

Joanna ROSAK-SZYROCKA
Politechnika Częstochowska
Wydział Zarządzania
e-mail: asros@op.pl

SATYSFAKCJA KLIENTÓW WEWNĘTRZNYCH SZPITALA W ASPEKCIE LOJALNOŚCI

Streszczenie. W dzisiejszych realiach biznesowych satysfakcja i lojalność klientów oraz motywacja i satysfakcja pracowników firmy stanowią kluczowe elementy budowania przewagi konkurencyjnej na rynku. Głównym czynnikiem niezbędnym dla wypracowania satysfakcji klientów jest dobrze zmotywowany i usatysfakcjonowany personel danej organizacji. W artykule przedstawiono badania satysfakcji klientów wewnętrznych szpitala za pomocą ankiety BOST. Wykazano, że pracownicy są zaangażowani w sprawy szpitala, zatem można stwierdzić, że pracownicy są lojalni wobec swojego miejsca pracy.

Słowa kluczowe: pacjent, satysfakcja, usługi medyczne, szpital, lojalność, Servqual, BOST method

INTERNAL CLIENTS' SATISFACTION OF HOSPITAL IN THE LOYALTY ASPECT

Summary. The main aim of the article was to discuss the role of director and superior in the health care in Poland. Aspects relating to loyalty include both the situation of the Polish health care in terms of patients' satisfaction (Servqual), as well as in the BOST method aspect. The Servqual results an analysis showed that, among 22 quality determinants 7 was rated highest. These determinants were following: the modern equipment, neatness medical personnel, staff involvement in the affairs of the hospital, taking care of the patient's opinion, politeness of staff, having the knowledge needed to respond to patients' questions, clarity of information materials in the field of diseases and drugs. The results of the research BOST however shown that asking for employees to express their opinions on various areas of the company increases their commitment to work, they feel noticed by someone express a hidden hope, resulting in their commitment to work and the quality of the product/service, at the same time a positive effect on loyalty to the hospital where they work.

Keywords: patient, medical services, hospital, loyalty, Servqual, BOST

1. Wprowadzenie

Placówki medyczne w Polsce w ostatnim okresie starają się zmienić swój styl zarządzania, sposób gospodarowania zasobami ludzkimi i materialnymi, zmienić wizerunek firmy na bardziej pozytywny dla pacjenta, głównie z powodu wzrastającej konkurencyjności na rynku świadczeń medycznych w Polsce, a także z powodu chęci zagwarantowania wyższej jakości świadczeń medycznych. Funkcjonowanie w systemie gospodarki rynkowej, rywalizacja producentów o względy konsumentów, wzmogło, nasiliło i zdywersyfikowało oczekiwania i wymagania klientów. Jakość w opiece zdrowotnej jest filozofią kierowania, której celem jest ustawiczne podwyższanie poziomu procesów zachodzących w organizacji.

Klient, zarówno zewnętrzny (pacjent), jak i wewnętrzny (personel medyczny), jest kluczową postacią procesu, jego satysfakcja jest kwestią najistotniejszą¹. Za jeden z najistotniejszych czynników konkurencyjności służby zdrowia, nie tylko w Polsce, uznano satysfakcję klientów, ponieważ dbałość o nią w tym sektorze usług jest obecnie pewnym standardem postępowania, który w znaczący sposób wpływa na zaspokojenie potrzeb i oczekiwań klientów, a tym samym na lojalność klientów. Satysfakcja to stopień zaspokojenia oczekiwań nabywcy przez daną usługę lub produkt². Pojęcie satysfakcji jest ściśle związane z jakością. Klient korzystający z usług medycznych oczekuje produktu zgodnego z parametrami, o których go uprzednio poinformowano, o powtarzalnym poziomie jakości. Satysfakcja klienta służby zdrowia jest tym właśnie czynnikiem, który w sposób wyraźny przekłada się na finansowy sukces firmy świadczącej usługę. Dzieje się tak, gdyż satysfakcja pacjenta prowadzi do lojalności³.

Na jakość składają się drobne elementy, często niezwiązane z usługą medyczną, takie jak: poziom kultury obsługi w recepcji lub w rejestracji, stosunek personelu medycznego podczas badań lub wizyt, gdyż te czynniki są najbardziej dostrzegane przez pacjenta.

Organizacja nie jest w stanie zdefiniować, czym jest jakość jej produktów i usług, dopóki nie stwierdzi oczekiwań swoich pacjentów co do jakości. Jakość opieki to⁴: wartość techniczna (wiedza, umiejętności kliniczne, technologia), wartość stosunków międzyludzkich (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny), oprawa usług (komfort, estetyka).

¹ Kowalczyk J., Flis W.: Istota zarządzania jakością. „Problemy Jakości”, nr 4, 1996; Borkowski S., Corejova T., Rosak-Szyrocka J.: Determinanty jakości usług medycznych w Polsce. Unikat 2, Katowice 2010.

² Lisowski J.L.: Określić satysfakcję klienta. „Marketing w Praktyce”, nr 5, 1999, s. 16-18.

³ Kapała W., Zeller P.: Miejsce klienta w procesie oceny jakości usług medycznych. „Problemy Jakości”, nr 1, 2004.

⁴ Istota i znaczenie jakości usług medycznych. „Antidotum”, nr 5, 1999.

Zasadniczą grupę osób pracujących lub współpracujących z zakładem opieki zdrowotnej stanowi profesjonalna kadra medyczna (lekarze i pielęgniarki oraz średni personel medyczny, np. laboranci, technicy). Ponadto w zakładzie pracuje kadra administracyjno-finansowa (w tym kierownictwo) oraz eksploatacyjno-techniczna. W praktyce ogół pracowników i współpracowników tych jednostek dzieli się według kategorii zakładów opieki zdrowotnej – na działających w ramach leczenia stacjonarnego (np. w szpitalach), podstawowej opieki zdrowotnej (np. ośrodkach zdrowia, przychodniach), specjalistycznej opieki zdrowotnej (w przychodniach przyszpitalnych, w przychodniach ambulatoryjnych) oraz diagnostyki medycznej (np. laboratorium analitycznym)⁵.

2. Lojalność klienta w usługach medycznych

W dzisiejszych realiach biznesowych satysfakcja i lojalność klientów oraz motywacja i satysfakcja pracowników firmy stanowią kluczowe elementy budowania przewagi konkurencyjnej na rynku. Głównym czynnikiem niezbędnym dla wypracowania satysfakcji klientów (oprócz postrzeganej jakości oferowanych produktów i usług) jest dobrze zmotywowany i satysfakcjonowany personel danej organizacji⁶.

Pod pojęciem lojalności klienta należy rozumieć nie tylko ciągłość dokonywania zakupu dobra materialnego lub usługi u jednego świadczeniodawcy, ale również wytworzenie w świadomości konsumenta pozytywnej opinii o nabywanym produkcie. Lojalność można analizować przez pryzmat wierności emocjonalnej oraz racjonalnej. Podwaliną wierności emocjonalnej są odczucia pacjentów, wynikające z relacji międzyludzkich oraz prestiżowego charakteru usługi. Aspekt racjonalny jest związany z cechami oferowanego produktu, takimi jak: cena, położenie, udział w programach lojalnościowych czy dostępność. Można przyjąć, że w szerokim znaczeniu lojalność pacjentów względem świadczeniodawców usług medycznych może się objawiać poprzez⁷:

- kontynuowanie leczenia w danej placówce,
- skłonność do rekomendowania znajomym i za pośrednictwem Internetu usług zdrowotnych w konkretnej przychodni,

⁵ Hass-Symotiuk H.: System pomiaru i oceny dokonań szpitala. ABC Wolter Kluwer Business, Warszawa 2011, s. 215.

⁶ Skowron Ł.: Modele ścieżkowe jako narzędzia kształtowania relacji na płaszczyźnie firma – klient zewnętrzny i wewnętrzny, zarządzanie wartością klienta. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2010, s. 2-14.

⁷ Chęcińska M., Mitrega M.: Czynniki warunkujące zarządzanie relacjami z klientami – studium przypadku placówki medycznej x. Studia Ekonomiczne, s. Zarządzanie Relacjami w Biznesie. Współczesne Wyzwania, nr 182. Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2014.

- w razie zaistnienia takiej potrzeby – korzystanie w pierwszej kolejności ze świadczeń innych lekarzy specjalistów z preferowanej jednostki (*cross-selling*),
- korzystanie ze świadczeń zdrowotnych danej placówki pomimo utrudnień lokalizacyjnych (dużej odległości od miejsca zamieszkania),
- kontynuowanie leczenia u danego specjalisty, nawet w przypadku konieczności poniesienia części lub całych kosztów wizyty.

Wizerunek placówki bezpośrednio przekłada się na poziom lojalności klientów względem placówki. Silna marka ma dla przedsiębiorstwa wymierne korzyści – warunkuje przewagę konkurencyjną i zapewnia stałe zyski. Występuje w tym zakresie sprzężenie zwrotne, gdyż lojalność konsumentów wpływa na kreowanie pozytywnego wizerunku placówki w otoczeniu. Dzięki komunikacji z ust do ust placówka jest znana oraz poważana w gronie obecnych i potencjalnych klientów, konkurentów oraz partnerów. Można zakładać, że w specyficznym sektorze usługowym, jakim jest rynek ochrony zdrowia największy, wpływ na kreowanie marki ma zatrudniany przez placówkę personel. Znany i poważany lekarz stanowi gwarancję dla pacjenta, że usługa zdrowotna świadczona w danej jednostce będzie wysokiej jakości.

3. Satysfakcja w aspekcie toyotaryzmu

TOYOTARYZM (termin i definicja autorstwa Stanisława Borkowskiego) jest interdyscyplinarną dyscypliną naukową, zajmującą się relacjami w organizacjach. Dotyczą one relacji człowiek – maszyna, głównie człowiek – człowiek⁸. Człowiek/pracownik jest najważniejszym elementem każdej organizacji i dlatego należy poświęcać mu szczególną uwagę we wszystkich działaniach gospodarczych⁹. Człowiek wg toyotaryzmu ma prawo do popełnienia pomyłek, dlatego musi być systematycznie szkolony. Toyotaryzm (pośrednio termin związany z firmą Toyota) reprezentuje kulturę japońską organizacji i jest przydatny w przedsiębiorstwach, bankach, szkołach, szpitalach itd. Jest dyscypliną naukową zajmującą się relacjami między człowiekiem a maszyną oraz człowiekiem i człowiekiem, z uwzględnieniem podejścia procesowego, kultury japońskiej, szczególnie Toyoty, ukierunkowanymi na ciągłe doskonalenie z wykorzystaniem wiedzy. Główną część tej metody stanowią zasady zarządzania Toyoty i w zależności od jej zakresu opisano je 4-10 czynnikami.

⁸ Borkowski S.: Dokumenty zawierające wymyślony termin (TOYOTARYZM) oraz zawierające nazwę i strukturę opracowanej metody (BOST). Potwierdzenie daty. „AAK” Kancelaria Patentowa s.c., Częstochowa 2012; Borkowski S.: TOYOTARYZM. Wyniki badań BOST. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2012; Borkowski S.: TOYOTARYZM. Zasady zarządzania TOYOTY w pytaniach. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2012.

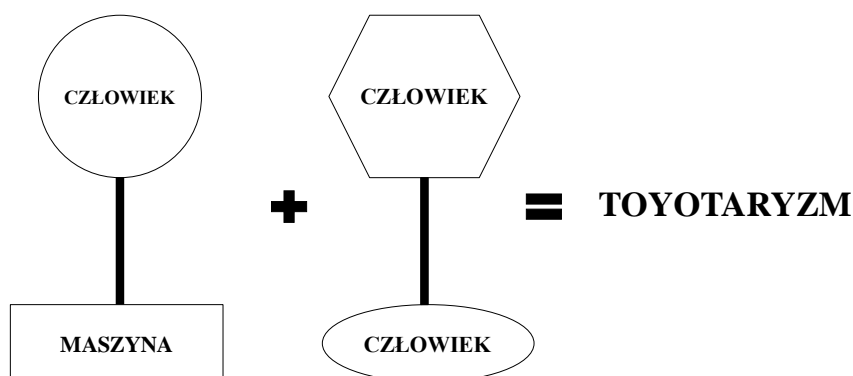
⁹ Borkowski S.: Nowe narzędzia zarządzania jakością. Teoria i praktyka. Stowarzyszenie Menedżerów Jakości i Produkcji, Częstochowa 2012.

Termin „jakość” w metodzie BOST występuje w tzw. obszarze E1, obejmującym elementy dachu Toyoty, oraz w zestawie czynników opisujących zasadę 14 zarządzania Toyoty. Przedstawione zagadnienia i ich analiza wykazują, że klienta interesuje jakość. Jeżeli jest ona elementem misji przedsiębiorstwa i przedmiotem doskonalenia, wówczas klient ma pewność, że kupiony przez niego wyrób danego producenta spełnia najwyższe, deklarowane przez niego, standardy. Jest to podświadome oddziaływanie. Czynnikiem wspomagającym mogą być koszty, które przenoszą się bezpośrednio na cenę wyrobu.

Definicja wyszczególnia dwa dipole: człowiek–maszyna oraz człowiek–człowiek. W czterech składnikach definicji występuje aż trzy razy człowiek, podkreśla to znaczenie człowieka w kulturze japońskiej i tym samym kulturze Toyoty. W podstawowym dipolu człowiek–maszyna biegun człowiek to: pomysłodawca, inicjatorzy, inwestorzy, naczelne kierownictwo, przywódcy, którzy planują i urzeczywistniają działalność człowieka. W drugim dipolu: człowiek–człowiek jeden biegun oznacza: kierownictwo, liderów – kadrę kierowniczą, która podczas zarządzania zespołami ludzkimi ma z nimi kontakt wizualny, można powiedzieć, że patrzą w oczy realizatorów procesów będących elementem drugiego bieguna człowiek–człowiek.

Podstawowa wersja modelu toyotaryzmu przedstawiona jest na rysunku 1. Dobór figur płaskich nie jest przypadkowy:

- Koło jako symbol człowieka w dipolu człowiek–maszyna, podkreśla znaczenie tej grupy ludzi w organizowaniu i funkcjonowaniu przedsiębiorstwa, firm usługowych itd. Koło podkreśla fakt, że ten element toyotaryzmu musi wszystkie elementy organizacji traktować jednakowo i jednoznacznie wiedzieć, co się dzieje wokół organizacji (jak zachowuje się rynek, konkurencja). „Człowiek” to skrót myślowy obejmujący rzeczywistość: inicjatorów organizacji działań gospodarczych, inwestorów, naczelne kierownictwo, zarządzających szczebla taktycznego, właścicieli.
- Drugi element analizowanego dipola – maszyna – sygnalizowany jest przez prostokąt, figurę geometryczną posiadającą ostre narożniki, kojarzące się z niebezpieczeństwem, czymś surowym. Takie są historyczne przesłanki o pojęciu maszyny. W modelu maszyna oznacza zasoby materialne organizacji, w tym oczywiście maszyn i urządzeń. Znaczenie maszyn w zarządzaniu według Toyoty podkreślone jest w nocie od polskiego wydawcy (Taiichi Ohno, 2008): „[...] *Wartości maszyn nie określa ani jej wiek, ani lata pracy. Określa ją to, czy produkując na niej, możemy ciągle zarobić pieniądze [...]*”.



Rys. 1. Podstawowy model pojęcia TOYOTARYZMU

Fig. 1. The basic model of the concept TOYOTARITY

Źródło: Opracowanie własne.

Uzasadnienie kształtu figur płaskich drugiego dipola pojęcia „toyotaryzm” jest następujące: człowiek – umieszczony w sześciokącie, plastrze miodu. Kształt ten został wytworzony przez istoty żywe. Komórka plastra miodu (w przekroju ma kształt sześciokąta) spełnia dwie role: jest miejscem narodzin i stanowi magazyn pokarmu. Podobnie w działalności gospodarczej ta grupa ma inicjować narodziny pomysłów, udoskonaleń. Zbiera równocześnie (magazynuje) informacje o przebiegu procesów, podejmując stosowne decyzje lub przekazując je wyżej. Oznaczenie „człowiek” w tym przypadku oznacza kierownictwo operacyjne.

Drugim biegunem analizowanego dipola jest „człowiek”, napis umieszczony w elipsie. Ta figura geometryczna ma dwie ogniskowe, symbolizujące w modelu dwa elementy w pracy operatorów. Jeden element to postępowanie wyłącznie zgodnie z procedurami, informacjami zdobytymi podczas kursów, szkoleń. Ten element/podejście prowadzi do rutyny w pracy. W rzeczywistości operator, bazując na wymogach proceduralnych, z upływem czasu powinien doskonalić zakres swoich czynności. Oznacza to ciągle „przemieszczanie” między ogniskowymi elipsy, ponieważ udoskonalenie z upływem czasu staje się standardem.

4. Charakterystyka metody Servqual

W obiekcie badawczym – stacjonarnej opiece medycznej – przeprowadzono porównanie wartości oczekiwanej przez pacjentów z faktycznie im oferowaną za pomocą metody Servqual¹⁰. Metoda Servqual (*service quality*) jest realizowaną techniką ankietowania respondentów. Dzięki metodzie badania jakości usług Servqual usługodawcy mogą przewidywać oczekiwania

¹⁰ Borkowski S.: Tradycyjne narzędzia zarządzania jakością. Teoria i praktyka. Stowarzyszenie Menedżerów Jakości i Produkcji, Częstochowa 2012; Borkowski S.: Servqual – udoskonalona interpretacja wyników. Wydawnictwo Menedżerskie PTM. Warszawa 2012; Konstanciak M.: Wykorzystanie metody Servqual do analizy jakości usług. „Logistyka”, nr 6, 2012.

pacjentów oraz identyfikować poziom oceny swoich usług przez usługobiorców. Servqual służy do weryfikowania oceny jakości. Metoda została opracowana przez A. Parasurmana, V.A. Zeithamla i L. Berrego w latach 1983-1985. Jest to jedna z najbardziej popularnych metod, wykorzystywana przez liczne organizacje (szkoły wyższe, służbę zdrowia, banki, hotele, a także kancelarie prawnicze). Metoda umożliwia wszechstronną identyfikację sfer działalności instytucji, które wymagają poprawy lub całkowitej reorganizacji. Badanie różnych grup respondentów (pracowników szpitala i klientów/pacjentów) pozwala na poznanie różnych opinii i priorytetów. Badanie jakości usług metodą Servqual rozpoczyna się od dobrania odpowiedniego zestawu determinantów jakości usługi (tablica 1)¹¹. Ankieta składa się z trzech części. Pierwsza i druga część składają się z 22 stwierdzeń. Pierwsza część zawiera stwierdzenia ilustrujące oczekiwania usługobiorców względem danej usługi, natomiast druga zawiera stwierdzenia dotyczące ocen usługi analizowanego szpitala. Do formułowania oczekiwań co do różnych cech świadczonych usług oraz ocen spełnienia tych oczekiwań służy skala od 1 do 6 (gdzie: 1 – respondent całkowicie się nie zgadza ze stwierdzeniem, 6 – respondent całkowicie się zgadza ze stwierdzeniem).

Tablica 1

Determinanty jakości usług medycznych

Grupa determinantów	Kryteria szczegółowe
Materialna infrastruktura usług	wyposażenie i standard sal chorych i pomieszczeń ogólnodostępnych, czystość i schludność personelu
Niezawodność usług	rzetelność personelu, punktualność świadczonych usług, niezmiennosc poziomu świadczonych usług
Reagowanie	sprawność wykonywanych czynności, reagowanie na potrzeby pacjentów, umiejętność doradzania i potrzeby pacjentom, opiekuńczość usługodawców, spokój, opanowanie i cierpliwość usługodawców
Pewność usług	rzetelność udzielanych informacji, prawidłowe wypełnienie karty choroby, odpowiedzialność usługodawców, bezpieczeństwo pacjentów i ich interesów, uczciwość usługodawców
Empatia	umiejętność łatwego nawiązywania kontaktów, umiejętność rozpoznawania potrzeb pacjentów, indywidualne podejście do pacjentów, rozpoznawanie stałych i lojalnych pacjentów, uprzejmość personelu i jego troska o pacjentów, znajomość języków obcych

Zródło: Opracowanie własne.

Trzecia część ankiety jest formułowana w formie stwierdzenia mającego na celu zidentyfikowanie znaczenia dla usługodawców pięciu wiodących atrybutów usługi (materialne świadectwo usługi, niezawodność, reagowanie oraz pewność i empatia) poprzez rozdzielanie 100 punktów pomiędzy te determinanty. Badania dotyczące oceny jakości stacjonarnej opieki medycznej opierały się na następujących wzorach:

¹¹ Borkowski S., Rosak-Szyrocka J.: Jakość usług medycznych w Polsce. Instytut Wydawniczy PTM, Warszawa 2010.

$$S = P - O \quad (1)$$

gdzie:

S – wynik Servqual,

P – postrzeganie usługi przez klientów,

O – oczekiwania klientów względem usługi.

Badanie jakości usług metodą Servqual polega na ocenie poziomu oczekiwań oraz na sprawdzeniu, jak kształtuje się percepcja usługi, czyli jak oczekiwania klientów/pacjentów są spełniane przez daną firmę. Określenie postrzeganej jakości usług polega na obliczeniu różnicy pomiędzy percepcją usługi a idealnym (pożądanym, oczekiwanym) poziomem usług, co pozwala na ujawnienie luki, jaka pojawia się między percepcją usługi a oczekiwaniami.

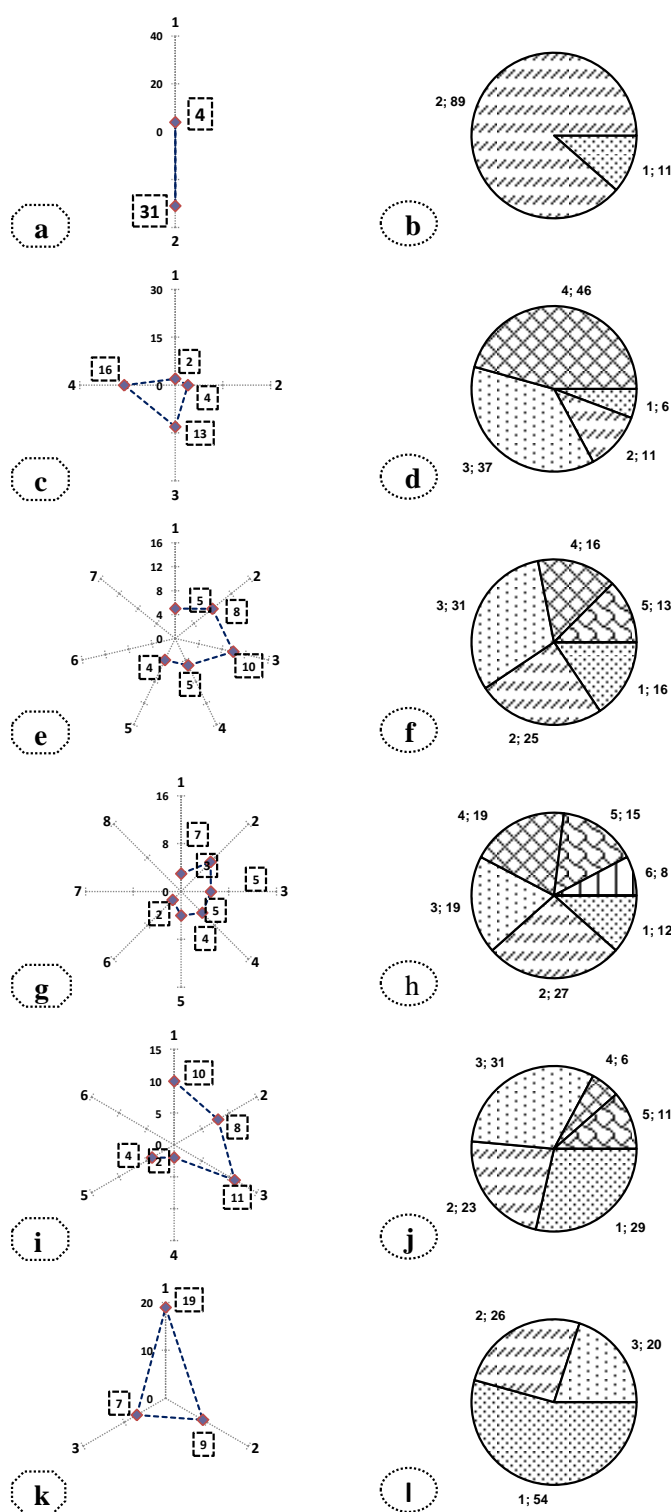
W przypadku metody Servqual mogą zaistnieć 3 sytuacje:

1. $S > 0$ – stan idealny (postrzeganie jakości usług znacznie przewyższało oczekiwania pacjentów),
2. $S < 0$ – stan dobry (oczekiwania wobec jakości usług nie do końca zostały spełnione),
3. $S = 0$ – stan pożądany (oczekiwania zostały spełnione).

Porównanie percepcji usługi z oczekiwaniami klientów/pacjentów co do jakości daje pełny obraz postrzeganej jakości usługi. Zastosowanie metody Servqual pozwala na wskazanie obszarów krytycznych dla jakości usług medycznych.

Ankietę Servqual skierowano do 70 pracowników szpitala publicznego funkcjonującego w województwie śląskim. Po weryfikacji uzyskanych danych okazało się, że połowa ankiet była niekompletna i do dalszych badań wybrano pozostałe 35 ankiet. Badania przeprowadzono za pomocą ankiety BOST, która związana jest z zasadami zarządzania Toyoty, będącymi podstawą toyotaryzmu¹². Na rysunku 2 przedstawiono liczbową (wykresy radarowe) i procentową (wykresy kołowe) charakterystykę respondentów z uwzględnieniem płci, wieku, wykształcenia, stażu, mobilności oraz trybu przyjęcia do pracy.

¹² Borkowski S., Klimecka-Tatar D., Knop K.: Utilization of Chosen Toyota Management Principle to Evaluation the Special Process Functioning. Chapter 1, [w:] Borkowski S., Klimecka-Tatar D. (eds.): Toyotarity. Materials and Special Purpose Products Quality. Faculty of Logistics, University of Maribor, Celje 2012.



Rys. 2. Liczbowa (wykresy radarowe) i procentowa (wykresy kołowe) charakterystyka respondentów z uwzględnieniem: a), b) płci, c), d) wykształcenia, e), f) wieku, g), h) stażu, i), j) mobilności, k), l) trybu przyjęcia do pracy

Fig. 2. Numeric (radar charts) and percentage (pie charts) profile of respondents with regard to: a), b) sex, c), d) education, e), f) age, g), h) internship, i), j) mobility, k), l) mode of employ

Źródło: Opracowanie własne.

Z rysunku 2a oraz 2b widać, że w badaniach brało udział 35 respondentów, z czego 4 osoby to kobiety (11%), natomiast 31 respondentów to mężczyźni (89%). Analizując wykształcenie (rys. 2c oraz 2d), widać, że 2 respondentów posiada wykształcenie średnie medyczne (6%), 4 respondentów posiada wykształcenie wyższe (11%), 13 respondentów posiada wykształcenie wyższe z pierwszym stopniem specjalizacji (37%) oraz 16 respondentów posiada wykształcenie wyższe z drugim stopniem specjalizacji (46%).

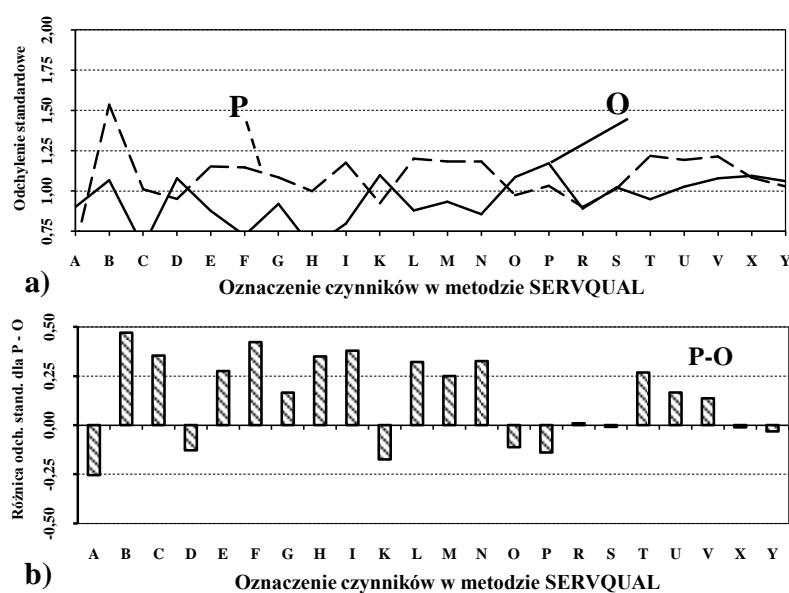
Z rys. 2e i 2f można zauważyć, że 5 respondentów jest w wieku do 25 lat (16%), 8 respondentów jest w wieku 26-35 lat (25%), 10 respondentów jest w wieku 36-45 lat (31%), 5 respondentów jest w wieku 46-50 lat (16%), 4 respondentów jest w wieku 51-55 lat (13%).

Analizując dane przedstawione na rys. 2g i 2h, można zauważyć, że 7 respondentów wykazuje staż pracy do 5 lat (12%), 3 respondentów 6-15 lat (27%), 5 respondentów posiada staż pracy 16-20 lat (19%), 5 respondentów 21-25 lat (19%), 4 respondentów 26-30 lat (15%), 2 respondentów 31-35 lat (8%).

Z danych przedstawionych na rys. 2i i 2j widać, że w przypadku mobilności dla 10 respondentów obecne zatrudnienie jest pierwszym miejscem pracy (29%). Dla 8 respondentów obecne zatrudnienie jest drugim miejscem pracy (23%). Dla 11 respondentów obecne zatrudnienie jest trzecim miejscem pracy (31%). Dla 2 respondentów obecne zatrudnienie jest czwartym miejscem pracy (6%). Dla 4 respondentów obecne zatrudnienie jest piątym miejscem pracy (11%). Analizując tryb przyjęcia do pracy, przedstawiony na rys. 2k i 2l widać, że 19 respondentów zostało przyjętych do pracy na zasadach normalnych (54%). 9 respondentów zostało przyjętych do pracy na zasadzie przeniesienia (26%). 7 respondentów zostało przyjętych do pracy ze względów finansowych (20%).

5. Odchylenie standardowe dla czynników obszaru oczekiwanie i postrzeganie metody Servqual

Na rysunku 3 przedstawiono kształtowanie się odchylenia standardowego dla czynników obszaru oczekiwanie i postrzeganie metody Servqual.



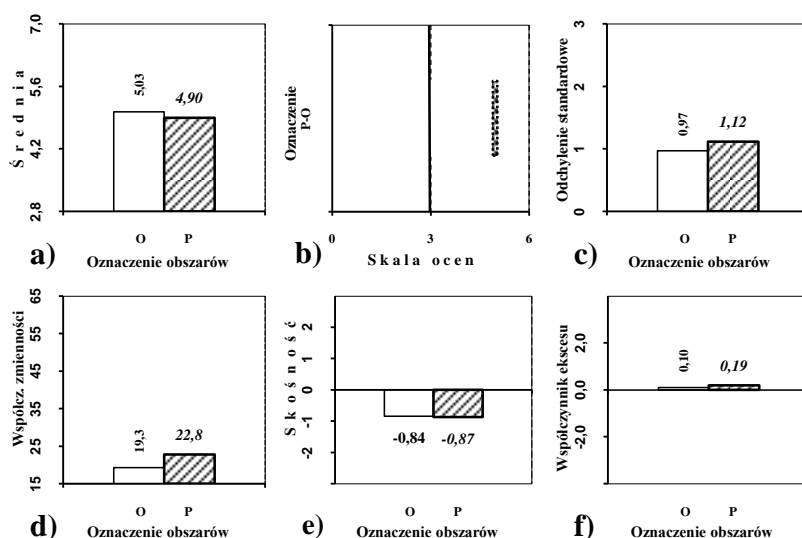
Rys. 3. Odchylenie standardowe dla czynników obszaru oczekiwania i postrzeganie metody Servqual w układzie: a) wykresów liniowych, b) różnicy

Fig. 3. The standard deviation for the factors region expectation and perception of Servqual method in the system: a) linear graphs, b) the difference

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie rysunku 3a można zauważyć, że badana grupa respondentów ma największe oczekiwania względem dwóch czynników, jakimi są materialna infrastruktura usług oraz empatia. Czynnikiem tym przyporządkowano ocenę 5. W przypadku postrzegania (rys. 3b) można wnioskować, że najwyżej oceniono dwie grupy w obiekcie badawczym, którymi są empatia oraz szybkość usług. Grupy uzyskały ocenę 5. Wykresy tego typu niosą ważną informację. Pozwalają określić różnice pomiędzy kwartylem trzecim a pierwszym. Dają informację, jakie oceny zawierają 50% centralnych wyników. W przypadku ocen dla grup materialność, niezawodność i pewność liczba ocen 5 i 6 stanowią 50% oddanych głosów (dotyczy obszaru oczekiwania). Podobna zależność ma miejsce dla grupy pewność obszaru postrzegania. Dla pozostałych grup 50% wyników osiągniętych jest przez 3 oceny 4, 5 oraz 6. Analizując odchylenie standardowe przedstawione za pomocą wykresu liniowego (rys. 3a), w zakresie postrzegania, widać, że szczególnie wyróżnia się jeden czynnik. Jest to czynnik atrakcyjność sal chorych (B). W tym przypadku odchylenie standardowe wynosi 1,50, co świadczy o dużym rozproszeniu danych, czyli dużym zróżnicowaniu odpowiedzi respondentów. Z przedstawionego rysunku 3b widać, że w przypadku różnicy odchylenia standardowego największe wartości otrzymały 2 czynniki. Do w/w czynników należą atrakcyjność sal chorych (B) oraz dotrzymanie składanych obietnic (F). Najniższą wartość otrzymały dwa czynniki: czytelność materiałów informacyjnych w zakresie chorób oraz leków (X) oraz rozpoznawanie potrzeb pacjentów (S).

Na rysunku 4 przedstawiono porównanie wybranych wielkości statystycznych dla obszarów metody Servqual.



Rys. 4. Porównanie: a) średnich, b) różnicy P – O, c) odchylenia standardowego, d) współczynnika zmienności, e) skośności, f) kurtozy dla obszarów metody Servqual. Histogramy: bez wypełnienia – oczekiwanie, z wypełnieniem – postrzeganie

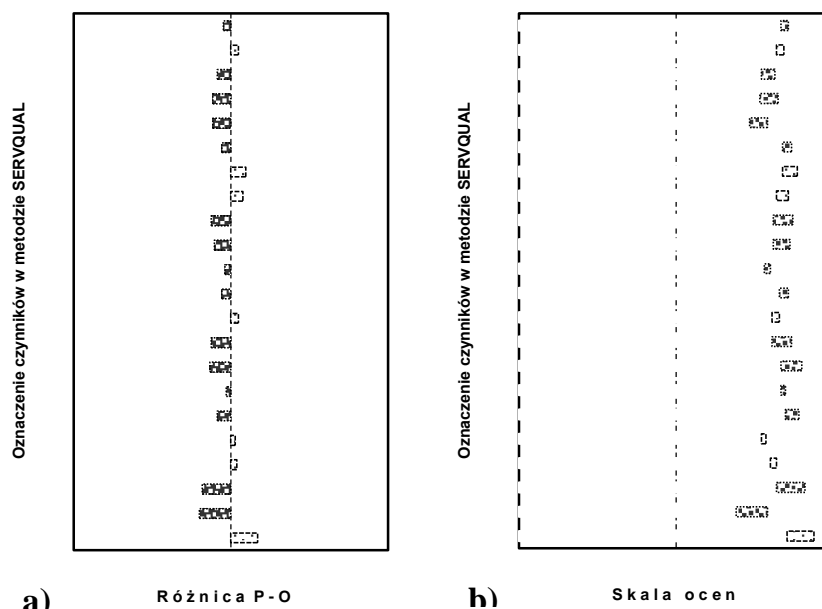
Fig. 4. Comparison: a) the average, b) the difference P – O, c) the standard deviation, d) coefficient of variation, e) skewness, f) kurtosis for areas of Servqual method. Histograms: without filling – the expectation of filling – perception

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane przedstawione na rysunku 4a, widać, że średnia obszaru oczekiwania przewyższa średnią postrzegania jakości usług medycznych. Oznacza, to, że oczekiwania pacjentów nie do końca zostały spełnione w analizowanym obiekcie badawczym – szpitalu. W przypadku wyniku Servqual widać, że dane koncentrują się w okolicach wartości 5 (rys. 4b). Odchylenie standardowe przedstawione na rysunku 4c wykazuje duże zróżnicowanie danych w przypadku obszaru postrzeganie, gdzie wartość odchylenia standardowego wynosi 1,12. Można także zauważyć, że średnia ocen obszaru oczekiwania wynosi 5,03, natomiast przeciętne zróżnicowanie ocen wyników wokół średniej wynosi 0,97. Natomiast w przypadku obszaru postrzeganie można zauważyć, że średnia ocen wynosi 4,90, natomiast przeciętne zróżnicowanie ocen wyników wokół średniej wynosi 1,12. Siła rozproszenia wyników (rys. 4d) mierzona współczynnikiem zmienności wynosi 19,3%, co oznacza zróżnicowanie cechy słabe dla obszaru oczekiwania. Dla podmiotowego wskaźnika w odniesieniu do obszaru postrzeganie uzyskano wartość 22,8%, czyli zróżnicowanie cechy jest umiarkowane. Współczynniki skośności (rys. 4e) dla obu obszarów mieszczą się w przedziale (0,8-1,2), znaczy to, że asymetria rozkładu jest umiarkowana. Z rysunku 4f wynika, że rozkład czynników w przypadku obszaru postrzeganie oraz oczekiwania charakteryzuje się

splaszczaniem większym niż rozkład normalny, o czym świadczą wartości dodatnie współczynnika ekscesu.

Na rysunku 5 przedstawiono wynik metody Servqual dla czynników w tradycyjnym ujęciu oraz na skali ocen (Servqual).



Rys. 5. Wynik metody Servqual P – O dla czynników: a) w tradycyjnym ujęciu, b) na skali ocen.

Fig. 5. Result of Servqual method P – O for factors: a) in the traditional sense, b) on the scale of assessments.

Źródło: Opracowanie własne.

Z danych przedstawionych na rysunku 5a, dotyczącym wyniku Servqual w tradycyjnym ujęciu, widać, że 7 spośród 22 czynników uzyskało wartość powyżej 0, co w ich przypadku oznacza stan satysfakcji ($S > 0$). Zatem można powiedzieć, że czynniki, które zostały ocenione wysoko przez personel medyczny, są następujące:

- nowoczesność wyposażenia (A),
- schludność personelu medycznego (D),
- zaangażowanie personelu w sprawy szpitala (E),
- dbałość o opinię pacjenta (K),
- grzeczność personelu (P),
- posiadanie wiedzy umożliwiającej odpowiadanie na pytania pacjentów (R),
- czytelność materiałów informacyjnych w zakresie chorób oraz leków (X).

W przypadku wyniku metody Servqual na skali ocen (rys. 5b) można zauważyć, że wszystkie grupy znajdują się powyżej oceny 4, co świadczy o wysokim poziomie oczekiwaniami oraz postrzegania.

6. Podsumowanie

Sektor placówek ochrony zdrowia w Polsce stanowi bardzo specyficzny sektor z perspektywy praktycznej realizacji koncepcji zarządzania relacjami z klientami. Odmienne niż w innych sektorach, o większym natężeniu konkurencji, można zaobserwować wysoką lojalność wobec tego samego usługodawcy, niezależnie od poziomu jakości usług i satysfakcji nabywców¹³.

Głównym czynnikiem wpływającym na wzrost liczby pacjentów jest zwiększona dbałość o właściwe i profesjonalne świadczenie usług medycznych. Wzrost liczby pacjentów to wzrost rynku zbytu usług medycznych. Dla poprawy jakości opieki zdrowotnej również ważne jest zaangażowanie pracowników szpitala, branie pod uwagę, że najważniejsze jest dobro pacjenta, mając na uwadze efektywność i skuteczność tych działań i procesów.

Współcześnie sukces organizacji zależy przede wszystkim od sposobu zarządzania w niej zasobami ludzkimi. Od tego, w jakim stopniu zatrudnieni w firmie pracownicy zaangażują się w realizację jej misji i codzienne zadania, zależy dziś miejsce firmy na konkurencyjnym rynku. Wyzwolić i oddać firmie wszystko, co pracownicy mają najlepszego, a więc: inteligencję, wiedzę, umiejętności, wiarę w sukces, mogą ci z przełożonych, których kierowani obdarzają bezgranicznym zaufaniem. W organizacjach państwowych, prywatnych, przemysłowych, w administracji, usługach, firmach małych, średnich i dużych, zaufanie takie uzyskują przywódcy. To oni w swoim działaniu wpływają tak na pracowników, że ci wykraczają w swojej pracy poza zakres swoich obowiązków, idą za ich głosem, utożsamiają się z opisywaną przez nich wizją.

Menedżerowie muszą eksperymentować niekonwencjonalnymi metodami zarządzania ludźmi i tworzyć takie rozwiązania, które dają ich zespołom przewagę konkurencyjną, kompetencję wyróżniającą, a jednocześnie rozwiązania, które są trudne do skopiowania przez konkurencję¹⁴.

Na podstawie badań prowadzonych przez Instytut Inżynierii Produkcji Politechniki Częstochowskiej można stwierdzić, że przeprowadzenie ankiety Servqual w publicznym szpitalu w aspekcie wyrażenia przez nich oceny jakości usług medycznych wpływa na nich bardzo motywująco. Jednocześnie podnosi ich zaangażowanie w pracę. Czują się zauważeni przez kogoś, wyrażają ukrytą nadzieję, że przekazane przez nich oceny poprawią jakość ich pracy oraz jakość wyrobu/usługi, co jednocześnie wpływa pozytywnie na lojalność względem szpitala, w którym pracują. Z ustnych wywiadów dowiedziano się, że ankieta spełnia też rolę szkoleniową, ponieważ zestawy czynników zwracają uwagę respondentom na problemy,

¹³ Chęcińska M., Mitrega M.: op.cit.

¹⁴ Strużyna J: Doskonalenie zarządzania zasobami ludzkimi organizacji służby zdrowia, [w:] Frączkiewicz-Wronka A.: Zarządzanie w ochronie zdrowia, narzędzia pracy menedżera. Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice 2001, s. 255.

których dotychczas nie zauważali. Przykładem może być tutaj porządek, czystość wokół siebie i stanowisk pracy czy też ważność parametrów technologii, częste ich sprawdzanie dla uzyskania stabilnej, wysokiej jakości wyrobów/usług.

Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, jak ważne w zarządzaniu zasobami ludzkimi w organizacji non-profit są szkolenia, które nie tylko podnoszą kwalifikacje zawodowe pracowników, ale także wpływają na ich poziom zadowolenia z pracy, czyli satysfakcję. Analiza uzyskanych wyników pozwala stwierdzić, że badania satysfakcji pracowników powinny być przeprowadzane okresowo, dzięki czemu dyrekcja szpitala zgromadzi wiedzę na temat obszarów, które wymagają udoskonaleń.

Bibliografia

1. Borkowski S.: Dokumenty zawierające wymyślony termin (TOYOTARYZM) oraz zawierające nazwę i strukturę opracowanej metody (BOST). Potwierdzenie daty. „AAK” Kancelaria Patentowa s.c., Częstochowa 2012.
2. Borkowski S.: Nowe narzędzia zarządzania jakością. Teoria i praktyka. Stowarzyszenie Menedżerów Jakości i Produkcji, Częstochowa 2012.
3. Borkowski S.: Servqual – udoskonalona interpretacja wyników. Wydawnictwo Menedżerskie PTM. Warszawa 2012.
4. Borkowski S.: Tradycyjne narzędzia zarządzania jakością. Teoria i praktyka. Stowarzyszenie Menedżerów Jakości i Produkcji, Częstochowa 2012.
5. Borkowski S.: TOYOTARYZM. Wyniki badań BOST. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2012.
6. Borkowski S.: TOYOTARYZM. Zasady zarządzania TOYOTY w pytaniach. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2012.
7. Borkowski S., Corejova T., Rosak-Szyrocka J.: Determinanty jakości usług medycznych w Polsce. Unikat 2, Katowice 2010.
8. Borkowski S., Klimecka-Tatar D., Knop K.: Utilization of Chosen Toyota Management Principle to Evaluation the Special Process Functioning. Chapter 1, [in:] Borkowski S., Klimecka-Tatar D. (eds.): Toyotarity. Materials and Special Purpose Products Quality. Faculty of Logistics, University of Maribor, Celje 2012.
9. Borkowski S., Rosak-Szyrocka J.: Jakość usług medycznych w Polsce. Instytut Wydawniczy PTM, Warszawa 2010.
10. Chęcińska M., Mitręga M.: Czynniki warunkujące zarządzanie relacjami z klientami – studium przypadku placówki medycznej x. *Studia Ekonomiczne*, s. Zarządzanie Relacjami w Biznesie. Współczesne Wyzwania, nr 182. Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2014.

11. Hass-Symotiuk M.: System pomiaru i oceny dokonań szpitala. ABC Wolter Kluwer Business, Warszawa 2011.
12. Istota i znaczenie jakości usług medycznych. „Antidotum”, nr 5, 1999.
13. Kapała W., Zeller P.: Miejsce klienta w procesie oceny jakości usług medycznych. „Problemy Jakości”, nr 1, 2004.
14. Konstanciak M.: Wykorzystanie metody Servqual do analizy jakości usług. „Logistyka”, nr 6, 2012.
15. Kowalczyk J., Flis W.: Istota zarządzania jakością. „Problemy Jakości”, nr 4, 1996.
16. Lisowski J.L.: Określić satysfakcję klienta. „Marketing w Praktyce”, nr 5, 1999.
17. Skowron Ł.: Modele ścieżkowe jako narzędzia kształtowania relacji na płaszczyźnie firma – klient zewnętrzny i wewnętrzny, zarządzanie wartością klienta. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2010.
18. Strużyna J.: Doskonalenie zarządzania zasobami ludzkimi organizacji służby zdrowia, [w:] Frąckiewicz-Wronka A. (red.): Zarządzanie w ochronie zdrowia, narzędzia pracy menedżera. Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice 2001.

Abstract

Nowadays in business reality, satisfaction, loyalty, motivation and satisfaction employees are the key elements in building a competitive advantage in the market. The main factor necessary to achieve customer satisfaction is well motivated and satisfied staff of the given organization. The article presents a study on internal customer's satisfaction hospital by BOST survey. It has been shown that employees are involved in the affairs of the hospital, so it can be concluded that employees are loyal to their workplace.