

# Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych

*Radosław Wolniak\**

**Słowa kluczowe:** jakość usług, jakość oczekiwana, jakość postrzegana, *Servqual*, usługi medyczne

**Keywords:** service quality, expected quality, perceived quality, *Servqual*, medical services

**Synopsis:** Publikacja prezentuje wyniki badań dotyczących pomiaru jakości w usługach medycznych (oczekiwanej i postrzeganej). Dokonano w nim analizy możliwości zastosowania metody *Servqual* i jej uproszczonej wersji – metody *Servperf* – do badania usług medycznych na przykładzie przychodni.

## Wprowadzenie

Metody zarządzania jakością stosowane były początkowo w organizacjach produkcyjnych. Jednak od kilkunastu lat coraz częściej znajdują one swe zastosowanie w organizacjach usługowych. Opracowano w tym okresie wiele metod i narzędzi, które mogą być stosowane do pomiaru jakości oczekiwanej i postrzeganej w usługach. Jedną z takich metod jest metoda *Servqual*. Przy pomocy zestandaryzowanego kwestionariusza badawczego podzielonego na pięć obszarów: namacalność, niezawodność, reagowanie, pewność i empatia, pozwala dokonać pomiaru jakości oczekiwanej i jakości postrzeganej usługi. Okazuje się, że różne postrzeganie usługi medycznej przez pacjenta powoduje powstanie luk między tym, co oferuje usługodawca, a tym, co otrzymuje pacjent. Metoda *Servqual* służy do wyznaczenia ich wielkości.

Publikacja przedstawia wyniki badań własnych autora, dotyczące usług świadczonych przez przykładową przychodnię na terenie Katowic. Narzędziem badawczym był kwestionariusz *Servqual*, odpowiednio dostosowany do specyfiki badanego zagadnienia, zachowujący klasyczny układ pięciu obszarów – namacalność, niezawodność, reagowanie, pewność i empatia. Przy jego pomocy badano opinie losowo wybranych pacjentów korzystających z usług przychodni medycznej.

Celem niniejszej publikacji jest dokonanie pomiaru jakości usług medycznych metodą *Servqual* i jej uproszczoną wersją – *Servperf* na przykładzie wybranej placówki. Prowadzone badania powinny dać odpowiedź na pytanie, czy metoda *Servqual* może być stosowana do pomiaru jakości w usługach medycznych oraz jaka wersja tej metody (pełna czy też uproszczona) powinna być w tym przypadku stosowana.

---

\* Dr inż. Radosław Wolniak, Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach.

## Koncepcja oczekiwanej i postrzeganej jakości usług

Koncepcja pomiaru jakości w usługach powstała w latach 80. XX w. Ponieważ do tego czasu zarządzaniem jakością zajmowano się głównie w przemyśle, początkowo próbowano bezpośrednio zaimplementować metody tam stosowane do organizacji usługowych. Okazało się jednakże, że nie jest to możliwe i istnieje potrzeba opracowania odmiennych metod pomiaru jakości w usługach.

Najczęściej stosowana metoda pomiaru jakości w usługach została zaproponowana na przełomie lat 80. i 90. XX w. przez A. Parasurmana, V. Zeithamla i L. Berriego [Parasurman, Zeithaml, Berry, 1994]. Opiera się ona na koncepcji pomiaru jakości usług jako różnicy pomiędzy jakością oczekiwaną a jakością postrzeganą [Webster, Hung, 1994]. Powstała w wyniku prac wymienionych autorów koncepcja metody pomiaru jakości usług nosi nazwę *Servqual* [Jarzebiński, 2008].

Pełny model jakości usług charakteryzuje się występowaniem od pięciu do siedmiu luk (w zależności od przyjętej wersji modelu), przy czym zwykle przyjmuje się założenie, że luka piąta (będąca różnicą pomiędzy jakością oczekiwaną a postrzeganą przez klienta) jest funkcją pozostałych luk i wystarczy ją zmierzyć, aby oszacować poziom jakości świadczonej usługi [Bugdol, 2008, s. 211].

Chcąc dokonać pomiaru jakości usługi metodą *Servqual*, należy zmierzyć oczekiwania klienta w zakresie jakości oczekiwanej, zwanej inaczej jakością idealną. Jakość oczekiwana określa, jaka zdaniem klienta powinna być dana usługa, czyli jakie parametry powinna spełniać [Karaszewski, 2006, s. 257]. Oczekiwania klientów wobec produktów czy też usług mają związek z poziomem obsługi, który postrzegają jako należny im wobec ukształtowanych potrzeb i percepcji oferty. Proces kształtowania się oczekiwań jest procesem złożonym, na który wpływ ma wiele czynników, wśród których do szczególnie istotnych zalicza się: cenę, obecne potrzeby konsumenta, jego wcześniejsze doświadczenia z podobnymi usługami, stopień złożoności usługi, wizerunek firmy usługowej czy też inne możliwości zaspokojenia danej potrzeby [Horowitz, 2006, s. 214].

Następnie dokonuje się pomiaru jakości postrzeganej – czyli spełnienia oczekiwań klienta w zakresie badanych zmiennych [Hill, Aleksander, 2003, s. 17]. Jakość usługi wyraża się różnicą pomiędzy jakością postrzeganą a jakością oczekiwaną. W metodzie przyjmuje się zwykle siedmiostopniową skalę do pomiaru jakości oczekiwanej i postrzeganej. W takim przypadku jakość usługi mieści się w przedziale od +6 do -6.

Jednakże najczęściej jest tak, że oczekiwania klienta są większe niż postrzegana jakość usługi. Dlatego wynik *Servqual* bardzo rzadko przyjmuje wartość dodatnią.

Wyniki prowadzonych na świecie badań pozwoliły wyodrębnić pięć obszarów, które powinny być uwzględnione przy konstruowaniu narzędzia pomiarowego (kwestionariusza badawczego) w metodzie *Servqual*. Są to [Wolniak, Skotnicka, 2008, s. 179]:

- **namacalność** (*tangibles*) – wygląd fizycznych udogodnień, sprzętu, personelu, materiałów komunikacyjnych,
- **niezawodność** (*reliability*) – zdolność do dostarczania obiecanej usługi akuratnie i w zaufany sposób,

- **reagowanie** (*responsivenees*) – chęć pomocy klientowi i dostarczenia szybkiej usługi, szybkie reagowanie na wymogi stawiane przez klientów,
- **pewność** (*assurance*) – wiedza i dobre wychowanie pracowników oraz umiejętność wzbudzania zaufania i pewności klientów,
- **empatia** (*empathy*) – zindywidualizowana i dbała uwaga, którą firma zapewnia klientom, utożsamianie się z potrzebami klientów.

Dla każdego obszaru należy przyporządkować pewną liczbę zmiennych (pytań w kwestionariuszu). Ich liczba i charakter zależą od specyfiki usługi i mogą wykazywać znaczne różnice w zależności od tego, z jakiego rodzaju usługą mamy w konkretnym przypadku do czynienia. Kwestionariusz składa się zwykle z około 20–30 pytań podzielonych na wymienione pięć obszarów.

W Polsce i na świecie prowadzono wiele badań z wykorzystaniem metody *Servqual* i jej zastosowania w różnego rodzaju usługach (np. usługi finansowe [Sidor, 2000; Newman, 2001; Chi Chi, 2003; Kumar, 2009], szkolnictwo [Joseph, Joseph, 1997, s. 132–138; Sohail, Shaik, 2004, s. 55; Rozmus, Świda, 2008, s. 305–310], administracja publiczna [Bryslan, Curry, 2001, s. 389–401; Wolniak, Skotnicka-Zasadzień, 2009], medycyna [Ko, Pastore, 2005, s. 84–97; Olorunniwo, 2005, s. 106–123; Panchapakesan, 2009]).

Metoda *Servqual* ma swoje ograniczenia, o których nie należy zapominać. Do najważniejszych można zaliczyć fakt, iż klienci mają problemy w określeniu swych oczekiwań, a także mniej wymiernych aspektów usługi, takich jak np. uprzejmość jej realizacji. Dlatego czasami twierdzi się, że wyniki pomiarów jakości metodą *Servqual* są obciążone znacznym subiektywizmem [Young, 2008, s. 511–551]. Niemniej jednak, pomimo tych zastrzeżeń, metoda ta jest jedną z najczęściej stosowanych na świecie metod do pomiaru jakości usług.

Ponieważ w wielu przypadkach klienci oczekują maksymalnego poziomu jakości, w literaturze można spotkać się z twierdzeniem, że nie jest konieczny pomiar jakości oczekiwanej, a wystarczy tylko zmierzyć samo postrzeganie jakości przez klienta, aby dokonać pomiaru jakości usługi. W tym przypadku przyjmuje się założenie, że oczekiwania są zawsze maksymalne. Taka uproszczona wersja metody *Servqual* nosi nazwę *Srevperf* [Cronin, Taylor, 2004, s. 125–131].

Chociaż wspomniana koncepcja *Servperf* wydaje się obiecująca i wygodna z praktycznego punktu widzenia (liczba pytań, na jakie musi odpowiedzieć respondent, zmniejsza się o połowę, co ogranicza koszty badań, a także sprawia, że respondenci chętniej odpowiadają na ankiety), to trzeba stosować ją ostrożnie. Wydaje się, iż założenia przyjmowane w metodzie *Servperf* nie mogą zostać zastosowane w każdej sytuacji i do każdego rodzaju usług i dlatego w przypadku prowadzenia badań w określonej branży należy sprawdzić, czy zastosowanie uproszczonej wersji metody nie zniekształci ich wyników.

## Jakość usług w branży medycznej

W usługach medycznych problem jakości jest niezwykle istotny, gdyż zależy od niej zarówno zadowolenie klienta, jak i jego zdrowie, a nawet życie. Przychodnia jest specyficzną jednostką organizacyjną, której celem jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia klientów-pacjentów. Zakłady opieki zdrowotnej, aby podnieść jakość udzielanych świadczeń medycznych, powinny zapewnić pacjentom opiekę lekarską i pielęgniarską na wysokim poziomie, odpowiednie badania lekarskie oraz bezpieczeństwo podczas świadczenia usług medycznych. Obecnie w Polsce wzrasta zainteresowanie jakością świadczeń medycznych. Ma na to wpływ m.in. rosnąca konkurencja pomiędzy przychodniami publicznymi i prywatnymi. Również pacjenci stają się w coraz większym stopniu świadomi swoich praw oraz potrafią zdefiniować swoje oczekiwania i wymagania. Aby im sprostać, placówki medyczne powinny dbać o jakość świadczonych usług medycznych.

Przyjmuje się, iż w branży medycznej można zastosować klasyczne koncepcje zarządzania usługami, przedstawione w poprzednim podrozdziale publikacji. Wynika to z faktu, iż usługi medyczne charakteryzują się wszystkimi podstawowymi cechami, umożliwiającymi zaliczenie ich do działalności usługowej, takimi jak [Dykowska, Opolski, 2001, s. 8–10]:

- **Niematerialność.** Zdrowie jest stanem samopoczucia zatem pacjenci nie mają możliwości sprawdzenia efektu leczenia przed jego dokonaniem, a klienci zauważają rezultaty leczenia dopiero po określonym czasie. Z tego powodu usługobiorcy przy wyborze jednostki świadczącej usługi medyczne kierują się nie tylko swoimi doświadczeniami czy informacjami uzyskanymi od innych pacjentów, ale także elementami materialnymi tej usługi, np. wyglądem pomieszczeń szpitalnych, ubiorem personelu, oznakowaniem. Pacjenci postrzegają te składniki jako dowody jakości danego zakładu opieki medycznej.
- **Nierozdzielność.** Usługi medyczne są równocześnie udzielane (przez personel medyczny) i otrzymywane (przez pacjenta). Personel medyczny jest istotnym fragmentem usługi, przy której klient musi być zawsze obecny.
- **Różnorodność.** Każdy pacjent to odrębny przypadek dla personelu medycznego i powinien być traktowany indywidualnie. Zatem każda usługa medyczna jest inna w zależności od postawy świadczeniodawcy (kiedy, jak i kto ją wykonuje) oraz od pacjenta (jego stanu, nastroju, wytrzymałości na ból). O różnorodności usług medycznych świadczy także zastosowanie szerokiego wachlarza metod i technik rozpoznawania choroby oraz leczenia pacjentów, które są dostosowane indywidualnie do każdego świadczeniobiorcy.
- **Nietrwałość.** Usług medycznych nie da się gromadzić w celu późniejszego użycia. Mimo że personel medyczny jest w ciągłej gotowości do udzielenia świadczenia medycznego, jeżeli pacjent nie zjawi się w umówionym terminie na wizytę, jest to dla usługodawcy czas stracony bezpowrotnie.
- **Ścisłe powiązanie usługi z usługodawcą i usługobiorcą.** Warunkiem funkcjonowania lekarzy, pielęgniarek i innych podmiotów medycznych jest pacjent. Proces

leczenia nie zależy tylko od stanu wiedzy i umiejętności personelu medycznego, ale także od zaangażowania samego pacjenta (np. przestrzeganie diety zapisanej przez lekarza, wykonywanie zaleconych ćwiczeń, przychodzenie na wizyty kontrolne).

- **Niemówność nabycia prawa własności usługi.** Pacjenci nie posiadają na wyłączność usług im świadczonych, natomiast korzystają z nich podczas pobytu w szpitalu lub wizyt w przychodniach.

W przypadku usług medycznych należy uwzględnić kilka specyficznych kwestii. Rynek usług medycznych można zdefiniować jako relacje zachodzące pomiędzy dostawcami świadczącymi usługi z zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia po określonej cenie wobec nabywców zgłaszających zapotrzebowanie na te usługi, znajdujące pokrycie w ich funduszach nabywczych lub funduszach instytucji ubezpieczenia medycznego. Czynniki kształtujące relacje pomiędzy usługobiorcą (pacjentem) a usługodawcą związane są ze specyfiką usług medycznych, którą kształtują następujące cechy [Rodzewicz, 2008, s. 39–40]:

- świadczenie tej usługi jest w dużym stopniu procesem psychologicznym, świadczonym w obecności pacjenta,
- usługa medyczna jest nawiązaniem stosunku społecznego pomiędzy lekarzem (pielęgniarką) a pacjentem, stąd od poziomu ich umiejętności komunikacyjnych i empatycznych zależy zadowolenie pacjenta z przebiegu tego spotkania,
- pacjent występuje zawsze obciążony stresem, jest bowiem osobiście zaangażowany w rezultat tego spotkania,
- lekarz lub pielęgniarka nie są w stanie w każdej sytuacji spełnić oczekiwania pacjenta,
- ze względu na specyfikę terminologiczną i specjalistyczną wiedzę medyczną lekarz powinien próbować nawiązać kontakt z pacjentem, być komunikatywny – co w efekcie daje szansę na wzrost poziomu zaufania pacjenta do lekarza,
- na poziom zaufania ma również wpływ oferta usługowa – jakość i wszechstronność oferowanych usług zwiększa bowiem wiarygodność usługodawcy.

Analogicznie jak ma to miejsce w przypadku innych usług, w usługach medycznych należy zmierzyć oczekiwania i postrzeganie tych oczekiwań przez pacjentów. Satisfakcję pacjenta możemy zdefiniować jako stopień, w jakim opieka medyczna jest akceptowana przez pacjenta, przy uwzględnieniu jego potrzeb i oczekiwań [Skotnicka-Zasadzień, Glenc, 2006, s. 38].

Kreowanie jakości w służbie zdrowia jest zadaniem znacznie bardziej skomplikowanym niż w przypadku dóbr materialnych, gdyż podczas całego procesu świadczenia usługi medycznej zachowanie i odczucia pacjenta również wpływają na postrzeganą jakość udzielonego mu świadczenia medycznego. Dlatego też placówki medyczne powinny prowadzić badania i analizy czynników jakości świadczonych usług w celu zidentyfikowania i poprawy tych, które są oceniane najniżej. W uzyskaniu satysfakcji pacjentów może być również pomocne zidentyfikowanie wewnątrz placówki medycznej parametrów usługi medycznej, których zapewnienie na odpowiednim poziomie wpływa na wzrost zadowolenia pacjentów.

W usługach medycznych nie zawsze trzeba stosować obszary wymienione w poprzednim rozdziale niniejszej publikacji. Na przykład czasami sugeruje się, by połączyć

niezawodność i pewność w jeden wymiar [Dean, 1999, s. 12]. Niektórzy autorzy dokonują jeszcze większych ingerencji w konstrukcję kwestionariuszy *Servqual*, wprowadzając inne podziały [Ramsaran-Fowdar, 2008, s. 111–112].

### Oczekiwana i postrzegana jakość usług na przykładzie przychodni – wyniki badań

Do pomiaru jakości oczekiwanej i postrzeganej w przychodni zaprojektowano kwestionariusz *Servqual* zgodnie z metodologią zaproponowaną przez Parasurmana, Zeithama i Berriego. Każdemu z wymienionych obszarów *Servqual* przyporządkowano zmienne, specyficzne dla usług medycznych świadczonych przez przychodnię. W badaniach uwzględniono następujące zmienne:

- 1) w obszarze namacalności:
  - sprzęt,
  - wygląd przychodni,
  - wygląd pracowników,
  - dostępność i czytelność materiałów informacyjnych,
- 2) w obszarze niezawodności:
  - realizacja usługi w obiecany czasie,
  - chęć pomocy pacjentowi w rozwiązaniu problemu,
  - staranność wykonania usługi,
  - bezbłądność dokumentacji,
- 3) w obszarze reagowania:
  - informacja o terminach realizacji usług,
  - terminowość realizacji,
  - szybka pomoc pacjentom,
  - reakcja na prośby pacjenta,
- 4) w obszarze pewności:
  - bezpieczeństwo pacjenta podczas usługi,
  - uprzejmość personelu,
  - kompetencje personelu,
- 5) w obszarze empatii:
  - indywidualne podejście do pacjenta,
  - dogodne godziny pracy,
  - szacunek wobec pacjenta,
  - dobro pacjenta jako cel nadrzędny,
  - zrozumienie potrzeb pacjenta.

Badania zostały przeprowadzone w 2008 r. na terenie Przychodni nr 1 w Katowicach na losowej próbie 100 pacjentów korzystających z jej usług. Przychodnia nr 1 jest częścią Samodzielnego Publicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach. Jest to samodzielna jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, zaś jej organem założycielskim jest miasto Katowice. Badana przychodnia składa się z 28 komórek organizacyjnych, w skład których wchodzi gabinety lekarskie, poradnie oraz pracownie badań.

Wyniki badań odnośnie oczekiwanego i postrzeganego przez pacjentów poziomu jakości usług zostały przedstawione w tab. 1.

**Tab. 1.** Oczekiwana i postrzegana jakość usług w Przychodni nr 1 w Katowicach (*Expected and perceived service quality in medical clinic number 1 in Katowice*)

Obszary (Dimensions)	Zmienne (Variables)	Jakość oczekiwana (Expected quality)	Jakość postrzegana (Perceived quality)	Różnica między postrzeganiem a oczekiwaniami (The gap between perceiving and expectations)
Namacalność (Tangibles)	Sprzęt	6	2,75	-3,11
	Wygląd przychodni	4	2,8	-1,45
	Wygląd pracowników	4	3,4	-0,83
	Dostępność i czytelność materiałów informacyjnych	4	3,38	-0,29
Niezawodność (Reliability)	Realizacja usługi w obiecany m czasie	5	3,38	-1,69
	Chęć pomocy pacjentowi w rozwiązaniu problem	6	3,16	-2,32
	Staranność wykonania usługi	6	3,18	-2,47
	Bezbłądność dokumentacji	5	3,1	-1,31
Reagowanie (Responsiveness)	Informacja o terminach realizacji usług	6	3,23	-2,67
	Terminowość realizacji	6	3,2	-2,80
	Szybka pomoc pacjentom	6	3,4	-2,80
	Reakcja na prośby pacjenta	7	3,36	-3,01
Pewność (Assurance)	Bezpieczeństwo pacjenta pod- czas usługi	7	3,4	-3,08
	Uprzejmość personelu	6	3,21	-2,45
	Kompetencje personelu	6	3,31	-2,49
Empatia (Empathy)	Indywidualne podejście do pacjenta	5	3,28	-1,45
	Dogodne godziny pracy	4	3,25	-0,60
	Szacunek wobec pacjenta	4	3,4	-0,49
	Dobro pacjenta celem nad- rzędnym	5	3,41	-1,40
	Zrozumienie potrzeb pacjenta	5	3,45	-1,19

Źródło: badania własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że największe oczekiwania występują w przypadku zmiennych zaliczanych do reagowania i pewności. Dla pacjentów najistotniejszymi czynnikami są bezpieczeństwo przeprowadzania usługi oraz reakcja na prośby pacjenta. Pacjent, przychodząc do placówki medycznej, przede wszystkim chce czuć się bezpiecznie, mieć pewność, że stosowany sprzęt jest sterylny, wszystkie normy bezpieczeństwa są przestrzegane, niewielkie jest ryzyko zarażenia się chorobami zakaźnymi wynikającymi ze złych warunków sanitarnych. W przypadku bezpieczeństwa pacjenta rozkład odpowiedzi dotyczący tych oczekiwań jest bardzo wąski, co sugeruje, że wszyscy uważają tę potrzebę za niezwykle istotną.

Podobnie jest w przypadku reakcji na prośby pacjenta. Chce on, aby jego sugestie i prośby zostały uwzględnione przez lekarzy i obsługę przychodni. Należy jednak zauważyć, że nie zawsze przychodnia powinna spełniać potrzeby klienta. W pewnych bowiem sytuacjach klient może oczekiwać działań, które mogą być dla niego szkodliwe, np.: niewydania zwolnienia lekarskiego pomimo choroby (lub odwrotnie, wydania mimo iż jest zdrowy), przepisania leku, który jest w danej sytuacji niepotrzebny lub szkodliwy itp.

Najmniejsze oczekiwania mają pacjenci w kwestii zmiennych z obszarów namacalności i empatii. Takie kwestie, jak wygląd przychodni, schludny ubiór i prezencja pracowników oraz dostępność materiałów informacyjnych są stosunkowo mało istotne (cztery w siedmiostopniowej skali). W przypadku zmiennych badających empatię dogodne godziny pracy są mniej istotne, ponieważ obecnie przychodnie medyczne są czynne długo.

Wyniki badań sugerują, że usługi medyczne są specyficznym rodzajem usług, w przypadku których potrzeby estetyczne są mało istotne. Pacjent, przychodząc do przychodni, nie liczy na to, że będzie ona pięknie wyglądać, nie oczekuje też świetnej prezencji personelu. Oczekuje natomiast szybkiego podjęcia działań, które sprawią, że szybko wyzdrowieje. Wszystko, co bezpośrednio temu nie służy, ma znaczenie drugoplanowe.

Najgorzej ocenianym obszarem w badanej placówce jest obszar reagowania. Z przeprowadzonych badań wynika, że pracownicy przychodni są obciążeni nadmierną ilością zadań i z tego powodu mają problemy z ukierunkowaniem swych wysiłków na pacjenta. Nie zawsze wykonują terminowo usługi i nie zawsze reagują na pytania i problemy pacjentów.

Przyczyną takiego stanu jest zbyt mała liczba pracowników, co prowadzi do wspomnianego przeciążenia ich zadaniami, a w efekcie powoduje, że chcąc zdążyć z ich wykonaniem, nie mają wystarczającej ilości czasu dla pacjenta. Ograniczenia z dostępem do usług medycznych, wynikające z limitów ustalanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, powodują, że istnieje konieczność długiego oczekiwania na usługi medyczne świadczone przez specjalistów, zwłaszcza wysokiej klasy. Prowadzi to do frustracji pacjenta i znalazło swe odzwierciedlenie w wynikach prowadzonych badań.

Inną przyczyną, co potwierdzają negatywne wyniki w obszarze pewność, jest tradycyjne, przestarzałe podejście pracowników placówki do pacjentów jako petentów. Placówka ta w zakresie relacji pacjent–pracownik opiera swą działalność na tradycyjnym paradygmacie zarządzania publicznego, w którym interes publiczny był zdefiniowany



przez polityków [Kožuch, 2004]. W przypadku usług medycznych oznacza to, że parametry usługi nie wynikają wprost z potrzeb klienta, ale są odgórnie narzucane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który określa zakres świadczeń i limity, czasami w odezwaniu od realnych potrzeb indywidualnych pacjentów.

Negatywny obraz wyników badań potwierdza fakt, iż jedną z najgorzej ocenianych zmiennych było bezpieczeństwo. W tym przypadku negatywna ocena wynika z faktu, iż bezpieczeństwo jest, jak wspomniano wcześniej, z punktu widzenia pacjenta najważniejszym czynnikiem.

W przypadku niezawodności problemy występują w zakresie staranności świadczenia usługi i reakcji na problemy klienta. W celu poprawy istniejącej sytuacji należy skłonić personel medyczny do zwracania większej uwagi na potrzeby pacjentów, a zwłaszcza na potrzeby indywidualne wyrażane przez nich bezpośrednio.

Obszar namacalności charakteryzuje największy rozrzut wyników w zakresie poszczególnych, składających się na niego zmiennych. Z jednej strony wchodzi w jego skład zmienne dotyczące wyglądu pracowników, przychodni i materiałów informacyjnych, które są oceniane wysoko (zmienna dotycząca dostępności materiałów informacyjnych to najwyższej oceniany spośród 20 badanych czynników). Wynika to z faktu, iż przychodnia wygląda schludnie, dysponuje udogodnieniami dla pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz ulotkami i broszurami zawierającymi informacje o świadczonych usługach.

Z drugiej jednak strony do obszaru namacalności zalicza się także posiadany przez przychodnię sprzęt. A zmienna ta została oceniona najgorzej ze wszystkich. Nie można tu zrealizować wielu zabiegów, ponieważ przychodnia posiada przestarzały sprzęt lub nie posiada go w ogóle. Pacjenci są w takim przypadku odsyłani do innych przychodni specjalistycznych, co zabiera im czas, narażeni są też na długie oczekiwanie na wizytę, ponieważ przychodnie te mają małe limity przyjęć.

Na przeciętnym poziomie oceniony został obszar empatii. Wynik ten może zaskakiwać, ponieważ wcześniej stwierdzono, że pracownicy nie mają czasu dla pacjentów, nie obsługują ich terminowo czy też występują problemy w zakresie bezpieczeństwa. Analiza poszczególnych zmiennych składających się na ten obszar pozwala stwierdzić, że o ile obsługa nie ma czasu dla klienta i tworzą się długie kolejki, to gdy klient trafi już do gabinetu lekarza lub gabinetu zabiegowego jest obsługiwany dobrze. Zwłaszcza pacjenci wysoko oceniają fakt, iż lekarze okazują im szacunek i starają się, w miarę czasu, którym dysponują, indywidualnie podchodzić do każdego przypadku. Potwierdza to, że najważniejszą przyczyną problemów w zakresie pozostałych obszarów jest niedobór personelu, który pracuje dobrze, ale z powodu nadmiernej ilości zadań nie jest w stanie poradzić sobie z obsługą wszystkich pacjentów.

Biorąc pod uwagę wyniki badań, można zauważyć, że zastosowanie pełnej metody *Servqual* oraz jej wersji uproszczonej – *Servperf* daje odmienne wyniki. W tab. 2 dokonano zestawienia kolejności badanych zmiennych (od zmiennej ocenianej najgorzej do ocenianej najlepiej) dla obu metod. Wynik *Servqual* to różnica pomiędzy postrzeganiem a oczekiwaniami wobec usługi, natomiast wynik *Servperf* to różnica między postrzeganiem a maksymalnymi możliwymi oczekiwaniami. Wyniki badań według dwóch analizowanych metod znacznie różnią się. Na przykład bezpieczeństwo – jedna

z najlepiej ocenianych zmiennych według metody *Servperf* (15 miejsce) – jest drugą najgorzej ocenianą zmienną według *Servqual*. Wygląd przychodni znajdujący się na drugim miejscu według *Servperf* jest na 12 miejscu według metody *Servqual*.

Celem dokładniejszego porównania wyników obu metod zastosowano również test U (tab. 2). Służą on do określenia, czy między średnimi występują statystycznie istotne różnice [Rószkiewicz, 2002, s. 308]. W badaniach zastosowano poziom istotności alfa = 0,95. Przy wybranym poziomie istotności wartością graniczną testu jest wartość współczynnika U na poziomie większym bądź równym 1,95.

**Tab. 2.** Porównanie metod *Servqual* i *Servperf* (*The comparison of methods Servqual and Servperf*)

Obszary (Dimensions)	Zmienne (Variables)	Wynik <i>Servqual</i> ( <i>Servqual's</i> result)	Wynik <i>Servperf</i> ( <i>Servqual's</i> result)	Kolejność przy za- stoso- waniu metody <i>Servqual</i>  (The order of using the method of <i>Servqual</i> )	Kolejność przy za- stosowa- niu metody <i>Servperf</i>  (The order of using the method of <i>Servperf</i> )	Wyniki testu U  (U test results)
Namacalność (Tangibles)	1	-3,11	-4,25	1	1	6,32
	2	-1,45	-4,2	12	2	17,60
	3	-0,83	-3,6	17	15	15,83
	4	-0,29	-3,62	20	13	26,64
Niezawodność (Reliability)	5	-1,69	-3,62	11	13	10,70
	6	-2,32	-3,84	10	4	8,43
	7	-2,47	-3,82	8	5	6,55
	8	-1,31	-3,9	15	3	11,97
Reagowanie (Responsiveness)	9	-2,67	-3,77	6	8	5,033
	10	-2,80	-3,8	4	6	4,29
	11	-2,80	-3,6	4	15	5,94
	12	-3,01	-3,64	3	12	11,69
Pewność (Assurance)	13	-3,08	-3,6	2	15	11,28
	14	-2,45	-3,79	9	7	5,26
	15	-2,49	-3,69	7	11	5,25
Empatia (Empathy)	16	-1,45	-3,72	12	10	8,96
	17	-0,60	-3,75	18	9	12,06
	18	-0,49	-3,6	19	15	12,93
	19	-1,40	-3,59	14	19	9,21
	20	-1,19	-3,55	16	20	9,19

Źródło: badania własne.

W tablicy zaznaczono pogubieniem te zmienne, dla których przeprowadzony test jest spełniony przy wybranym poziomie istotności. Z testu wynika (tab. 2), że w przypadku wszystkich badanych zmiennych pomiędzy wynikami uzyskanymi przy pomocy obu metod zachodzą statystycznie istotne różnice. Potwierdza to obserwacje, że zastosowanie skróconej wersji metody *Servqual* w organizacji typu przychodnia medyczna nie jest właściwe i nie daje wiarygodnych wyników.

Metoda *Servqual* jest dokładniejsza, gdyż uwzględnia pomiar zarówno jakości oczekiwanej, jak i postrzeganej, a nie tylko jakości postrzeganej, jak ma to miejsce w przypadku metody *Servperf*. Dlatego zastosowanie uproszczonej metody *Servperf* zasadne jest jedynie w takim przypadku, w którym wyniki pomiarów jedną i drugą metodą nie odbiegają od siebie w sposób statystycznie istotny. Tymczasem w badanej przychodni jednoznacznie okazało się, iż w zakresie wszystkich badanych zmiennych obie metody dają wyniki istotnie się różniące. Dlatego w świetle prowadzonych badań można uznać, że w przypadku badania jakości usług medycznych w przychodniach metoda *Servperf* nie powinna być stosowana. Należy natomiast stosować pełną wersję metody *Servqual*.

## Wnioski końcowe

W usługach medycznych (przychodnia lekarska) największe oczekiwania klienta lokują się w obszarze bezpieczeństwa usługi oraz reagowania na potrzeby pacjenta. Najlepiej ocenianymi zmiennymi w przypadku badanej przychodni były: dostępność materiałów informacyjnych (ocena -0,29), szacunek wobec pacjenta (-0,49) oraz wygląd pracowników (-0,83). Natomiast do najgorzej ocenianych obszarów zaliczono: sprzęt (-3,11), bezpieczeństwo pacjenta podczas usługi (-3,08) oraz reakcję na prośby pacjenta (-3,01). Większość problemów spowodowanych jest niedoborem personelu i środków finansowych, którymi dysponuje przychodnia. Wynika to z organicznych kontraktów, jakie są zawierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia z przychodniami.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że w usługach medycznych różnica pomiędzy wynikami uzyskanymi według metody *Servperf* i *Servqual* jest statystycznie istotna, dlatego nie jest wskazane stosowanie uproszczonej metody (*Servperf*) w miejsce pełnej metody *Servqual*. Powodem tego jest brak spełnienia założenia w zakresie maksymalnych oczekiwań dla wszystkich zmiennych. Oczekiwania pacjentów są różne w przypadku poszczególnych badanych zmiennych i przyjęcie założenia, że są one zawsze jednakowe (jak to się robi w *Servperf*) prowadzi do uzyskania błędnych wyników. Dlatego, pomimo iż koszty i pracochłonność zastosowania pełnej metody *Servqual* są większe, z badan wynika, że w przypadku przychodni medycznych nie należy stosować jej uproszczonej wersji.

Warto w przyszłości prowadzić badania w innych placówkach medycznych (przychodniach, szpitalach itp.), aby sprawdzić, czy wyniki odnośnie do oczekiwań pacjentów i stosowalności różnych wersji metody *Servqual* będą się potwierdzać.

## Bibliografia

1. Brysland A., Curry A., (2001), *Service improvements in public services using Servqual*, „Managing Service Quality” no. 6.
2. Bugdol M., (2008), *Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej*, Difin, Warszawa.
3. Chi Cui Ch., Lewis B.R., Park W., (2003), *Service quality measurement in the banking sector in South Korea*, „International Journal of Bank Marketing” no. 4.
4. Cronin J.J., Taylor S.A., (1994), *Servpref versus Servqual: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality*, „Journal of Marketing” no. 1.
5. Dean A.M., (1999), *The applicability of Servqual in different health care environments*, „Health Marketing Quarterly” no. 3.
6. Dykowska J., Opolski K., (2001), *Jakość świadczeń zdrowotnych. Pakiet samokształceniowy. Szkolenie podstawowe dla pracowników Kas Chorych*, Warszawa.
7. Hill N., Alexander J., (2003), *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
8. Horovitz J., (2006), *Strategia obsługi klienta*, PWE, Warszawa.
9. Jarzebinski M., (2008), *Metoda Servqual jako narzędzie pomiaru jakości usługi postrzeganej przez pracowników i klientów organizacji*, [w:] T. Sikora (red.), *Koncepcje zarządzania jakością. Doświadczenia i perspektywy*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków.
10. Joseph M., Joseph B., (1997), *Service quality in education: a student perspective*, „Quality Assurance in Education” no. 1.
11. Karaszewski R., (2006), *Nowoczesne koncepcje zarządzania jakością*, TNOiK, Toruń.
12. Ko Y.J., Pastore D.L. (2005), *A hierarchical model of service quality for the recreational sport industry*, „Sport Marketing Quarterly” no. 2.
13. Koźuch B., (2004), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*, Placet, Warszawa.
14. Kumar M., Tat Kee F., Taap M.A., (2009), *Determining the relative importance of critical factors in delivering service quality of banks: An application of dominance analysis in Servqual model*, „Managing Service Quality” no. 2.
15. Liangzhi Y., Qiulan H., Song G., Yazun W., (2008), *An epistemological critique of gap theory based library assessment: the case of Servqual*, „Journal of Documentation” no. 4.
16. Newman K., (2001), *Interrogating Servqual: a critical assessment of service quality measurement in a high street retail bank*, „International Journal of Bank Marketing” no. 3.
17. Olorunniwo F., Hsu M.K. (2006), *A typology analysis of service quality, customer satisfaction and behavioral intentions in mass services*, „Managing Service Quality” no. 2.
18. Opolski K., Modzelewski P., (2004), *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*, CeDeWu, Warszawa.
19. Panchapakesan P., Chandrasekharan R., L. Prakash S., (2009), *A conceptual framework of service quality in healthcare: Perspectives of Indian patients and their attendants*, „Benchmarking: An International Journal” no. 2.
20. Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L., (1994), *Alternative scales for measuring service quality: A comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria*, „Journal of Marketing” no. 70 (3).
21. Ramsaran-Fowdar R.R., (2008), *The relative importance of service dimensions in a healthcare setting*, „International Journal of Health Care Quality Assurance” no. 1.
22. Rodzewicz A., (2008), *Jakość usług medycznych (prywatne czy publiczne)*, „Problemy Jakości” nr 3.
23. Rozmus A., Świda J., (2008), *Jakość usług edukacyjnych jako czynnik różnicujący ofertę dydaktyczną szkół wyższych*, [w:] T. Sikora (red.), *Koncepcje zarządzania jakością. Doświadczenia i perspektywy*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków.
24. Rószkiewicz M., (2002), *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, PWN, Warszawa.
25. Sidor S., (2000), *Ocena jakości usług za pomocą metody Servqual*, „Marketing i Rynek” nr 11.
26. Skotnicka-Zasadzień B., Glenc D., (2006), *Rola pacjenta w ocenie jakości usług medycznych*, „Problemy Jakości” nr 6.
27. Sohail M.S., Shaik N.M., (2004), *Quest for excellence in business education: a study of student impressions of service quality*, „International Journal of Educational Management” no. 2.
28. Webster C., Hung L., (1994), *Measuring service quality and promoting decentring*, „The TQM Magazine” no. 5.
29. Wolniak R., Skotnicka B., (2008), *Metody i narzędzia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice.
30. Wolniak R., Skotnicka-Zasadzień B., (2009), *Wykorzystanie metody Servqual do badania jakości usług w administracji samorządowej*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice.

## Measurement of Expected and Perceived Quality of Medical Service

### Summary

The quality creation within a healthcare unit is a greatly complex task. The reason for it is that in the process of providing medical service, patient's behaviour and feelings also affect on the perception of quality of medical service provided. Thus, medical institutions should conduct research to identify and improve factors which are assessed negatively by patients. Defining parameters of medical service within medical institutions can be beneficial to meet patients' expectations.

The article presents the results of author's survey on medical service conducted in a model clinic in Katowice. The Servqual questionnaire preserved its classic system of five areas: tangibles, reliability, responsiveness, assurance and empathy. Research was conducted by means of statistical tools. Its outcome is the assessment of clinic's functioning as well as defining patients' needs within the scope of individual aspects of medical service.