom.
2. Efektywna gospodarka finansowa, możliwa do oceny poprzez wymiar: efektywności alokacyjnej, efektywności ekonomicznej terapii, stanu finansów placówek medycznych, zarządzania infrastrukturą.
3. Jakość konsumencka opieki zdrowotnej, która oceniana jest w ramach wymiaru: ochrona finansowa pacjentów, czas oczekiwania na świadczenia, dostępność geograficzna opieki, satysfakcja pacjentów, system zapewniania jakości.

Przedstawione powyżej narzędzia monitorujące i oceniające sprawność systemów ochrony zdrowia składają się z różnych wskaźników oraz celów. Należy jednak zauważyć, iż wspólnym dla wszystkich Indeksów, staje się obecnie wymiar konsumenckiej oceny systemów ochrony zdrowia.

Wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa rośnie rola jakości konsumenckiej, zwłaszcza w dziedzinie ochrony czy ratowania zdrowia i życia ludzkiego. Zarówno systemy zarządzania jakością jak i narzędzia, odzwierciedlające poziom jakości poszczególnych systemów międzynarodowych czy krajowych, mają na celu podniesienie komfortu korzystania z usług medycznych, czyli obsługi i opieki nad pacjentem/klientem.

PIŚMIENNICTWO

1. Bukowska-Piestrzyńska A. Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów. Wyd. CeDeWu. Warszawa 2010: 17-18.
2. Czerw A, Religioni U i wsp. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(2): 269- 273.
3. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia. 2015. Health Consumer Powerhouse 26.01.2016.
4. Fesler – Birth M.D. Perioperative Nurses Ability to Think Critically. *Quality Management in Health Care*. 2010; 19(2): 137-146.
5. Frąs J. Zarządzanie jakością usług w opiece zdrowotnej. *Studia i Materiały*. 2010; 25: 88-98.
6. Griffin R. W. Podstawy zarządzania organizacjami. PWN. Warszawa 2004. 689:697.
7. Gronroos C. Service management and marketing. A customer relationship management approach. John Wiley & Sons. Chichester 2001: 67.

8. Grześkiewicz W. Kultura organizacyjna narzędziem zarządzania organizacją. *Antidotum* 2002; 10:67-72.
9. Hołub J. Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych. *Przegląd Organizacji*. 2001. 6: 36.
10. Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia. Kwiecień 2015. www.dane-i-analizy.pl 14.02.2018.
11. Joint Commission, 2014. [Online]. Available: <http://www.jointcommission.org/>. 15.02.2018.
12. Korczyńska A. The quality of medical services and methods of measurement. *Annales Acadamiae Medicae Silesinesis*. 2012; 66(5): 67-70.
13. Kowalczyk K, Krajweska-Kuła E i wsp. Jakość usług medycznych –aktualne wyzwania. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 1(1):79-82.
14. Krot K. Jakość i marketing usług medycznych. ABC a Wolters Kluwer business. Warszawa. 2008: 13.
15. Kunecka D. Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91(3): 451-457.
16. Lewandowski R. Aktualne wyzwania w zarządzaniu podmiotami gospodarczymi. *Przedsiębiorczość i zarządzania*. 2012; 13(1):47-61.
17. Ljungström M, Klefsjö B. Implementation obstacles for workdevelopment – oriented TQM strategy. *Total Quality Management*. 2002; 13(5): 621-634.
18. Maciąg A, Sakowska I. Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW*. 2006; 1: 50-62.
19. Nęcki Z, Kęsy M. Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2013: 65-67.
20. Norma PE-EN ISO , 9000:2001, www.centrum.jakosc.pl, 14.02.2018
21. Opolski K, Dykowska G, Możdżonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Wydawnictwo CeDeWu. Warszawa 2003: 19-21.
22. Opolski K., Waśniewski K. Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych. Wydawnictwo CeDeWu. Warszawa. 2011: 9.
23. Słownik języka polskiego. Tom I. PWN. Warszawa 1988.
24. Staszewski R, Kautsch M. Jakość i zarządzania jakością [w:] Zarządzania w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Kautsch M. (red). Wolters Kulwer. Warszawa 2010: 313.
25. Steć A, Wołyniak M, Wdowiak L. Satysfakcja pacjentów z usług świadczonych przez wybrane niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88(3): 272-276.
26. Waszkiewicz A, Białecka B. Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta. *Zeszyty naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i zarządzania z. 63a*. 2012; 1891: 259- 273..

*Grażyna Nowak - Starz, Marta Siwek, Agata Salwa, Anna Babiarz,
Monika Bujnowska, Agnieszka Strzelecka, Tomasz Wójcik, Kamil Markowski*
Rola jakości usług medycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia

27. WHO, Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia za WHO, Copenhagen, 1999.

STRESZCZENIE

Jakość świadczeń medycznych jest jednym z głównych problemów funkcjonowania współczesnej opieki zdrowotnej. Coraz częściej placówki medyczne, dbając o jakość usług medycznych bazują na finalnym konsumencie tych usług – pacjencie oraz podporządkowują usługi zdrowotne do jego wymagań czy oczekiwań. W celu zagwarantowania pacjentom właściwego komfortu i jakości opieki placówki realizują proces zarządzania jakością. Tworzenie właściwych zasobów kadry medycznej oraz relacji z pacjentami wpływa na rozwój placówki oraz jest gwarantem rynkowego sukcesu.

ABSTRACT

The quality of medical services is one of the main problems of modern health care system. Increasingly medical facilities ensuring the quality of medical services are based on the final consumer of those services – patient - and make health services to his requirements or expectations. In order to guarantee patient comfort and quality care health facilities realise total quality management process. The creation of appropriate medical staff and relationship with patients affects the development of the medical facility and they guarantee success.

Artykuł zawiera 27819 znaków ze spacjami