

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 400

**Zmiana warunkiem sukcesu.
W poszukiwaniu źródeł
trwałej konkurencyjności**

Redaktorzy naukowci

Grzegorz Bełz

Ewa Głuszek



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Madalena Kot
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-530-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Druk i oprawa: TOTEM



Spis treści

Wstęp	7
Anna I. Adamik: Dynamizowanie przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstw	11
Agata Austen: Budowanie przewagi konkurencyjnej – zjawisko rozdzielania jako rezultat presji ze strony interesariuszy	26
Marcin Flieger: Możliwości oraz skala wykorzystania ambient marketingu przez przedsiębiorstwa w Polsce	35
Piotr Głowicki, Wojciech Cieśliński: Przegląd form e-learningowych w obszarze kształcenia w organizacji	45
Robert Golej: Kierunki badań klastrów.....	56
Wojciech Idzikowski, Wojciech Cieśliński: Definiowanie kultury organizacyjnej i marki jako fundament do wprowadzenia zarządzania wartością klienta w organizacji.....	71
Dorota Kwiatkowska-Ciotucha: Krytyczna analiza systemu wyboru projektów z Europejskiego Funduszu Społecznego w Polsce w latach 2007-2013	80
Monika Kwiecińska: Filantropia korporacyjna i jej znaczenie dla konkurencyjności przedsiębiorstw – przegląd badań	92
Janusz Marek Lichtarski, Przemysław Bandura: W kierunku sieci międzyorganizacyjnej – przykład odnowy strategicznej My Travel Sp. z o.o.	104
Tomasz Małkus: Założenia metodyki projektowania systemu transportu w przedsiębiorstwie	113
Katarzyna Piórkowska: Selekcja wewnętrzna residuum konkurencyjności organizacji w selekcyjnym otoczeniu	126
Gabriela Roszyk-Kowalska: Zasoby ludzkie jako determinanta konkurencyjności przedsiębiorstw wysokiej techniki	136
Grzegorz Zieliński: Zmiany doskonalące usługi zdrowotne – percepcja pacjenta obszaru rejestracji i poczekalni. Studium przypadku.....	148

Summaries

Anna I. Adamik: Stimulating the competitive advantage	11
Agata Austen: Competitive advantage building – decoupling as a result of stakeholders pressure	26



Marcin Flieger: Possibilities and scale of using ambient marketing by companies in Poland.....	35
Piotr Głowicki, Wojciech Cieśliński: Review of e-learning solutions in the education area of organization's	45
Robert Golej: Research directions of clusters	56
Wojciech Idzikowski, Wojciech Cieśliński: Defining of organizational culture and brand, as a foundation for the customer value management implementation in an organization.....	71
Dorota Kwiatkowska-Ciotucha: The critical analysis of the system for the selection of projects financed from the European Social Fund in Poland in the years 2007-2013.....	80
Monika Kwiecińska: Corporate philanthropy and its importance for the competitiveness of enterprises – a review of research	92
Janusz Marek Lichtarski, Przemysław Bandura: Towards interorganizational network – the example of strategic renewal of My Travel Ltd.	104
Tomasz Malkus: Assumptions of design methodology of transport system in the company.....	113
Katarzyna Piórkowska: Internal selection as the organization's competitiveness vehicle in selective environment.....	126
Gabriela Roszyk-Kowalska: Human resources as a determinant of the competitiveness of high-tech enterprises.....	136
Grzegorz Zieliński: Change of health care improvement services in customer perception – registration process and waiting room area. Case study	148



Grzegorz Zieliński

Politechnika Gdańska

e-mail: Grzegorz.Zielinski@zie.pg.gda.pl

**ZMIANY DOSKONALĄCE USŁUGI ZDROWOTNE –
PERCEPCJA PACJENTA OBSZARU
REJESTRACJI I POCZEKALNI.
STUDIUM PRZYPADKU**

**CHANGE OF HEALTH CARE IMPROVEMENT
SERVICES IN CUSTOMER PERCEPTION –
REGISTRATION PROCESS
AND WAITING ROOM AREA. CASE STUDY**

DOI: 10.15611/pn.2015.400.13

Streszczenie: W niniejszym artykule zaprezentowano podstawowe aspekty doskonalenia usług w przychodniach świadczących usługi publicznej opieki zdrowotnej. Autor zaprezentował specyfikę zmian w usługach zdrowotnych, jak również wyniki badań dotyczących zmian w obszarze rejestracji i poczekalni w przychodni w percepcji pacjenta. W tym celu wykorzystano 12 kryteriów związanych z obszarem rejestracji i 8 z obszarem poczekalni. Oba te obszary bowiem są istotne w procesach niezwiązanych bezpośrednio z obszarem medycznym. Artykuł ten może być także interesujący dla osób zarządzających przychodniami świadczącymi usługi publicznej opieki zdrowotnej w celu pozyskania informacji związanych z rezultatami dotychczas realizowanych działań doskonalących, jak również w kontekście wskazania kierunków dalszych zmian w przyszłości (w obszarze rejestracji oraz poczekalni).

Słowa kluczowe: jakość, usługi zdrowotne, doskonalenie.

Summary: The paper presents the main aspects of the service quality improvement in health care centers which offer public health care. The author presents specific role of the change in health care services and describes research results of the change perception in the customer perspective connected with the registration process and waiting room. In this research the author used 12 criteria of the registration process and 8 of the waiting room. These two areas are very important part of the customer visit in health care center connected with the non-medical processes. This article could be interesting for health care managers in public health care centers to find information about the results of previous improvement actions as well as directions of the changes in the future which are important for the customers in these two areas (registration process and waiting room).

Keywords: quality, health care services, improvement.



1. Wstęp

Doskonalenie podmiotów gospodarczych w dobie dynamicznie zmieniającego się otoczenia stanowi obecnie niezbędny warunek funkcjonowania organizacji na rynku. Zmieniające się uwarunkowania dotyczące podmiotów leczniczych, w tym w głównej mierze zniesienie rejonizacji i pozostawienie swobody wyboru pacjentom, zarówno placówki, jak i lekarza pierwszego kontaktu, doprowadziło do konieczności zwiększenia działań zmierzających do pozyskania, a w dalszej konsekwencji utrzymania pacjenta w danym podmiocie. Niezbędne zatem staje się poszukiwanie form doskonalenia usług zarówno w obszarze bezpośrednio związanym z procesami medycznymi, jak i obsługi klienta – w tym w obszarze poczekalni i rejestracji. Te dwa obszary są niezwykle istotne w całokształcie procesu obsługi pacjenta, wiążą się bowiem z okresem bezpośrednio poprzedzającym główny etap wizyty, jakim jest proces badania przeprowadzony w gabinecie lekarskim. Większości wizyt pacjenta w przychodni towarzyszy stres związany z pojawieniem się w podmiocie leczniczym, a także z problemem, z jakim pacjent pojawił się w placówce. Stąd też niezwykle istotne staje się zredukowanie dodatkowego stresu, który może pojawić się podczas procesów niebędących bezpośrednio medycznymi, w tym rejestracji i oczekiwania na wizytę. Problem badawczy sformułowano zatem w postaci pytania – jak pacjenci oceniają zmiany, które zaszły w procesie rejestracji i oczekiwania w poczekalni w przychodni, a także jakich dalszych zmian w tych obszarach oczekują? Stąd też celem niniejszego artykułu jest próba odpowiedzi na powyższe pytania badawcze.

2. Specyfika zmian w usługach zdrowotnych

Usługi zdrowotne należą do jednych z bardziej specyficznych branż usługowych. Charakteryzują się one, tak jak każdy rodzaj usług, cechami odróżniającymi je od działalności wytwórczej, takimi jak m.in.: niematerialność, nietrwałość związana m.in. z brakiem możliwości jej magazynowania, większa różnorodność, nierozdzielność związana z jednoczesnym świadczeniem i konsumowaniem, lokalizacja punktów usługowych w miejscach skupisk ludzkich, trudniejsza do zmierzenia jakość [szerzej zob. m.in.: Payne 1997, s. 21; Urbaniak 2004, s. 26; Waters 2001, s. 46; Czubała et al. 2012, s. 15-18; Jasiński 2005a, s. 14; Hollins, Shinkins 2009, s. 24-25].

Ich specyfika jednakże odzwierciedla się w cechach charakterystycznych dla tej właśnie branży, takich jak: złożony proces związany ze specyfiką procedur medycznych; stres, który towarzyszy pacjentowi; wzmożona interakcja personelu medycznego z pacjentem, asymetria wiedzy i informacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, przypadki ograniczenia suwerenności klienta wynikające ze stanu zdrowia, brak gwarancji skuteczności realizacji usługi [Bukowska-Piestrzyńska 2007, s. 17-18; Opolski et al. 2005, s. 20-21].

Te specyficzne cechy będą w dalszej konsekwencji wpływały zarówno na percepcję jakości samej usługi przez wszystkie grupy interesariuszy, jak i podejmo-



wanie prób jej doskonalenia. Powinno ono wpisywać się w ustawiczne działania zarówno samego podmiotu leczniczego, jak i ustawodawstwa związanego z tym sektorem. Ciągłe działania związane ze zmianami doskonalącymi powinny na stałe wpisywać się w funkcjonowanie podmiotów, co wynika także z pojęcia zmiany związanej z „nowym stanem o potencjalnie zwiększonym ładzie i zorganizowaniu” [Grzybowska 2010, s. 10]. Należy jednak pamiętać, że zmiana nie zawsze musi dać pozytywny efekt, ale może zaburzyć dotychczasowy stan systemu i zmniejszyć jego efektywność [Jasiński 2005b, s. 28]. Zmiany w organizacji mogą mieć bardzo różnicowany charakter, a ich wybrane klasyfikacje zaprezentowano na rysunku 1.



Rys. 1. Wybrane podziały zmian

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Łopatowska, Zieliński 2012, s. 474; Łopatowska, Zieliński 2013a, s. 115; Łopatowska, Zieliński 2013b, s. 60-62].

Doskonalenie podmiotów z uwzględnieniem zarządzania zmianą znalazło swoje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu. Jednym z częściej przytaczanych jest m.in. podejście do zmian organizacyjnych, które pojawia się w badaniach na ten temat [Hallencreutz, Turner 2011]. Inne podejście uwypukla charakter zmian i analizę czynników, które wpływają na to zarówno w ujęciu czynników generujących zmiany [m.in. Łopatowska, Zieliński 2012], jak i obszarów, których one mogą dotyczyć [m.in.: Łopatowska, Zieliński 2013a; Łopatowska, Zieliński 2013b]. Zmiany te mogą odnosić się do podmiotów różnych branż, w tym także do podmiotów leczniczych. Podejście tego typu ukierunkowane jest na poszukiwanie zmian o pozytywnym charakterze, który odzwierciedli się zwiększeniem, a nie zmniejszeniem

efektywności systemu. Stałe poszukiwanie obszarów wymagających doskonalenia, a w dalszej konsekwencji proponowanie działań naprawczych wymaga podejścia wielowymiarowego, w którym kluczową rolę będzie odgrywał klient. Stąd też w dotychczasowych badaniach dotyczących usług zdrowotnych zwraca się uwagę na konieczność włączenia pacjenta w proces zmian zarówno w kontekście identyfikacji obszarów, w których niezbędne jest wdrożenie działań doskonalących, jak i w ocenę rozwiązań dotychczas wdrażanych. W tym przypadku niezbędne staje się wykorzystanie różnych metod, technik i narzędzi, m.in. obszaru zarządzania jakością. Przykładem dotychczasowych badań w tym zakresie w usługach zdrowotnych są prace m.in. M. Elg i jej współpracowników [2011], a także R. Silvestro [2005]. Badania te dotyczą całokształtu usług zdrowotnych, interesujące może być jednak poddanie rozważaniom wybranych obszarów, w tym obszarów, które nie są związane bezpośrednio z procesami medycznymi realizowanymi w gabinecie lekarskim. Równie ciekawe może być odniesienie się do przychodni jako placówki, w której z punktu widzenia liczby pacjentów pojawia się ich znacznie więcej niż w przypadku leczenia szpitalnego. Jednym z bardziej istotnych obszarów usługi zdrowotnej realizowanym w przychodniach, poza obszarami dotyczącymi bezpośrednio procesów medycznych, są rejestracja i poczekalnia. Stąd też w dalszej części niniejszego opracowania autor skoncentruje się na tych właśnie obszarach.

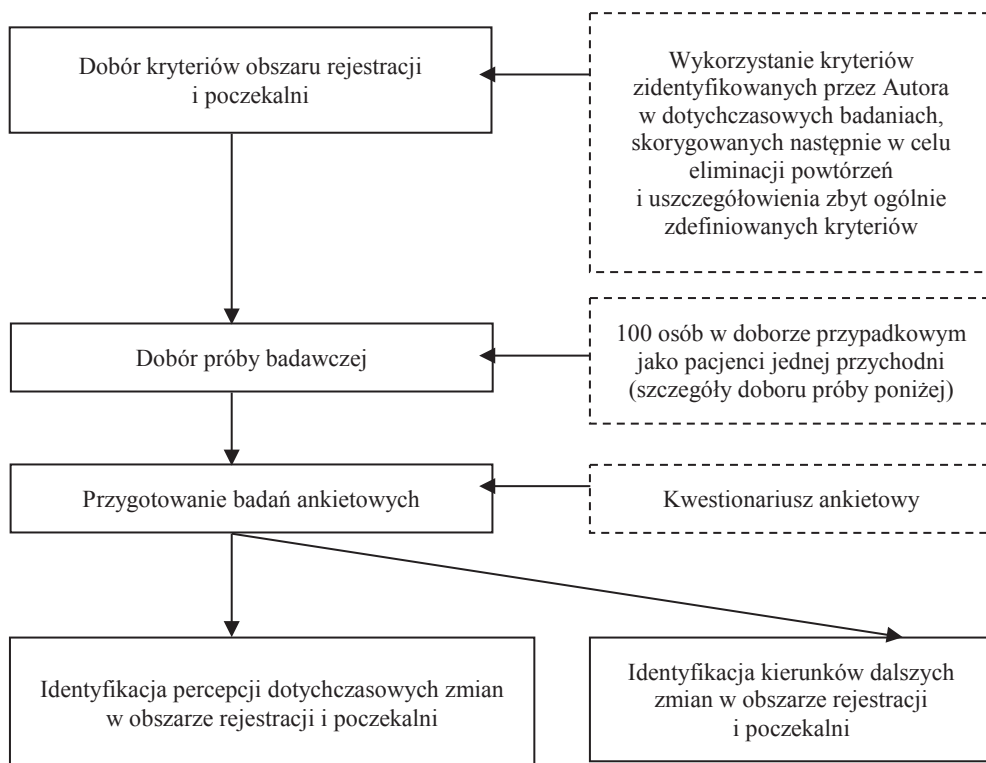
3. Percepcja zmian obszaru rejestracji i poczekalni w przychodniach

Przy opracowaniu metodyki badawczej wzięto pod uwagę wcześniejsze rozważania autora, który we wcześniejszych swoich opracowaniach dokonał identyfikacji grup czynników decydujących o jakości w odniesieniu do obszaru rejestracji i poczekalni [Zieliński, Studzińska 2014]. Stąd też przyjęta metodyka badawcza zakładała kroki postępowania zaprezentowane na rysunku 2.

- Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto następujący dobór próby badawczej:
- jako studium przypadku wybrano jeden z podmiotów leczniczych: przychodnię w dużym mieście, powyżej 50 tys. mieszkańców; przychodnia ta świadczy usługi publicznej opieki zdrowotnej;
 - przyjęto przypadkowy dobór pacjentów danej przychodni w liczbie 100 osób (liczbę prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy udało się osiągnąć przy 176 rozdanych kwestionariuszach – 76 było wypełnionych nieprawidłowo). Kwestionariusz wypełniony został przez 64 kobiety i 36 mężczyzn w wieku od 19 do 78 lat. Tak przyjęte założenia doboru próby spełniają założenia stawiane badaniom sondażowym w odniesieniu do cech rzeczowych, czasowych i przestrzennych [Szreder 2010, s. 40].

Zidentyfikowane wcześniej grupy czynników z uwzględnieniem przeprowadzonych następnie korekt dotyczących eliminacji powielanych obszarów, jak i uszczegółowieniu niektórych zbyt ogólnie zdefiniowanych obszarów zaprezentowane





Rys. 2. Metodyka badawcza

Źródło: opracowanie własne.

zostały w tabeli 1. Kody kryteriów przyjęto jako kolejną wartość liczbową poprzedzoną skrótem obszaru, do którego się odnoszą: RE – rejestracja, P – poczekalnia.

W zaprezentowanych w tabeli 1. czynnikach przyjęto z jednej strony podział na obszar rejestracji i poczekalni, z drugiej zaś poszczególne czynniki zostały podzielone według klasycznych pięciu wymiarów jakości usługi, takich jak: wymiar materialny, niezawodność usługi, reakcja na oczekiwania klienta, fachowość, zaufanie, pewność, empatia [patrz m.in.: Dobrycka, Prussak 2003, s. 327; Karaszewski 2005, s. 22]. Pozwoliło to na łatwiejsze zidentyfikowanie obszarów, w których w dalszej konsekwencji zdefiniowano czynniki, które mogły być poddane analizie z punktu widzenia pacjenta i jego percepcji zmian.

W prowadzonych badaniach pacjentom zadano pytania, jak oceniają dotychczasowe zmiany w przychodni w obszarze rejestracji i poczekalni w ciągu ostatnich 5 lat, a także co według nich powinno zostać zmienione w przyszłości. Przyjęta skala ocen zakładała następujące warianty (-2) – bardzo źle, (-1) – źle, (0) – ani dobrze, ani

Tabela 1. Wymiary jakości usług w obszarze rejestracji i poczekalni w przychodni

Wymiary jakości usług	Rejestracja (RE)	Poczekalnia (P)
Wymiar materialny	RE1 – Czystość punktu rejestracji RE2 – Walory wizualne punktu rejestracji RE3 – Schłodność ubioru personelu rejestracji RE4 – Zróżnicowanie możliwych form zarejestrowania się do lekarza (np. telefon, Internet)	P1 – Czystość poczekalni P2 – Estetyka wnętrza P3 – Liczba miejsc siedzących P4 – Czystość i wygląd pozostałych, elementów związanych z poczekalnią np. szatnia, toalety P5 – dodatkowa infrastruktura, np. dla matek z dziećmi
Niezawodność usługi	RE5 – Możliwość realizacji rejestracji w oczekiwanym terminie RE6 – Brak pomyłek w procesie rejestracji realizowanej dowolnymi formami RE7 – Skuteczność prób rejestracji dowolnymi formami (np. telefon, Internet)	
Reakcja na oczekiwania klienta	RE8 – Czas oczekiwania na rejestrację	P6 – Czas oczekiwania w poczekalni na wizytę P7 – Spełnienie dodatkowych oczekiwań klienta w poczekalni, takich, jak np. pomoc personelu wobec osób z ograniczeniami ruchowymi P8 – Dostęp do dodatkowej infrastruktury, np. szatni, toalet
Fachowość, zaufanie, pewność	RE9 – Wiedza personelu pracującego w rejestracji dotycząca możliwych godzin wizyt, numerów gabinetów itd. RE10 – zaufanie do rzetelności przekazywanych informacji	
Empatia	RE11 – zrozumienie i poznanie oczekiwań klienta RE12 – indywidualne podejście do problemów, z którymi pojawia się pacjent	

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Zieliński, Studzińska 2014, s. 51].

źle, (1) – dobrze, (2) – bardzo dobrze. Propozycje dalszych zmian zostały pogrupowane jako bliskoznaczne i przytoczono jedynie te, które powtarzały się najczęściej. Wyniki zaprezentowano w tabeli 2 (obszar rejestracji) i 3 (obszar poczekalni).



Tabela 2. Pozytywne zmiany i dalsze oczekiwania pacjentów wobec obszaru rejestracji

Rejestracja (RE)	Średnia ocena dotychczasowych zmian	Propozycje przyszłych zmian
RE1 – Czystość punktu rejestracji	1,12	– zachowanie wizualnego porządku w dokumentach
RE2 – Walory wizualne punktu rejestracji	1,25	– zmiana kolorystyki na bardziej optymistyczną – wykorzystanie materiałów, które ocieplą wizerunek punktu rejestracji – likwidacja szyby oddzielającej punkt rejestracji od klientów
RE3 – Schludność ubioru personelu rejestracji	1,12	– wprowadzenie jednolitego ubioru dla wszystkich osób – wprowadzenie plaketek informacyjnych z imieniem i nazwiskiem personelu
RE4 – Zróżnicowanie możliwych form zarejestrowania się do lekarza (np. telefon, Internet)	1,5	– dodanie możliwości rejestracji przez Internet
RE5 – Możliwość realizacji rejestracji w oczekiwanym terminie	0,11	– zbyt długi czas oczekiwania na wizytę – dla osób pracujących do późna nieodpowiednie (dopołudniowe) godziny przyjęcia przez danego lekarza
RE6 – Brak pomyłek w procesie rejestracji realizowanej dowolnymi formami	0,64	– wprowadzenie form elektronicznej obsługi pacjenta, np. z kartami rejestracji, wykorzystaniem kodów kreskowych, czy też innych tego typu nowych technologii
RE7 – Skuteczność prób rejestracji dowolnymi formami (np. telefon, Internet)	0,15	– zwiększenie liczby personelu obsługującego linie telefoniczne – wydłużenie czasu rejestracji – wprowadzenie możliwości rejestracji przez Internet – telefoniczne powiadamianie pacjenta przy zmianie godzin wizyty, spóźnieniu lekarza itd.
RE8 – Czas oczekiwania na rejestrację	0,09	– większa liczba personelu w punkcie rejestracji
RE9 – Wiedza personelu pracującego w rejestracji dotycząca możliwych godzin wizyt numerów gabinetów itd.	0,54	– zapewnienie aktualnej wiedzy personelu na temat godzin pracy lekarzy, numerów gabinetów i ewentualnych zmian wynikających np. z prac serwisowo-naprawczych w placówkach
RE10 – Zaufanie do rzetelności przekazywanych informacji	1,18	<i>Brak odpowiedzi</i>
RE11 – Zrozumienie i poznanie oczekiwań klienta	0,77	– większe zainteresowanie personelu rejestracji zgłaszającym się pacjentem
RE12 – Indywidualne podejście do problemów, z którymi pojawia się pacjent	1,12	– również większe zainteresowanie personelu rejestracji zgłaszającym się pacjentem

Źródło: opracowanie własne.



Dokonując analizy treści zawartych w tabeli 2, należy stwierdzić, że w każdym z kryteriów pacjenci widzą zmiany pozytywne (wartości średnie większe od 0), niemniej jednak w części kryteriów są one na niewielkim poziomie. Dotyczy to przede wszystkim czasu oczekiwania na wizytę czy też skuteczności rejestracji z wykorzystaniem różnorodnych form rejestracji, przy czym z kierunków dalszych doskonalen można wnioskować, że dotyczy to w głównej mierze rejestracji osobistej i telefonicznej. Z drugiej zaś strony największe zmiany pozytywne dotyczą zarówno punktu rejestracji (jego wyglądu i czystości), jak i zaufania do rzetelności przekazywanych informacji. Proponowane zmiany dla obszaru rejestracji dotyczyły w głównej mierze podjęcia działań doskonalących ukierunkowanych na sprawną rejestrację pacjenta (w tym z wykorzystaniem form, które nie wymagają osobistej rejestracji). Widoczne jest także pewnego rodzaju łączenie przez pacjentów czasu oczekiwania do specjalisty z procesem rejestracji. Wynika to zapewne z faktu, iż informacja o czasie oczekiwania jest pacjentowi przekazywana z reguły właśnie w tym miejscu.

Tabela 3. Pozytywne zmiany i dalsze oczekiwania pacjentów wobec obszaru poczekalni

Rejestracja (RE)	Średnia ocena dotychczasowych zmian	Propozycje przyszłych zmian
P1 – Czystość poczekalni	0,59	– częstsze sprzątnięcie poczekalni
P2 – Estetyka wnętrza	0,38	– zastosowanie bardziej przyjaznej kolorystyki wnętrza
P3 – Liczba miejsc siedzących	1,11	– zwiększenie liczby miejsc siedzących w przychodni – zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc przy każdym z gabinetów, a także usytuowanych tak, żeby widzieć drzwi gabinetu
P4 – Czystość i wygląd pozostałych elementów związanych z poczekalnią, np. szatnia, toalety	1,02	– częstsze sprzątnięcie
P5 – Dodatkowa infrastruktura, np. dla matek z dziećmi	0,16	– wydzielenie miejsca z odpowiednią infrastrukturą
P6 – Czas oczekiwania w poczekalni na wizytę	0,19	– skrócenie czasu oczekiwania na wizytę, zachowanie punktualności zgodnie z godziną rejestracji
P7 – Spełnienie dodatkowych oczekiwań klienta w poczekalni, takich jak np. pomoc personelu wobec osób z ograniczeniami ruchowymi	0,20	– odpowiednia liczba pomocnego personelu – dostępność personelu
P8 – Dostęp do dodatkowej infrastruktury, takiej jak np. szatni, toalet itd.	1,28	Brak odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne.



Dokonując analizy treści zawartych w tabeli 3 należy stwierdzić, że również i w tym przypadku pacjenci pozytywnie postrzegają dotychczasowe zmiany (także w tej sytuacji wartość średnich ocen była większa od 0). Najmniejsze zmiany według pacjentów zauważono w spełnieniu dodatkowych oczekiwań, wydzieleniu specjalnych obszarów dla matek z dziećmi, a także czasu oczekiwania na wizytę, a tym samym dłuższego czasu przebywania w przychodni. Ciekawym aspektem jest również to, że pacjenci z jednej strony oczekują skrócenia tego czasu, z drugiej zaś zwiększenia liczby miejsc siedzących w poczekalni – co sugerować może chęć zapewnienia wygody oczekiwania przy jednak dłuższym czasie oczekiwania. Tym bardziej że pacjenci dotychczasowe zmiany w zakresie zwiększenia liczby miejsc siedzących postrzegają pozytywnie (średnia ocena 1,11). Równie pozytywnie oceniany jest dostęp do dodatkowej infrastruktury, takiej jak toalety i szatnie, łącznie z zachowaniem czystości tych obiektów. Niemniej jednak w tym przypadku część pacjentów oczekuje częstszego sprzątnięcia, zarówno tych obiektów, jak i całej poczekalni.

4. Zakończenie

Na podstawie przedstawionych wyników badań można stwierdzić, iż większość dotychczasowych zmian w obszarach rejestracji i poczekalni w przychodni jest ocenianych pozytywnie. Niemniej jednak część kryteriów, których oceny jedynie nieznacznie przekraczają wartość 0, wymaga podejmowania dalszych działań doskonalących. Znajduje to także odzwierciedlenie w propozycjach zmian zdefiniowanych przez pacjentów. Stąd też w analizowanym przypadku należy w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na wprowadzenie możliwości rejestracji przez Internet. Działanie tego typu może zredukować negatywne odczucia związane z niewystarczającą liczbą personelu zatrudnionego w rejestracji (w tym obsługujących rejestrację przez telefon), a także czasu pracy punktu rejestracji. Warto również zastanowić się nad wprowadzeniem modyfikacji w odniesieniu do godzin przyjęć, dostosowując je do osób pracujących.

Z kolei w obszarze poczekalni pierwszoplanowe zmiany powinny dotyczyć takich aspektów, jak stworzenie specjalnej strefy z infrastrukturą dostosowaną np. do matek z dziećmi, co może być również powiązane ze zmianą kolorystyki poczekalni. Dodatkowo pacjenci zwracali także uwagę na zwiększenie liczby personelu dostępnego dla pacjentów wymagających pomocy w poczekalni. Jedynie dwa obszary: zaufanie do rzetelności informacji i dostęp do dodatkowej infrastruktury, takiej jak szatnia czy toaleta, pozbawione były zdefiniowanych przez pacjentów propozycji zmian, co oczywiście nie wyklucza również i w tych obszarach podejmowania działań doskonalących.

Zaprezentowane w niniejszym artykule rozważania stanowią jedynie przyczynek do dalszych badań w tym zakresie. W dalszych pracach badawczych warto dokonać szerszej analizy zarówno tego obszaru funkcjonowania podmiotów leczniczych, jak



i innych, poza obszarem rejestracji i poczekalni, wpływających na całokształt usługi zdrowotnej.

Literatura

- Bukowska-Piastrzyńska A., 2007, *Marketing usług zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa.
- Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W., 2012, *Marketing usług*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Dobrycka S., Prussak W., 2003, *Pomiar zadowolenia klienta z jakości usługi serwisowej*, [w:] Fertsch M., Trzcieliński S. (red.), *Praktyka zarządzania nowoczesnym przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań.
- Elg M., Witell L., Poksińska B., Engström J., Dahlgaard-Park S., Kammerlind P., 2011, *Solicited diaries as a means of involving patients in development of healthcare services*, International Journal of Quality and Service Science, vol. 3, no. 2.
- Grzybowska K., 2010, *Reorganizacja przedsiębiorstw. Zarządzanie zmianą organizacyjną*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań.
- Hallencreutz J., Turner D.M., 2011, *Exploring organizational change: best practice: are there any clear-cut models and definitions?*, International Journal of Quality and Service Science, vol. 3, no. 1.
- Hollins B., Shinkins S., 2009, *Zarządzanie usługami. Projektowanie i wdrażanie*, Wydawnictwo PWE, Warszawa.
- Jasiński Z., 2005a, *Istota, elementy i zasady organizacji działalności operacyjnej*, [w:] Jasiński Z., (red.), *Podstawy zarządzania operacyjnego*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Jasiński Z., 2005b, *Warunki i mechanizmy funkcjonowania systemów operacyjnych*, [w:] Jasiński Z., (red.), *Podstawy zarządzania operacyjnego*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Karaszewski R., 2005, *Zarządzanie jakością. Koncepcje, metody i narzędzia stosowane przez liderów światowego biznesu*, TNOiK Dom Organizatora, Toruń.
- Łopatowska J., Zieliński G., 2012, *Czynniki generujące zmiany w podnoszeniu konkurencyjności przedsiębiorstw*, Zarządzanie i Finanse, vol. 10, nr 4 (1).
- Łopatowska J., Zieliński G., 2013a, *Obszary zmian w wymiarach jakości usług* [w:] Boguszewicz-Kreft M., Rozkwitalska M. (red.), *Nowe koncepcje w zarządzaniu organizacją wobec wyzwań otoczenia*, Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, t. 22.
- Łopatowska J., Zieliński G., 2013b, *Zmiany w zarządzaniu operacyjnym w usługach*, [w:] Zawadzka L., Zieliński G. (red.), *Zarządzanie operacyjne w teorii i praktyce. Systemy, procesy, narzędzia*, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., 2005, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa.
- Payne A., 1997, *Marketing usług*, PWE, Warszawa.
- Silvestro R., 2005, *Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda*, International Journal of Quality & Reliability Management, vol. 22, no. 3.
- Szreder M., 2010, *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, PWE, Warszawa.
- Urbanik M., 2004, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa.
- Waters D., 2001, *Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zieliński G., Studzińska M., 2014, *Kierunki wykorzystania koncepcji design-thinking w doskonaleniu obszaru rejestracji i poczekalni w przychodni*, [w:] Wiśniewska M., Zieliński G. (red.), *Wielowymiarowe aspekty doskonalenia podmiotów leczniczych*, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.

