

Krzysztof SKOWRON
Aleksandra MOCIGEMBA
Paulina OSIAL
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

JAKOŚĆ OBSŁUGI PACJENTA WE WSPÓŁCZESNYM PODMIOCIE LECZNICZYM NA PRZYKŁADZIE SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 6 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA IM. JANA PAWŁA II

Streszczenie. Jakość staje się jednym z zasadniczych elementów skuteczności funkcjonowania placówki ochrony zdrowia na konkurencyjnym rynku. Głównym celem artykułu jest prezentacja oceny jakości obsługi pacjenta na przykładzie wybranego podmiotu leczniczego. Problematyka badawcza skupia się przede wszystkim wokół czasu oczekiwania na rejestrację i przeprowadzenie badania, sposobu odnoszenia się personelu lekarskiego i pielęgniarskiego do pacjenta i rodziców, a także na dostępności do sanitariatów i świetlicy. W prowadzonym badaniu wykorzystano pierwotne (ankieta) i wtórne (materiały wewnętrzne) źródła danych. Badaną zbiorowość stanowią pacjenci wskazanego podmiotu leczniczego.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, jakość, jakość usługi medycznej, zarządzanie podmiotem leczniczym

QUALITY OF THE PATIENT SERVICE IN CONTEMPORARY
HOSPITAL ON THE EXAMPLE OF SELF PUBLIC CLINICAL
HOSPITAL No. 6 OF SILESIA MEDICAL UNIVERSITY
IN KATOWICE SILESIA HEALTH CENTER CHILD
NAME JOHN PAUL II

Abstract. Quality becomes one of the essential elements of effective functioning of the health care facilities in a competitive market. The main purpose of this article is to assess the quality of patient care for a selected entity hospital. The issue of research focuses primarily on the waiting time for registration and examination, a way of relating to medical and nursing staff to patients and parents, as well as the availability of toilets and common room. The conducted study used primary (questionnaire) and secondary materials (internal) data sources. The study community are the patients indicated entity hospital.

Keywords: hospital, quality, quality of medical services, the management in the health care units

1. Wprowadzenie

Jednym z wyznaczników skuteczności podmiotu leczniczego jest wyróżnik jakości, na który zwracają w szczególności uwagę S. Skowron i J. Dziwulski¹. W obecnej rzeczywistości, w świetle zmieniających się potrzeb rynku oraz rosnących wymagań pacjentów, jakość staje się jednym z zasadniczych elementów skuteczności funkcjonowania placówki ochrony zdrowia w aspekcie problemów zarządzania taką jednostką. Ostatnie lata przyniosły wiele zmian w tym obszarze. Mając to na względzie, A. Maciąg podkreśla, że dotychczasowe przekształcenia – między innymi w sferze zwiększenia oczekiwań ze strony pacjentów, możliwości wyboru placówki medycznej, dzięki wzrostowi liczby szpitali niepublicznych czy wydłużeniu średniej czasu życia – spowodowały istotne zmiany w sferze skuteczności².

¹ Zob. Skowron S., Dziwulski J.: Efektywność ochrony zdrowia w świetle zasad i funkcji współczesnego zarządzania, [w:] Krajewski K., Wójtowicz M. (red.): Skuteczne zarządzanie placówką medyczną. Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001, s. 76.

² Szerzej Maciąg A.: Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych. Medica Press, Bielsko-Biała 2007, s. 23.

Pojęcie „jakości” w ochronie zdrowia jest trudne do zdefiniowania, zwłaszcza w odniesieniu do usług zdrowotnych, które cechuje słaby poziom wymierności, wysoki poziom zróżnicowania oraz nierozzerwalność³. W związku z tym warto podkreślić, że jakość usług medycznych kształtują pewne cechy, wartości oraz czynniki, mające na celu maksymalizację skuteczności działania. W takim znaczeniu definicję jakości przedstawił A. Donabedian, który przez wiele lat zajmował się problematyką jakości w służbie zdrowia. Postrzegał on kwestię jakości w ochronie zdrowia przez pryzmat dostępności, ciągłości, koordynacji i skuteczności – nie skupiając się przy tym na typowych wymiarach jakości: technicznym, nietechnicznym i środowiskowym⁴.

Inaczej kwestię jakości rozpatruje D. Waters, widząc ją jako zdolność do zaspokojenia, a czasem nawet przewyższania potrzeb klienta – pacjenta. W swoich rozważaniach rozpatruje jakość w kategorii funkcji menedżerskiej, odpowiedzialnej za wszystkie aspekty związane z jakością produktu – usługi: uważa on, że konkurowanie na rynku usług medycznych odbywa się w trzech aspektach: ceny, jakości oraz obsługi. O ile dwa pierwsze aspekty stanowią niezbędny warunek zdobycia przewagi konkurencyjnej, o tyle trzeci – obsługa – decyduje o sukcesie bądź porażce rynkowej. Cytowany autor zwraca też szczególną uwagę na korzyści, jakie niesie ze sobą wyróżnik jakości usług medycznych. Mianowicie, daje on podmiotom leczniczym lepszą reputację, „dobry marketing” osiągany mniejszym kosztem, lepszą dostępność, długoterminową zyskowność oraz obniżkę kosztów⁵. Z kolei R.S. Maxwell definiuje jakość usług zdrowotnych jako powiązanie sześciu elementów – dostępności, odpowiedniości, ciągłości, skuteczności, wydajności i satysfakcji⁶.

Jedną ze współczesnych koncepcji jakości, mającą szczególne odniesienie do podmiotów leczniczych, jest propozycja Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością (ang. *European Foundation for Quality Management*) – model EFQM, który zakłada kompleksowy i regularny przegląd działań podejmowanych przez organizację wraz z analizą stopnia przewidywanych rezultatów. Zakłada się przy tym, że podmiot można przedstawić za pomocą czynników i wyników, a podstawowym narzędziem punktacji, stosowanym w procesie oceny, jest RADAR, składający się z następujących elementów: rezultatów (ang. *Results*), podejścia (ang. *Approach*), rozwoju (ang. *Deployment*), oceny (ang. *Assessment*) oraz przeglądu

³ Zob. Skowron K.: Innowacyjność usług medycznych na przykładzie miasta Bytom, [w:] Biały W., Midor K. (red.): Systemy wspomaganie w inżynierii produkcji. Innowacyjność, jakość, zarządzanie. P.A. Nova, Gliwice 2013, s. 127. Szerzej na temat usług medycznych piszą: Mudie P., Cottam A.: Usługi. Zarządzanie i marketing. PWN, Warszawa 1998; Payne A.: Marketing usług. PWE, Warszawa 1996; Pluta-Olearnik M.: Marketing usług. PWE, Warszawa 1994; Styś A. (red.): Marketing usług. Akademia Ekonomiczna, Wrocław 1996.

⁴ Szerzej Lisiecka K. (red.): Zarządzanie jakością usług zdrowotnych. IPiSS, Warszawa 2003, s. 23 oraz Kulik T.B., Latański M. (red.): Zdrowie Publiczne. Czelej, Lublin 2002, s. 119.

⁵ Zob. np.: Waters D.: Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi. PWN, Warszawa 2007.

⁶ Szerzej Opolski K., Dykowska G., Moździoń M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. Pedetu, Warszawa 2003, s. 34., cyt. za: Trąbka W. (red.): Szpitalne systemy informatyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999.

(ang. *Review*). Model ten wskazuje, że każdy podmiot leczniczy powinien definiować wyniki jako oczekiwane i planowane efekty oraz rozwijać odpowiednie metody ich pomiaru i oceny, a także dokonywać przeglądów ich efektywności⁷.

Spośród wielu definicji, określających istotę jakości usług zdrowotnych, najbardziej akceptowalna jest opracowana przez Amerykański Instytut Medyczny. Przyjęto w niej, że jakość to „zakres, w jakim świadczenia zdrowotne udzielane jednostkom i populacjom zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnego efektu zdrowotnego i są zgodne z aktualną wiedzą profesjonalną”⁸.

W świetle przytoczonych ujęć należy dodać, że dzięki zmianom w ustawodawstwie z zakresu prawa medycznego, w tym zwłaszcza dotyczących działalności podmiotów leczniczych oraz powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego czy o zawodzie lekarza⁹, znacznie wzrosła jakość, a przez to skuteczność, działania tych jednostek, a ich misja w dużym stopniu uzależniona została właśnie od jakości¹⁰. Co więcej, wzrosła również rola i świadomość samych pacjentów, ich wymagania i oczekiwania. W konsekwencji dostrzeżono zależność między sukcesem zakładu a jakością świadczonych w nim usług. Jakość stała się zatem nie tylko jednym z elementów kreowania wizerunku, ale również wyznacznikiem skuteczności.

Zapewnienie wysokiej jakości przy odpowiednim koszcie usługi wymaga planowego i systemowego działania, dającego pewność, że usługa spełnia wszystkie wymagania jakościowe (potwierdzone odpowiednimi dokumentami). Według M. Lisieckiej-Bielanowicz mechanizmem zapewniającym jakość usług w systemie ochrony zdrowia może być m.in.:¹¹

⁷ Szerzej na ten temat: Frąs J. (red.): Zarządzanie jakością usług w instytucjach publicznych. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2008, s. 63. Więcej na ten temat: Bukowska-Piastrzyńska A.: Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów. CeDeWu, Warszawa 2013, s. 53.

⁸ Por. Friedman M.A.: Issues In Measuring and Improving Health Care Quality. “Health Care Financing Review”, Vol. 16, No. 4, 1995, p. 1-14. Więcej na ten temat: Bukowska-Piastrzyńska A.: op.cit., s. 52.

⁹ Por.: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm., Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza. Dz.U. Nr 28, poz. 152, z późn. zm. oraz Ustawa z dnia 1 stycznia 1999 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.

¹⁰ Szerzej na ten temat Mociąg A.: op.cit., s. 23.

¹¹ Więcej pisze o tym Lisiecka-Bielanowicz M.: Wybrane koncepcje zapewnienia jakości usług zdrowotnych, [w:] Frąckiewicz L., Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Polityka społeczna wobec reform. Akademia Ekonomiczna, Katowice 1999, s. 133 i n. Szerzej na temat koncepcji zarządzania jakością oraz TQM: Skowron K.: TQM źródłem przewagi konkurencyjnej szpitala – studium przypadku. Zeszyty Naukowe, s. Organizacja i Zarządzanie, z. 44. Politechnika Śląska, Gliwice 2008; Skowron K.: Kompleksowe zarządzanie jakością na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, [w:] Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.): Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu. Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2006.

- akredytacja wg programu Rady Akredytacyjnej przy Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie,
- certyfikacja wg norm International Standard for Organisation (ISO) serii 9000,
- program Total Quality Management (TQM) – kompleksowego zarządzania jakością.

2. Metodyka badań

Głównym celem prowadzonych badań jest ocena jakości obsługi pacjenta, w tym szczegółowa analiza opinii rodziców lub opiekunów młodych pacjentów przebywających na oddziałach w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II to Szpital w całości dedykowany dzieciom i ich problemom zdrowotnym. Szpital działa od 1994 roku, kiedy to otwarto pierwszą w południowej Polsce Pracownię Rezonansu Magnetycznego. Po ponad 30 latach od powstania koncepcji budowy specjalistycznego szpitala dla dzieci z regionu, 29 maja 1999 roku odbyło się uroczyste, oficjalne otwarcie Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki. Na tamten moment funkcjonowała jedynie tzw. „część niska” Szpitala. Przekazanie części „wysokiej” odbyło się w 2000 roku. Oddano wówczas do użytkowania 10-kondygnacyjny budynek główny, w którym mieszczą się dzisiejsze kliniki i oddziały. Z ówczesnej Śląskiej Akademii Medycznej przeniesione zostały takie jednostki organizacyjne, jak: Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Klinika Pediatrii, Klinika Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, Klinika Chirurgii Dziecięcej, Klinika Kardiochirurgii Dziecięcej oraz Klinika Kardiologii Dziecięcej. Ponadto utworzono: Oddział Laryngologii oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy. Pozostałą część Szpitala tworzyły: Zakład Diagnostyki Obrazowej, Apteka Szpitalna, Laboratorium Analityczne oraz Zespół Poradni Specjalistycznych.

Obecnie Centrum obejmuje opieką populację wieku rozwojowego, świadcząc porady ambulatoryjne w 30 poradniach specjalistycznych, prowadząc diagnostykę i terapię stacjonarną w 16 oddziałach szpitalnych. W przypadku nagłych zachorowań kompetentnej pomocy udziela Szpitalny Oddział Ratunkowy dla dzieci. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka rocznie hospitalizuje ok. 17 000 pacjentów, udziela 80 000 specjalistycznych porad ambulatoryjnych i 17 000 świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Dla realizacji głównego celu badań przyjęto następujące cele cząstkowe:

- określenie pozytywnych i negatywnych zachowań personelu oraz ich wpływ na poziom satysfakcji pacjenta z pobytu w szpitalu,
- analizę jakości obsługi,
- analizę postawy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego,
- analizę wyposażenia i warunków panujących na oddziałach,
- zdefiniowanie podstawowych problemów, mających wpływ na obniżenie poziomu zadowolenia pacjentów.

Przyjęto następujące problemy badawcze:

- czas oczekiwania na rejestrację,
- czas oczekiwania na przeprowadzenie badania,
- sposób odnoszenia się personelu lekarskiego i pielęgniarskiego do pacjenta,
- sposób postępowania personelu lekarskiego do rodziców pacjenta,
- dostępność do sanitariatów,
- dostępność do świetlicy,
- możliwości pozostania rodzica z pacjentem.

W badaniu przyjęto następujące hipotezy badawcze:

- H₁: *Krótki czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala wpływa na jakość podmiotu leczniczego.*
- H₂: *Na jakość obsługi pacjenta wpływa efektywna organizacja personelu medycznego w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia dzieci.*
- H₃: *Indywidualne podejście do pacjenta poprawia jakość usługi medycznej.*
- H₄: *Formalności nie wpływają na szybką pomoc medyczną.*
- H₅: *Na jakość pobytu w szpitalu wpływa wyposażenie sal, czystość, higiena oraz jakość posiłków, a także wyposażenie sali zabaw i świetlicy.*
- H₆: *W badanym podmiocie leczniczym informacje udzielane są w sposób zrozumiały zarówno dla pacjenta, jak i rodzica.*
- H₇: *Sposób pracy pielęgniarek wpływa negatywnie na jakość obsługi pacjenta.*
- H₈: *Skuteczne działania kadry zarządzającej przy wypisie ze szpitala pozytywnie wpływają na jakość obsługi pacjenta.*

W prowadzonym badaniu wykorzystano pierwotne (ankieta) i wtórne (materiały wewnętrzne) źródła danych. Badaną zbiorowość stanowią pacjenci Górnośląskiego Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Katowicach, którzy są lub byli pacjentami szpitala. W badaniu wzięło udział 30 osób: są to pacjenci oczekujący w Zespole Poradni Specjalistycznych. Taki dobór próby pozwolił na zbadanie pacjentów przebywających wcześniej (lub obecnie) na różnych oddziałach.

Kwestionariusz ankiety składa się z następujących części: części wstępnej, pytań właściwych, skierowanych do respondentów oraz części końcowej – metryczki wraz z podziękowaniami za udział w badaniach.

W części wstępnej zawarto informacje na temat placówki, w której zostaną przeprowadzone badania oraz wprowadzenie dla respondentów.

Pytania właściwe zostały podzielone trzy główne sekwencje: pytania zadawane w celu zainteresowania respondenta rozpoczętym wywiadem – umieszczane na początku każdego kolejnego zestawu pytań, pytania o opinię, fakty i wiedzę – odnoszące się do sposobu postrzegania przez respondenta pewnych faktów, procesów czy zjawisk oraz do ich oceniania podczas pobytu w szpitalu (w tym przyjęcie do oddziału, warunki/samopoczucie podczas pobytu w oddziale, opieka lekarska, opieka pielęgniarska, salowe/sanitariusze, dostęp do informacji i wsparcie itp.) oraz pytania opiniujące i oceniające proces wypisu ze szpitala, a także ogólnego pobytu w szpitalu, które zostało zawarte w pytaniu otwartym, do samodzielnej wypowiedzi respondenta.

W zakończeniu opisywanego narzędzia badawczego zawarte zostało podziękowanie, skierowane do respondentów za wzięcie udziału w badaniach.

3. Analiza badań empirycznych

Badania właściwe zostały poprzedzone badaniem pilotażowym w dniu 21.12.2015 roku. Uczestniczyła w nim grupa 15 respondentów. Głównym celem badania było sprawdzenie poprawności procedury badawczej oraz zebranie uwag i wniosków dotyczących konstrukcji oraz zakresu merytorycznego kwestionariusza ankiety. Respondenci wykazali duże zainteresowanie tematyką, z łatwością udzielali odpowiedzi na zadawane pytania, byli zadowoleni z samego faktu przeprowadzenia ich oraz niezwykle ciekawi wyników ankiety. Badania przeprowadzone zostały pomyślnie, w związku z czym nie wprowadzono żadnych zmian w kwestionariuszu.

Badanie właściwe, przeprowadzone na próbie liczącej 30 respondentów, odbyło się 23.12.2015 roku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Udział w nim wzięli rodzice lub opiekunowie dzieci oczekujących na przyjęcie. Czas, który został poświęcony na to, sprawił, że respondenci zapomnieli o czasie przyjęcia ich dziecka. Badanie przeprowadzono bez jakichkolwiek zarzutów, efektywnie i skutecznie. Ankiety zostały wypełnione rzetelnie przez wszystkie osoby poproszone do ich wypełnienia. Stopień zwrotu wyniósł 100%.

W przeprowadzonych badaniach udział wzięło 30 respondentów. Uczestnikami ankiety byli za każdym razem mieszkańcy województwa śląskiego, 90% stanowiły kobiety

(27 osób), a 10% mężczyźni (3 osoby). Biorąc pod uwagę wykształcenie: 12% respondentów (4 osoby) stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym, 67% respondentów (20 osób) stanowiły osoby z wykształceniem średnim, a 21% respondentów (6 osób) to osoby z wykształceniem wyższym. Wiek respondentów kształtował się następująco: 27% (8 osób) przynależało do grupy wiekowej od 18 do 25 roku życia, 57 % (17 osób) należało do grupy wiekowej od 26 do 39 roku życia, a 16% (5osób) – od 40 do 50 roku życia.

Tabela 1

Rozkład odpowiedzi H₁

1	Proszę podać czas oczekiwania na przyjęcie:	1 h 23 min	
		TAK [%]	NIE [%]
2	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z czasu oczekiwania na Izbie Przyjęć?	17	83
3	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z warunków na Izbie Przyjęć (poczekalnia, gabinet lekarski itp.)?	87	13
4	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z pracy lekarzy i personelu medycznego na Izbie Przyjęć?	90	10

Źródło: Opracowanie własne.

Średni czas oczekiwania na Izbie Przyjęć wynosi 1h 23min. Niezadowolonych z czasu oczekiwania było aż 83% ankietowanych. Nie wpłynęło to jednak negatywnie na poziom zadowolenia z pracy lekarzy i personelu medycznego, ponieważ zadowolonych było 87% badanych. Warunki i wyposażenie na Izbie przyjęć pozytywnie oceniło aż 90% ankietowanych. Można więc wnioskować, iż krótki czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala wpływa pozytywnie na jakość podmiotu leczniczego, a zatem hipoteza badawcza nr 1 została zweryfikowana pozytywnie.

Tabela 2

Rozkład odpowiedzi H₂

		TAK [%]	NIE [%]
1	Czy lekarze byli dostępni w razie natychmiastowej potrzeby?	80	20
2	Czy lekarze szybko reagowali na wezwanie?	63	37
3	Czy udzielono informacji o rodzaju planowanych zabiegów/operacji?	77	23
4	Czy zostało okazane zrozumienie przez lekarzy?	87	13

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki obrazujące organizację personelu medycznego w sytuacji konieczności szybkiego reagowania oraz presji czasu i stresu rodzą pytanie: czy powinno dochodzić do sytuacji, kiedy chociaż jedno dziecko jest zagrożone, a lekarz nie jest dostępny? Negatywnie oceniło to pytanie 20% rodziców. Czas reakcji lekarzy na wezwanie negatywnie oceniło aż 37% ankietowanych. Z brakiem wiedzy spowodowanej nieprzekazaniem jej przez lekarzy na temat planowanych zabiegów lub operacji zgadza się 23% rodziców. Znacznie lepiej wypada okazanie zrozumienia przez lekarzy, ponieważ aż 87% ankietowanych uznało, iż lekarze takie zrozumienie okazują. Należy tu jednak podkreślić, że personel medyczny powinien zadbać

o lepsze wyniki. Analizując powyższe wyniki, można uznać, iż hipoteza badawcza nr 2 została zweryfikowana pozytywnie.

Tabela 3

Rozkład odpowiedzi H₃

		TAK [%]	NIE [%]
1	Czy przedstawiono Panu(i) lekarzy sprawujących opiekę nad dzieckiem?	63	37
2	Czy udzielono wyczerpujących informacji na temat choroby dziecka i ewentualnych powikłań?	87	13
3	Czy został przeprowadzony wywiad?	93	7
4	Czy zadbano o zachowanie intymności pacjenta?	70	30
5	Czy okazane zainteresowanie pacjentem było wystarczające?	87	13
6	Czy personel zachowywał kulturę i grzeczność?	93	7

Źródło: Opracowanie własne.

W przeprowadzonym badaniu bardzo dobrze wypadły pytania dotyczące indywidualnego podejścia do pacjenta. Ankietowani są zdecydowanie zadowoleni ze sposobu przekazywania informacji, dotyczących choroby dziecka i ewentualnych powikłań; uznają oni również za zrozumiałe i wystarczające wyjaśnienia na ten temat. Nieznaczna część, bo zaledwie 7%, przyznała, iż nie został przeprowadzony z nimi wywiad, który może mieć kluczowe znaczenie w leczeniu. Lekarze według rodziców i opiekunów w 87% okazują wystarczające zainteresowanie pacjentem oraz wyraźnie zachowują kulturę i grzeczność (93%). Można więc wnioskować, iż indywidualne podejście do pacjenta poprawia jakość usługi medycznej, a zatem hipoteza badawcza nr 3 została zweryfikowana pozytywnie.

Tabela 4

Rozkład odpowiedzi H₄

		TAK [%]	NIE [%]
1	Czy została udzielona najpierw pomoc medyczna, a następnie uzupełnienie formalności?	0	100
2	Czy wymagano od Pana(i) jakichkolwiek dodatkowych dokumentów dotyczących zdrowia lub ubezpieczenia dziecka?	3	97
3	Czy odmówiono leczenia ze względu na brak jakichkolwiek dokumentów?	7	93

Źródło: Opracowanie własne.

Niestety, wymogi biurokratyczne przeważają w pracy szpitala. W każdym z przypadków dopiero po uzupełnieniu formalności została udzielona pomoc medyczna. Warto jednak podkreślić, że szpital nie wymagał od pacjentów dodatkowych dokumentów oraz nie odmawia leczenia ze względu na ich brak. Można więc wnioskować, że stwierdzenie, iż formalności nie wpływają na szybką pomoc medyczną, jest błędne.

Tabela 5

Rozkład odpowiedzi H₅

		TAK [%]	NIE [%]
1	Czy w sali, w której przebywało Pana(i) dziecko, była dostępna umywalka?	100	0
2	Czy w sali, w której przebywało Pana(i) dziecko, była dostępna toaleta?	87	13
3	Czy sala, w której przebywało Pana(i) dziecko, była czysta?	80	20
4	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z czystości bielizny pościelowej?	87	13
5	Czy sanitariaty, z których korzystało Pana(i) dziecko, były czyste?	83	17
6	Czy na oddziale, w którym przebywało Pana(i) dziecko, był dostęp do TV?	23	77
7	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z jakości serwowanych posiłków?	43	57
8	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z ustalonej pory odwiedzin?	63	37
9	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z jakości wyposażenia świetlicy (gry, kredki, książki itp.)	83	17

Źródło: Opracowanie własne.

W kwestii warunków socjalno-bytowych, jakie panują w szpitalu, oraz jego wyposażenia ankietowani nie mają wiele zastrzeżeń. Umywalki znajdują się we wszystkich salach, lecz nie we wszystkich jest toaleta, z czym zgadza się 87% ankietowanych. Czystość w sanitariatach to z pewnością mocna strona szpitala. Rodzice i opiekunowie dzieci stwierdzili jednak, iż telewizory, które znajduje się w świetlicach, to zdecydowanie za mało. 77% z nich odpowiedziało, iż dostęp do TV jest zbyt mały. Ankietowani mają dość podzielone zdanie w kwestii jakości posiłków serwowanych w szpitalu: 43% jest zadowolona z ich jakości, natomiast pozostałe 57% rodziców jest odmiennego zdania. Dla rodziców ważnym aspektem jest wyposażenie świetlic – 83% respondentów uznało, iż są one wyposażone dostatecznie, co jest niezwykle ważne w oderwaniu dzieci od zabiegów i codziennej rutyny szpitalnej. Na podstawie powyższych danych można uznać, iż stwierdzenie, że na jakość pobytu w szpitalu wpływa wyposażenie sal, czystość, higiena oraz jakość posiłków, a także wyposażenie sali zabaw i świetlicy jest w pełni uzasadnione.

Tabela 6

Rozkład odpowiedzi H₆

		TAK [%]	NIE [%]
1	Czy uważa Pan(i), że lekarze byli zawsze dostępni, gdy chciał(a) Pan(i) zasięgnąć informacji w sprawie zdrowia dziecka?	23	77
2	Czy zostały Panu(i) przekazane informacje o przebiegu choroby?	77	23
3	Czy Pana(i) dziecku zostało okazane przez lekarzy zainteresowanie i zrozumienie?	57	43
4	Czy lekarz odpowiadał na pytania dziecka?	43	57
5	Czy rozumiał(a) Pan(i) wszystkie informacje przekazywane przez lekarzy?	63	37

Źródło: Opracowanie własne.

Ocena lekarzy, jak i reszty personelu, ma bardzo duże znaczenie dla ogólnej satysfakcji pacjentów. Niestety, okazuje się, że lekarze nie byli dostępni zawsze, gdy rodzic bądź opiekun potrzebował informacji – uważa tak 77% ankietowanych. Warto jednak podkreślić,

iz brak dostępności nie wpłynął negatywnie na przekazywanie informacji o przebiegu choroby, co potwierdza 77% rodziców. W dalszej kolejności 57% ankietowanych twierdzi, że lekarz okazuje dziecku zainteresowanie i zrozumienie i w 43% odpowiada na pytania dziecka. Podkreślić należy, że jedynie około 2/3 respondentów rozumie wszystkie informacje przekazywane im przez lekarzy. Na podstawie uzyskanych danych można jednak wnioskować, że twierdzenie, iż w badanym podmiocie leczniczym informacje udzielane są w sposób zrozumiały zarówno dla pacjenta, jak i rodzica, jest błędne, ponieważ zaledwie średnio 60% informacji jest zrozumiała dla świadczeniobiorców.

Tabela 7

Rozkład odpowiedzi H₇

		TAK [%]	NIE [%]
1	Czy uważa Pan(i), że pielęgniarki są uprzejme dla pacjentów?	67	33
2	Czy uważa Pan(i), że pielęgniarki reagują na prośby chorych?	37	63
3	Czy uważa Pan(i), że pielęgniarki są dostępne zawsze w razie potrzeby?	40	60
4	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z szybkości reagowania pielęgniarek na wezwanie?	37	63

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań można uznać, iż najgorzej wśród wszystkich postawionych hipotez badawczych wypadła jakość pracy pielęgniarek w szpitalu: 67% ankietowanych uznało, co prawda, że pielęgniarki są uprzejme, ale analiza pozostałych wyników wskazuje, że personel pielęgniarski nie stanowi mocnej strony szpitala. Zaledwie 37% rodziców przyznało, że pielęgniarki reagują na prośby chorych, a 40%, że są dostępne w razie potrzeby. Z szybkości reagowania na wezwanie jest zadowolonych zaledwie 37%. W tym zakresie stwierdzenie, iż sposób pracy pielęgniarek wpływa negatywnie na jakość obsługi pacjenta, jest w pełni zasadne.

Tabela 8

Rozkład odpowiedzi H₈

		TAK [%]	NIE [%]
1	Czy otrzymał(a) Pan(i) dokumentację medyczną: kartę informacyjną/recepty?	100	0
2	Czy przy wypisie otrzymał(a) Pan(i) informację o sposobie leczenia, jego kontynuacji lub ewentualnej rehabilitacji?	90	10
3	Czy przy wypisie otrzymał(a) Pan(i) zalecenia dotyczące ewentualnej diety lub trybu życia?	87	13

Źródło: Opracowanie własne.

Bardzo pozytywne jest, że 100% pacjentów oświadczyło, iż otrzymało pełną dokumentację medyczną. Duża liczba respondentów (90%) zadeklarowała, że została poinformowana o przebytych leczeniu, jego kontynuacji i ewentualnej dalszej rehabilitacji. Tylko nieliczna grupa badanych (13%) uznała, że nie uzyskała zaleceń odnoszących się do diety i dalszego trybu życia. Podsumowując, można uznać, że procedura wypisu ze szpitala

jest bardzo pozytywnie oceniana przez respondentów, co potwierdza ostatnią z postawionych hipotez badawczych, mówiącą o tym, że skuteczne działania kadry zarządzającej przy wypisie ze szpitala pozytywnie wpływają na jakość obsługi pacjenta.

4. Wnioski

Podsumowując, przeprowadzone badania, mające na celu ocenę jakości obsługi pacjenta w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II, potwierdziły powszechną dobrą opinię na temat badanego podmiotu leczniczego. Zdecydowana większość respondentów oceniła szpital pozytywnie co do warunków panujących w tej placówce oraz sprawowanej opieki medycznej. Duże zastrzeżenia respondentów dotyczą Izby Przyjść – w szczególności czasu oczekiwania na przyjęcie (średnia 1h 23 min). Chociaż praca w tym miejscu organizowana jest w taki sposób, aby na pierwszym miejscu stawiać dobro i zdrowie pacjenta, to formalności, jakimi jest obciążony personel medyczny, wydłużają czas oczekiwania. Wszystkie prowadzone tutaj czynności muszą być skrupulatnie udokumentowane.

Ważny jest fakt, że rodzice pacjentów nie mieli większych zastrzeżeń co do pobytu ich dzieci na oddziałach szpitalnych. Wysoko ocenione zostały warunki w szpitalu – zarówno sale, jak i wyposażenie świetlic. Powszechnie wiadomo, że szpital nie jest miejscem, w którym zarówno rodzice, jak i mali pacjenci czują się komfortowo. Dzięki wyposażeniu świetlic w gry planszowe, kredki, maskotki, klocki czy książki młodzi pacjenci podczas wspólnych zabaw choć na chwilę mogą zapomnieć o swoich problemach ze zdrowiem.

Niestety, należy zaznaczyć, iż pielęgniarce i ich praca zdecydowanie nie są mocną stroną szpitala. Ankietowani wskazywali przede wszystkim brak reakcji na ich prośby. Można to łączyć z syndromem *burnout* – wypalenie zawodowe jest tutaj całkiem naturalnym zjawiskiem. Praca w szpitalu jest bowiem bardzo wymagająca i wyczerpująca. Pracownicy szpitala na co dzień spotykają się z chorobą, cierpieniem, śmiercią, co może doprowadzić do tego, że w pewnym momencie stają się obojętni, zaczynają wykonywać swoją pracę mechanicznie, traktując pacjentów przedmiotowo. Z drugiej strony przyczyną złej pracy pielęgniarek może być ich niewspółmierna ilość w stosunku do liczby obsługiwanych pacjentów. Często są one przemęczone oraz obciążone taką ilością obowiązków, że wymogi formalne i zadania zlecone przez kierownictwo przewyższają dobro pacjenta. Z pewnością jest to zagadnienie warte podjęcia dalszych badań.

Najlepiej natomiast zostały ocenione procedury wypisu ze szpitala. Wszyscy respondenci otrzymali niezbędną dokumentację medyczną oraz potrzebne recepty. Jednocześnie wszystko

to odbywało się szybko, bez dodatkowych formalności. Analiza wyników wykazała, że znaczna większość pacjentów ocenia szpital dobrze.

Reasumując, można uznać, że główny cel badawczy oraz cele cząstkowe zostały zrealizowane. Zweryfikowano również wszystkie postawione w badaniu hipotezy badawcze, z czego twierdzenia H₁ (*Krótki czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala wpływa na jakość podmiotu leczniczego*), H₂ (*Na jakość obsługi pacjenta wpływa efektywna organizacja personelu medycznego w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia dzieci*), H₃ (*Indywidualne podejście do pacjenta poprawia jakość usługi medycznej*), H₅ (*Na jakość pobytu w szpitalu wpływa wyposażenie sal, czystość, higiena oraz jakość posiłków, a także wyposażenie sali zabaw i świetlicy*), H₇ (*Sposób pracy pielęgniarek wpływa negatywnie na jakość obsługi pacjenta*) oraz H₈ (*Skuteczne działania kadry zarządzającej przy wypisie ze szpitala pozytywnie wpływają na jakość obsługi pacjenta*) zostały zweryfikowane pozytywnie, natomiast hipotezy nr H₄ (*Formalności nie wpływają na szybką pomoc medyczną*) oraz H₆ (*W badanym podmiocie leczniczym informacje udzielane są w sposób zrozumiały zarówno dla pacjenta, jak i rodzica*) – negatywnie. Dodać należy, że uzyskane w przeprowadzonym badaniu wyniki i wnioski z pewnością mogą być punktem wyjścia do realizacji kolejnych zamierzeń badawczych autorów.

Bibliografia

1. Bukowska-Piastryńska A.: Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów. CeDeWu, Warszawa 2013.
2. Frąś J. (red.): Zarządzanie jakością usług w instytucjach publicznych. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2008.
3. Friedman M.A.: Issues In Measuring and Improving Health Care Quality. "Health Care Financing Review", Vol. 16, No. 4, 1995.
4. Kulik T.B., Latański M. (red.): Zdrowie Publiczne. Czelej, Lublin 2002.
5. Lisiecka K. (red.): Zarządzanie jakością usług zdrowotnych. IPiSS, Warszawa 2003.
6. Lisiecka-Bielanowicz M.: Wybrane koncepcje zapewnienia jakości usług zdrowotnych, [w:] Frąckiewicz L., Frąckiewicz-Wronka A. (red.): Polityka społeczna wobec reform. Akademia Ekonomiczna, Katowice 1999.
7. Mociąg A.: Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych. Medica Press, Bielsko-Biała 2007.
8. Mudie P., Cottam A.: Usługi. Zarządzanie i marketing. PWN, Warszawa 1998.
9. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. Pedetu, Warszawa 2003.

10. Payne A.: Marketing usług. PWE, Warszawa 1996.
11. Pluta-Olearnik M.: Marketing usług. PWE, Warszawa 1994.
12. Skowron K.: Innowacyjność usług medycznych na przykładzie miasta Bytom, [w:] Biały W., Midor K. (red.): Systemy wspomaganie w inżynierii produkcji. Innowacyjność, jakość, zarządzanie. P.A. Nova, Gliwice 2013.
13. Skowron K.: Kompleksowe zarządzanie jakością na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, [w:] Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.): Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu. Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2006.
14. Skowron K.: TQM źródłem przewagi konkurencyjnej szpitala – studium przypadku. Zeszyty Naukowe, s. Organizacja i Zarządzanie, z. 44. Politechnika Śląska, Gliwice 2008.
15. Skowron S., Dziwulski J.: Efektywność ochrony zdrowia w świetle zasad i funkcji współczesnego zarządzania, [w:] Krajewski K., Wójtowicz M. (red.): Skuteczne zarządzanie placówką medyczną. Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001.
16. Styś A. (red.): Marketing usług. Akademia Ekonomiczna, Wrocław 1996.
17. Trąbka W. (red.): Szpitalne systemy informatyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999.
18. Ustawa z dnia 1 stycznia 1999 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.
19. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.
20. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza. Dz.U. Nr 28, poz. 152, z późn. zm.
21. Waters D.: Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi. PWN, Warszawa 2007.