



ISSN 2223-3822

Machuga, N. (2018). Yakist i zadovolennia steikkholderiv systemy okhorony zdorovia Polshchi [Quality and satisfaction of the stakeholders in the health care system of Poland]. *Sotsialno-ekonomichni problemy i derzhava* [Socio-Economic Problems and the State] (electronic journal), Vol. 18, no. 1, pp. 88-101. Available at: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2018/18mnzozp.pdf>



SEPS

Journal

Socio-Economic
Problems and the State

ЯКІСТЬ І ЗАДОВОЛЕННЯ СТЕЙКХОЛДЕРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПОЛЬЩІ

Надія Мачуга

Школа Вища ім. Павла Влодковіца в Плоцку,
вул. Кілінського 12, Плоцк, 09-402, Польща
e-mail: nadiya.machuga@gmail.com
д.е.н., професор факультету управління



Article history:

Received: March, 2018
1st Revision: April, 2018
Accepted: April, 2018

JEL classification:

H111

UDC:

338.24:614.2

DOI:

<https://doi.org/10.33108/sepd.2018.01.088>

Анотація: У статті розглядається якість медичних послуг через задоволення зацікавлених сторін системи охорони здоров'я. Основна мета дослідження - проаналізувати зв'язок між якістю та задоволенням стейкхолдерів системи охорони здоров'я Польщі та вказати на можливість подолання кризи. Представлені дефініції понять медичних послуг, їх якості із зазначенням характеристик. Показано можливість їх впливу на рівень якості. Визначено зацікавлені сторони (стейкхолдери) системи охорони здоров'я, показано їх зв'язок із якістю медичних послуг. Увага приділяється збільшенню споживчих витрат на охорону здоров'я, що поглиблює питання про зміст споживчого кошика згаданої системи. Проаналізовано проблеми сучасної польської системи охорони здоров'я та запропоновано можливості їх вирішення. Проведено дослідження ґрунтується на наукових публікаціях, статистичних та аналітичних звітах.

Ключові слова: якість, медичні послуги, зацікавлені сторони (стейкхолдери) системи охорони здоров'я, задоволеність зацікавлених сторін.



Мачуга Н. Якість і задоволення стейкхолдерів системи охорони здоров'я Польщі [Електронний ресурс] / Надія Мачуга // Соціально-економічні проблеми і держава. — 2018. — Вип. 1 (18). — С. 88-101. — Режим доступу до журн.: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2018/18mnzozp.pdf>.



This open access article is distributed under a Creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license.

1. Постановка проблеми.

Для ефективної конкуренції та управління сучасними організаціями у бурхливому середовищі необхідно вміло поєднувати діяльність, спрямовану на отримання доходу з активною участю у сфері соціальної відповідальності. Йдеться про зміну класичного підходу управління, яке зосереджується на стратегіях, структурах на концептуальний підхід, основою якого є цілі, процеси та люди. Це дасть змогу балансувати інтереси різних зацікавлених сторін, які працюють всередині та поза цими організаціями. Заклади охорони здоров'я належать до організацій, які стикаються з особливо складними проблемами такого типу. В умовах браку фінансування галузі процес зменшення кількості лікувальних закладів є малоефективним. Лише спільна співпраця з зацікавленими особами (стейкхолдерами) дозволить опрацювати правильну стратегію розвитку системи охорони здоров'я країни.

2. Аналіз останніх досліджень та публікацій.

Зацікавленість даною тематикою серед науковців проявляли А. Парасурман, Л. Л. Беррі, А. Зейтхамі, К. Гронрус, Ф. Котлер, Г. Армстронг, Д. Сондерс, В. Вонг, К. Хаксевер, Б. Рендер, Р. Рассел, Р. Мердик та інші. В зазначених працях не до кінця розкриті стосунки між підприємствами та стейкхолдерами. Зокрема, бракує публікацій, що стосуються діяльності закладів охорони здоров'я в даному контексті.

3. Постановка завдання.

Метою даної публікації є представлення авторського бачення дефініції поняття «медична послуга» та аналіз зв'язку між якістю і задоволенням зацікавлених сторін у системі охорони здоров'я Польщі.

4. Виклад основного матеріалу.

Питанням оцінки здоров'я та результатами лікування хворих людство цікавилось вже давно. Так в Месопотамії близько 2000 років до н.е. був прийнятий кодекс Хаммурапі, який передбачав оплату чи штрафи залежно від результатів медичної допомоги. При збереженні рук або ніг, лікар повинен був отримати п'ять шекелів срібла. Коли пацієнт помер – лікар в такому випадку втрачав руки. Хоча практика оцінки ефективності охорони здоров'я має тисячолітню історію, система охорони здоров'я все ще потребує покращення за участю суспільства, що є можливим лише у випадку співпраці закладів охорони здоров'я та всіх їх зацікавлених сторін (стейкхолдерів).

Протягом багатьох століть люди були зацікавлені в медичних послугах із врахуванням їх якості. Варто зазначити, що це поняття по різному трактується дослідниками. Платон заявляв, порівнюючи якість з судом, який здійснюють користувачі, що без останніх немає суду [20]. Аристотель вказував на тісний зв'язок цього поняття з його особливостями [29]. Якість, Т. Котарбинським визначалася, як сукупність різних ознак, що визначають ступінь суспільної корисності продукту відповідно до його призначення, а також вказує на зв'язок з цінністю [16].

У своїх роботах Іван Павло II зазначив, що "... сьогодні проблема полягає не лише у забезпеченні потрібної кількості товарів людині, а й у задоволенні попиту на якість: якість вироблених та спожитих товарів; якість послуг, які використовуються; якість навколишнього середовища та життя в цілому" [19]. У той же час, якість продукції та послуг повинна сприйматися з урахуванням точки зору виробника, користувача та оточення. А. Парасурман, Л. Л. Беррі та А. Зейтхамі говорять про якість послуг як про

виконання матеріальної частини, надійність, реакцію на проблеми, компетентність працівників, співпереживання [23].

Існує три групи визначень якості:

- якість як сервісна характеристика (продукту);
- якість як ступінь виконання вимог користувача;
- якості як того, що можна покращити.

Якість медичних послуг – це основна категорія функціонування в системі вільної ринкової економіки. З нього виходять інші категорії, такі як:

- конкурентоспроможність медичних закладів;
- інновації;
- гнучкість або можливість відповідності медичних установ до змінних вимог пацієнта (споживача).

Якість послуг складається з:

- їх наявності (легкості доступу до отримання послуг незалежно від організаційних, фінансових та інших перешкод);
- повної інформації (щодо стану здоров'я, варіантів лікування, синергетичної дії ліків);
- медичної освіти (можливості пацієнта набути навички самопомоги та визнання симптомів, що потребують допомоги);
- добросовісного спілкування між лікарями та медсестрами, поваги та турбота про пацієнта, узгодження та безперервність процесу лікування;
- задоволення пацієнта (вищий або, принаймні, належний рівень прийняття отриманої допомоги в порівнянні з очікуваннями).

Чітке визначення поняття «медичної послуги» як економічної категорії відсутнє. В більшості випадків використовується поняття «медична допомога». Остання представляється як лікування, профілактичні заходи під час захворювань, медичних оглядів, травм, пологів та інших видів медичних робіт. З огляду на це необхідно сформулювати дефініцію згаданого поняття. Ще відомий французький економіст Жан-Батіст Сей виділив послугу як суттєву частину економічної активності людини та представив її духовним, нематеріальним продуктом людської праці, який неможливо відокремити від надавача послуг [28].

Т. Хілл підійшов до визначення послуги як процесу перетворення існуючого товару за участю безпосереднього споживача за його потребами [17]. К. Гронрус погоджується зі своїм попередником із тим, що послуга є процесом, показуючи взаємодію споживачів з виробничими ресурсами підприємства [15].

Загалом усіх дослідників даного питання можна поділити на дві групи. До першої належать Ф. Котлер, Г. Армстронг, Д. Сондерс, В. Вонг, К. Хаксевер, Б. Рендер, Р. Рассел, Р. Мердик [4, 6], які визначають послугу як вид діяльності. Натомість, послугу як економічне благо показують В. Апопій, І. І. Олексин, Н.О. Шутовська та Т. В. Футало [1]. При цьому В. В. Апопій, І. І. Олексин, Н.О. Шутовська, Т. В. Футало, К. Маркс послугу трактують як різновид товару [1, 5]. Іншими словами, послугу можна представити як об'єкт купівлі-продажу в умовах ринку із власною споживчою вартістю.

Враховуючи всі вище представлені трактування, подаємо авторське бачення дефініції поняття «медична послуга», яку варто розуміти як вид господарської діяльності медичних закладів чи окремих підприємств, що займаються приватною медичною практикою. Згадана діяльність спрямована на покращення стану здоров'я пацієнта чи здійснення естетичних корективів. Беручи під увагу споживчу вартість медичних послуг, варто трактувати їх як специфічний товар на ринку медичних послуг.

Кожне зазначене визначення поняття якості та його компонентів вказує на те, що головним детермінантом є зацікавлені сторони. В Польщі слід згадати трьох основних учасників системи охорони здоров'я:

- одержувача;
- постачальника;
- установа зі страхування здоров'я – платник – Національний Фонд Здоров'я (НФЗ) Польщі.

Вказані групи зацікавлених сторін повинні піддаватися конкретному аналізу для підвищення якості медичних послуг. Тому варто розглянути питання: "Хто є зацікавленими сторонами в системі охорони здоров'я?". Ця концепція була застосована Р. Фріманом, який стверджував, що: "для досягнення ділового успіху слід брати під увагу позицію зовнішніх зацікавлених сторін, не лише з традиційно знаних (клієнтів та постачальників), а й з неринкових джерел, тобто засобів масової інформації, органів влади та органів місцевого самоврядування тощо" [11]. Дж. Е. Пост, Л. Е. Престон та С. Сакс представляли зацікавлені сторони як "людей чи групи, які свідомо чи ні роблять свій внесок у вигляді ідей, які сприяють процвітанню компанії"; будучи одночасно потенційними бенефіціарами цього добробуту, або ж несучи ризик, який компанія генерує через свої операції" [24].

Оскільки зацікавлені сторони безпосередньо впливають на рівень якості, необхідно детально їх визначити, беручи до уваги запропоновані трактування. На додаток до трьох учасників системи охорони здоров'я слід також враховувати ще наступних:

- Міністерство охорони здоров'я;
- воєводи (українські відповідники губернаторів),
- наукові центри;
- ЗМІ;
- суди та трибунали;
- організації та установи, що представляють інтереси пацієнтів ("Watch Health Care", "Primum Non Nocere", "Мої пацієнти");
- Омбудсмен з прав людини;
- комітети з розгляду медичних подій;
- виробники та постачальники лікарських засобів, медичних виробів та біоцидів, що діють на основі ринкового механізму;
- організації, що представляють постачальників послуг та виробників.

Кожна із зазначених зацікавлених сторін має свої власні бажання та цілі, які вкрай необхідно врахувати для досягнення основної мети – ефективної та безпечної системи охорони здоров'я. Безпека в системі охорони здоров'я та охорона здоров'я стосуються чутливих сфер державної політики. Негативні зміни в країні викликають соціальну напруженість та відсутність контролю над рівновагою серед зацікавлених сторін у секторі охорони здоров'я. Ефективна робота зацікавлених сторін здійснюється через:

- зв'язки;
- консультації;
- діалог;
- співпрацю.

Представлені інструменти дозволять спільно визначати існуючі проблеми системи охорони здоров'я та розробляти стратегію їх вирішення. Найважливішими серед них є:

- збільшення вартості медичних послуг;
- обмеження доступу до медичних послуг (черги, ліміти, додаткові збори);
- незадовільна якість послуг (збільшення кількості процесів);
- відсутність персоналу (медичного, допоміжного та технічного);
- відсутність принципу "гроші йдуть з пацієнтом" – вибір лікаря пацієнтом відбувається на підставі кількості осіб, що очікують на прийом.

Як показують дані Центрального статистичного управління, з 2007 по 2015 роки витрати на охорону здоров'я, як приватні, так і державні зростають. На рис. 1 показана динаміка зростання витрат в млн злотих. У вибраний період спостерігається збільшення державних видатків на охорону здоров'я, хоча повільно зростають і приватні витрати.



Рис. 1. Державні та приватні витрати на охорону здоров'я в млн злотих

Джерело: Опрацювання власне [26].

Державні витрати у відсотках від ВВП, представлені на рис. 2, свідчать про їх зниження у 2015 році до рівня з 2012 року. У той же час приватні витрати більш-менш на тому ж рівні.

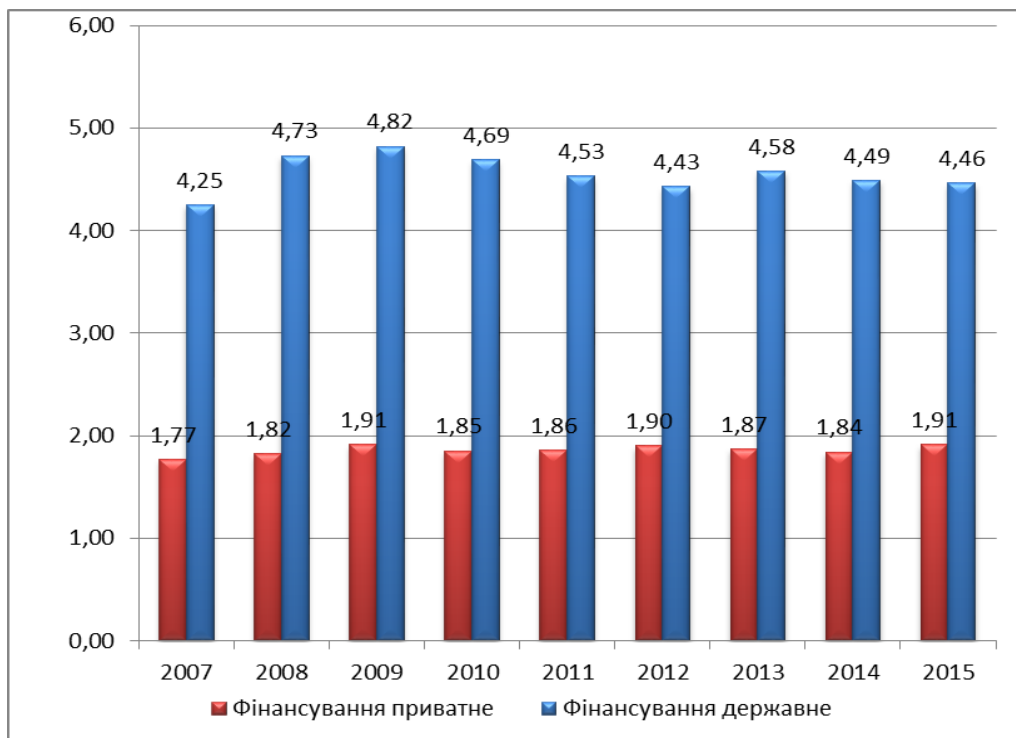


Рис. 2. Державні та приватні витрати у відсотках на охорону здоров'я в млн злотих

Джерело: Опрацювання власне [26].

За десять років, за даними Статистичного управління Польщі, середня заробітна плата в національній економіці, починаючи з 2008 року по 2016 рік, збільшувалася лінійно (рис. 3).

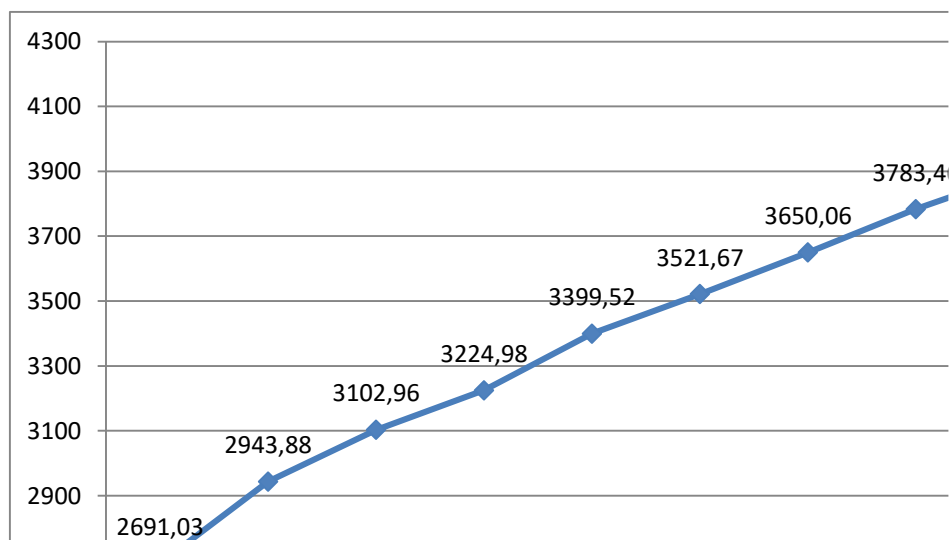


Рис. 3. Середня заробітна плата працівників народного господарства у 2007-2016 роках

Джерело: Опрацювання власне на підставі Головного статистичного управління [12].

Зростання заробітної плати в національній економіці також дає можливість збільшити приватні витрати на охорону здоров'я та пояснює активність пацієнтів разом із бажанням скоротити черги очікувань до медичним спеціалістів і підвищити якість медичних послуг. Хоча така гіпотеза не є правильною. Звіт, представлений компанією Watch Health Care, показує, що для проведення значної частини медичних досліджень, які фінансуються пацієнтами за рахунок власних коштів, доводиться очікувати в черзі довше, ніж тим, що фінансуються Національним фондом охорони здоров'я (НФЗ), а саме дослідження: виконання магнітного резонансу голови (7,1 місяця); візит до кардіолога (4,3 місяці); комп'ютерна томографія голови (4,2 місяці); ЕКГ (3,2 місяці) та інші (рис. 4). Ця ситуація руйнує основи ринкової економіки. Якщо існує єдиний підхід до надання медичних послуг незалежно від засобів покриття витрат, то такі інвестиції можуть бути кваліфіковані як втрати.

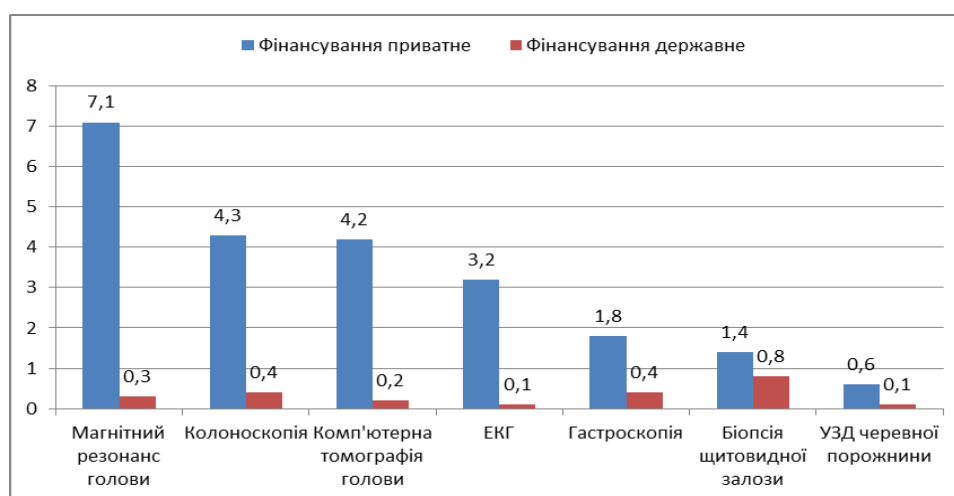


Рис. 4. Середній час очікування на отримання медичних послуг, які фінансувались як за рахунок державних, так і приватних коштів, липень-серпень 2017 року [25]

У Польщі є напрацювання хороших стосунків з комерційним пацієнтом. Один з таких прикладів є лікарня ім. Ридегера в Кракові, яка щорічно приймає 2809 комерційних пацієнтів, отримуючи прибуток у розмірі 1,7 мільйонів злотих. У той же час такі особи обслуговуються в відділі обслуговування комерційних клієнтів, де можна зареєструватися до лікаря протягом двох днів на відміну від людей, які фінансуються з Національного Фонду Здоров'я, які очікують в черзі 3 місяці [25].

Аргументом на користь відокремлення комерційних пацієнтів та пацієнтів застрахованих у НФЗ також є середній термін очікування для перших результатів тестування, найдовше очікується на: колоноскопію (0,71 місяця); гастроскопію (0,65 місяця); біопсію щитовидної залози (0,53 місяці) та інші (рис. 5). Скорочення часу очікування дає пацієнтам можливість почати лікування раніше і збільшити шанс на його позитивні результати.

Індекс прозорості глобальної системи охорони здоров'я, наведений у звіті аудиторської компанії KPMG від 13.04.2017, свідчить про якість охорони здоров'я на рівні 29 %, що призводить до задоволення пацієнтів на рівні 46 % [25].

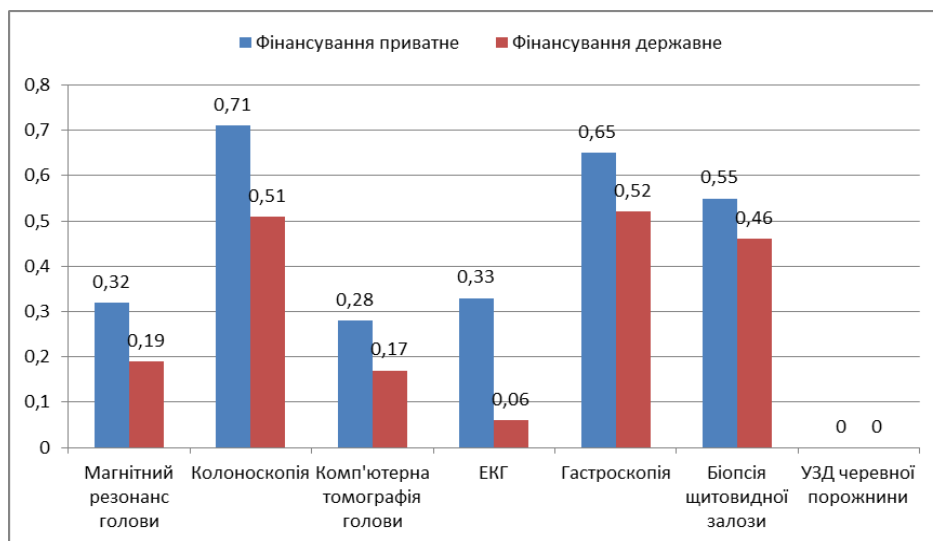


Рис. 5. Середній час очікування результатів досліджень, проведених як за рахунок коштів НФЗ, так і за рахунок приватних коштів, липень-серпень 2017 [25]

Важливою проблемою медичного обслуговування є відсутність медичного, допоміжного та технічного персоналу. За даними Статистичного управління, кількість лікарів, які мають дозвіл на практику, зменшилась за останні роки. А саме, дивлячись на вікову структуру, помітно збільшити кількість людей від 45 до 65 років і вище (рис. 6). Проте число лікарів середнього віку (35-44 років), що є основою продуктивної системи якісної медичної допомоги зменшується. Ці люди мають бажання опанувати нові знання та є хорошою зміною в системі охорони здоров'я і основними чинниками розвитку соціальної сфери.

Можливо указ міністра охорони здоров'я від 27 жовтня 2017 року «Про розмір базової місячної зарплати лікарів і стоматологів, які проходять ординатуру» змінить ситуацію. Вищезазначений документ передбачає підвищення заробітної плати для фахівців з 4070 злотих до 4624 злотих, лікарів без спеціалізації від 3570 злотих до 4097 злотих. Що стосується лікарів резидентів, то це збільшення відбуватиметься для лікарів зі спеціалізацією від 4770 злотих до 5297 злотих, а лікарів без спеціалізації від 3570 злотих до 4097 злотих. Зміни будуть введені поступово з 1 липня 2017 року до 1 січня 2019 року.

Така пропозиція Міністерства охорони здоров'я показує відсутність поваги до професії лікарів і виправдовує якість медичних послуг на середньому рівні.

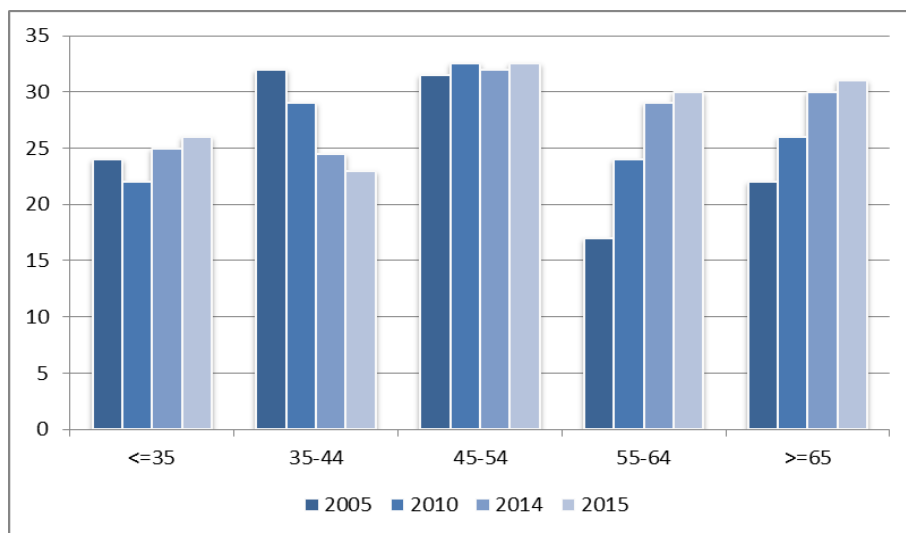


Рис. 6. Вікова структура та заробітна плата лікарів спеціалістів [13]

Результатом відсутності медичного персоналу є формування та збільшення черг. За таких умов, система працює без реального вибору лікаря пацієнтом, тобто принцип "гроші йдуть за пацієнтом" не працює. Як результат пацієнт змушений шукати можливості потрапити на прийом до лікаря-спеціаліста менш ніж за 6 місяців.

Ефективна діяльність лікувального закладу неможлива без повного захисту персоналу, зокрема технічного. Останнім часом багато таких працівників змінюють роботу в лікарні на будівельну галузь, де вони мають шанс отримати зарплату на 1500 - 1800 злотих нетто більше. Така погана тенденція потребує негайного вирішення, тобто пошуку можливих джерел фінансування збільшення заробітної плати для технічних працівників, наприклад, у формі виокремлення прийняття комерційних пацієнтів.

Врахування вищезазначених проблем та пошук їх рішень можливий за допомогою діалогу, який дозволить отримувати певні вигоди:

- збір важливої інформації про очікування та переваги ключових зацікавлених сторін;
- створення довіри та зміцнення бренду;
- допомога зацікавленим сторонам у визначенні пріоритетних сфер CSR;
- отримання інформації від зацікавлених сторін про діяльність з CSR та можливість прийняття обґрунтованих рішень.

Одним із головних пріоритетів, запропонованих Пітером Друкером є бажання покращити стосунки із зацікавленими сторонами. Економіст вважає, що фірмі слід "прагнути виконувати роль хорошого роботодавця, громадянина та доброго сусіда" [22]. Справа в тому, що вказаний принцип повинен бути включений до стратегічних цілей медичних закладів, де, крім економічних цілей, також враховується соціальний пріоритет. Високий рівень якості медичних послуг, відкритість для навколишнього середовища – одні з найважливіших завдань управлінського персоналу. Хороший імідж медичних закладів є запорукою їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг.

Теорія зацікавлених сторін включає в себе реалізацію діяльності щодо соціальної відповідальності у двох напрямках: внутрішньому та зовнішньому [9]. Останній полягає в тому, щоб створити відносини з зовнішніми зацікавленими сторонами та керувати ними. Правильна робота системи охорони здоров'я залежить від врахування потреб пацієнтів при врахуванні цілої низки інформації, яка відображає сподівання клієнтів. Для її отримання варто відслідковувати зміни, що відбуваються в суспільстві. У цьому процесі буде корисно встановити тісні зв'язки з пацієнтами або їхніми представниками, наприклад через зустріч раз в місяць у формі круглого столу або

введення їх у наглядову раду за діяльністю медичного закладу. При встановленні діалогу можна отримати довіру споживачів медичних послуг та переваги ключових зацікавлених сторін. Внутрішня соціальна відповідальність закладів охорони здоров'я повинна бути спрямована на гуманізацію умов праці, гідну винагороду працівників, надання відповідних соціальних пільг та задоволення роботою [21].

Наступним аргументом для залучення зацікавлених сторін є теза про те, що самі працівники можуть впливати на вартість медичного закладу [10]. Це відбувається за допомогою знань, компетенції та чесної праці. Якщо керівник згаданого закладу не враховує необхідність створення політики, то брак мотивації, крім обов'язку, призведе до низької ефективності роботи. Створення кадрової політики слід розуміти як стратегічну концепцію (в тому числі: визначення потреб працівників, набору та підбору, комунікації, мотивації, розвитку, нагородження, субстратегії зменшення зайнятості) суб'єктивного ставлення до працівників – з урахуванням їх потреб та очікувань та оптимального використання їх роботи, відповідно до цілей, а також місії медичного закладу [8].

Сучасна політика людських ресурсів координує та інтегрує цілі працівників з цілями організації, як:

- визначення взаємних очікувань працівників та використання їх організацією;
- укладання численних контактів, що описують взаємні очікування організацій та працівників,
- створення умов, що забезпечують взаємні очікування [31].

Крім зазначеного вище, Дж. Адамчик підкреслює, що соціальна відповідальність перед працівниками повинна включати:

- планування завдань працівників, відповідальність та прозору систему оплати праці;
- підвищення рівня задоволення працівників та можливості їх самореалізації;
- добробут працівників (медичне страхування, надання допомоги у складних матеріальних ситуаціях, можливість скористатися відпуском у зв'язку з хворобою та вихідною допомогою для виїзду осіб);
- збереження стабільності у працевлаштуванні (збільшення почуття матеріальної безпеки для працівників);
- умови праці (надання ергономічного робочого місця, охорона праці, соціальні пільги, пенсійне страхування) [7].

На практиці, адміністрації закладів охорони здоров'я робить помилку, думаючи, що тільки адаптувавшись до законів і заходів безпеки, виділення коштів для підвищення кваліфікації достатньо в реалізації стратегії корпоративної соціальної відповідальності. Організаційна культура повинна стати основою для розвитку медичних закладів з метою побудови їх спільної цінності.

5. Висновки та пропозиції.

Розвиток системи охорони здоров'я та її правильна робота неможливі без тісної співпраці з внутрішніми та зовнішніми зацікавленими сторонами. Така діяльність дозволить не тільки виявляти проблеми, але й визначити план їх ліквідації через:

1. Пропаганду здорового способу життя (з урахуванням темпів старіння населення) у вигляді розвитку державної програми, яка буде піклуватися про здоров'я населення та визначення квоти витрат на їх лікування.
2. Створення ефективної стратегії розвитку системи охорони здоров'я.
3. Надання даних (кількість пацієнтів, що поступили на лікування, кількість внутрішньо лікарняних інфекцій на рівні окремих постачальників), щоб гарантувати прозорість системи охорони здоров'я.
4. Регулярну звітність про наслідки лікування та функціонування медичних

установ, що забезпечує наявність інформації для всіх зацікавлених сторін у системі охорони здоров'я.

5. Концентрацію закладів охорони здоров'я, спрямовану не тільки на скороченні витрат, але також на створення цінності для пацієнтів.

6. Проведення всебічного аналізу всіх елементів системи охорони здоров'я, а не лише його фрагментів.

7. Поліпшення процесу інтеграції медичної допомоги (об'єднання ресурсів при вході, процесу надання послуг, управління та організацію медичних послуг у зв'язку з діагностикою, терапією, реабілітацією та покращенням здоров'я).

Запропоновані рекомендації дозволять зосередити увагу на пацієнтах та враховувати потреби всіх зацікавлених сторін, що стане одним з основних факторів управління якістю медичних послуг.

Author details (in Russian)

КАЧЕСТВО И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТЕЙХОЛДЕРОВ СТОРОН СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОЛЬШИ

Надежда Мачуга

*Школа Высшая им. Павла Влодковица в Плоцку,
ул. Килинского 12, 09-402, Плоцк, Польша
e-mail: nadiya.machuga@gmail.com
д.э.н., профессор факультета управления*

Аннотация. В статье рассматривается качество медицинских услуг через удовлетворение заинтересованных сторон системы здравоохранения. Основная цель исследования - проанализировать связь между качеством и стейкхолдерами в системе здравоохранения Польши и указать на возможность преодоления кризиса. Представлены дефиниции понятий медицинских услуг, их качества с указанием характеристик. Показана возможность их влияния на уровень качества. Определены заинтересованные стороны системы здравоохранения (стейкхолдеры), показано их связь с качеством медицинских услуг. Внимание уделяется увеличению потребительских расходов на здравоохранение, что углубляет вопрос о содержании потребительской корзины упомянутой системы. Проанализированы проблемы современной польской системы здравоохранения и предложены возможности их решения. Проведённое исследование основано на научных публикациях, статистических и аналитических отчетах.

Ключевые слова: качество, медицинские услуги, заинтересованные стороны системы (стейкхолдеры) здравоохранения, удовлетворенность заинтересованных сторон.

Author details (in English)

QUALITY AND SATISFACTION OF THE STAKEHOLDERS IN THE HEALTH CARE SYSTEM OF POLAND

Nadiia Machuga

*Pawel Wlodkowic University College in Plock,
Al. Kilińskiego 12, Poland
e-mail: nadiya.machuga@gmail.com
Dr., Prof., Faculty of Management*

Abstract. The quality of medical services due to the satisfaction of stakeholders in the health care system is taken into consideration in the article. The main objective of the study is to analyze the relationship between quality and stakeholders in the healthcare system in Poland

and point out the possibility of overcoming the crisis. The definitions of medical services and their quality concepts including characteristic features are given. The possibility of their impact on quality level is shown. The interested parties (stakeholders) of health care system are identified, their relationship with the medical services quality is shown. The great attention is paid to consumer expenditure increase on health care which exacerbate the problem of consumer basket content of the above-mentioned system. The problems of the modern Polish health care system are analyzed and the possibilities of their solution are offered. The conducted research is based on scientific, statistical and analytical reports.

Key words: quality, medical services, stakeholders of the system (stakeholders) of health care, satisfaction of interested parties.

Appendix A. Supplementary material

Supplementary data associated with this article can be found, in the online version, at <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2018/18mnzozp.pdf>

Funding

The authors received no direct funding for this research.

Citation information

Machuga, N. (2018). Yakist i zadovolennia steikholderiv systemy okhorony zdorovia Polshchi [Quality and satisfaction of the stakeholders in the health care system of Poland]. *Sotsialno-ekonomichni problemy i derzhava* [Socio-Economic Problems and the State] (electronic journal), Vol. 18, no. 1, pp. 88-101. Available at: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2018/18mnzozp.pdf>

Використана література:

1. Апопій В. В. Організація і технологія надання послуг: навч. посібник / В. В. Апопій, І. І. Олексин, Н. О. Шутовська, Т. В. Футало / За ред. В. В. Апопія. – К. : ВЦ «Академія», 2006. – 312 с.
2. Біловодська О. А. Оцінка стратегій розвитку виробничих підприємств як основа для їх корпоративної реформації / Економічне обґрунтування реінжинірингу бізнес-процесів виробничих підприємств: монографія / за заг. ред. к.е.н., доц. Л. М. Таранюка. – Суми: ВВП «Мрія-1», 2010. – С. 198 – 213.
3. Гайдаєнко О. В. Стейкхолдери медичних проектів [Текст] / О. В. Гайдаєнко, К. В. Кошкин // Управління проектами та розвиток виробництва : Зб. наук. праць. Луганськ: вид-во СНУ ім. В. Даля. – 2016.-№2(58). –С. 12–18.
4. Котлер Ф. Основы маркетинга / Ф. Котлер, Г. Армстронг, Д. Сондерс, В. Вонг; – 2.европ.изд. - М. и др. : Вильямс, 2000. - 943 с.
5. Маркс К. Сочинения, 2-е изд. Т. 26. Ч. 1 / К. Маркс, Ф. Энгельс. – М. : Государственное изд-во политической литературы, 1962. – 509 с.
6. Хаксевер К. Управление и организация в сфере услуг. Теория и практика / К. Хаксевер, Б. Рендер, Р. Рассел, Р. Мердик. – СПб., 2002. – 752 с.
7. Adamczyk Jadwiga. 2009. Społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw. PWN, Warszawa, s. 57.
8. Bartkowiak Grażyna. 2017. Geneza i teoretyczna podstawy zarządzania zasobami ludzkimi, w: Podstawy zarządzania zakładem opieki. Warszawa.
9. Filek Janina. 2006. Społeczna Odpowiedzialność Biznesu. Tylko moda czy nowy model prowadzenia działalności gospodarczej. Kraków: Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.
10. Frączkiewicz-Wronka Aldona, Wronka Martyna, Kotowski Przemysław, Koncentracja na zewnętrznym otoczeniu jednostki ochrony zdrowia –wyznaczanie kierunków działania przez przywódcę, w: Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty, Aldona Frączkiewicz-Wronka, Agata Austin-Tynda (red.), Wolters Kluwer. 2009. Polska.

11. Freeman E. (2010). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139192675>
12. Główny Urząd Statystyczny. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w latach 1950-2017 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/przecietne-miesieczne-wynagrodzenie-w-gospodarce-narodowej-w-latach-1950-2016,2,1.html>. Data odczytywania: Kwiecień 20, 2017.
13. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html>. Data odczytywania: Marzec 02, 2017.
14. Górńska Anna. Szpital im. Rydygiera: pacjent komercyjny? Prosimy bez kolejki <http://www.gazetakrakowska.pl/artukul/510177,szpital-im-rydygiera-pacjent-komercyjny-prosimy-bez-kolejki,id,t.html>. Data odczytywania: Wrzesień 23, 2017.
15. Gronroos, C. (1998), "Marketing Services: The Case of a Missing Product," *Journal of Business and Industrial Marketing*, 13 (415), 322-38. DOI: <https://doi.org/10.1108/0885862981022664>. Data odczytywania: Wrzesień 29, 2017.
16. Gwarek H. (2002) *Sterowanie jakością w przedsiębiorstwie*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
17. Hill T. P. On Goods and Services / T. P. Hill // *Review of income and Wealth*. – 1977. – December. – Vol. 23. – P. 320, c.315-338. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-4991.1977.tb00021.x>
18. Jak poprawić jakość zwiększając przejrzystość systemu opieki zdrowotnej? <https://home.kpmg.com/pl/pl/home/media/press-releases/2017/04/jak-poprawic-jakosc-zwiekszajac-przejrzystosc-systemu-opieki-zdrowotnej.html>. Data odczytywania: Kwiecień 13, 2017.
19. Jan Paweł II, Encyklika „Centesimo Annus”. 1998. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin.
20. Kiliński Antoni. *Jakość*. 1979. Warszawa: Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, s. 13.
21. Kopycińska Danuta, *Koncepcja społecznej odpowiedzialności firmy – poezja teorii i proza życia*, w: *Etyka biznesu w działaniu. Doświadczenia i perspektywy*, W. Gasparski, J. Dietl (red.). 2001. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
22. Kroik Janusz, Malara Zbigniew, *CSR i zrównoważony rozwój w warunkach silnej konkurencji*, w: *Zeszyty Naukowe XXV*, red. Janusz Kroik, Zbigniew Malara, Janusz Gołota. 2011. Ostrołęka: Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe im. Adama Chętnika.
23. Parasuraman Parsu, Berry Leonard and Zeithaml Valarie, „Perceived Service Quality as a Customer-Based Performance Measure: An Empirical Examination of Organizational Barriers Using an Extended Service Quality Model,” *Human Resource Management*, Fall 1991. DOI: <https://doi.org/10.1002/hrm.3930300304>
24. Post James, Preston Lee, Sachs Sybille, *Redefining the corporation: Stakeholder management and organizational wealth*, 2002.
25. Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka” nr 17/2/08/2017 <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/>. Data odczytywania: Kwiecień 23, 2017.
26. Raporty „Narodowy rachunek zdrowia za lata 2008 – 2015”, Główny Urząd Statystyczny.
27. Rok Bolesław, *Odpowiedzialny biznes w nieodpowiedzialnym świecie*. 2004. Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce.
28. Say, J.-B. (1971), *A Treatise on Political Economy*, August M. Kelley, New York, 488 s.
29. Skrzypek Elżbieta: *Jakość i efektywność*. 2000. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
30. Stoner James, Edward Freeman, Gilbert Daniel. 1999. *Kierowanie*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

31. Szałkowski Adam, Efektywność jako kryterium rozwoju potencjału pracy, w: Doskonalenie systemów zarządzania w społeczeństwie informacyjnym. 2006. Adam Sabryła (red.), Kraków: Akademia Ekonomiczna w Krakowie, t. 2.

References

1. Apopii, V. V., Oleksyn, I. I., Shutovska, N. O. & Futalo, T. V. (2006). Orhanizatsiia i tekhnolohiia nadання posluh: navch. Posibnyk [Organization and technology of providing services: a manual]. Kiev: Akademiia. (in Ukrainian).
2. Bilovodska, O. A. & Taraniuk, L. M. (2010). Otsinka stratehii rozvytku vyrobnychkykh pidpriemstv yak osnova dlia yikh korporatyvnoi reformatsii / Ekonomichne obgruntuvannia reinzhynirynhu biznes-protsesiv vyrobnychkykh pidpriemstv: monohrafiia [Assessment of the strategies of development of industrial enterprises as a basis for their corporate reformation / Economic substantiation of reengineering business processes of manufacturing enterprises: a monograph]. Sumy. Mriia-1. (in Ukrainian).
3. Haidaienko, O. V. & Koshkyn, K. V. (2016). Steikkholdery medychnykh proektiv [Sickholder of medical projects]. Luhansk: SNU im. V.Dalia. (in Ukrainian).
4. Kotler, F., Armstrong, G., Sonders, D. & Vong, V. (2000). Osnovy marketinga [Basics of marketing]. Moscow: Vilyams. (in Russian).
5. Marks, K. & Engels, F. (1962). Sochineniya [Compositions]. Moscow: Gosudarstvennoe izdatelstvo politicheskoy literatury. (in Russian).
6. Khaksever, K., Render, B., Rassel, R. & Merdik, R. (2002). Upravlenie i organizatsiya v sfere uslug. Teoriya i praktika [Management and organization in the service sector. Theory and practice]. Sankt-Peterburg. (in Russian).
7. Adamczyk, J. (2009). Społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw. PWN, Warszawa.
8. Bartkowiak, G. (2017). Geneza i teoretyczna podstawy zarządzania zasobami ludzkimi, w: Podstawy zarządzania zakładem opieki. Warszawa.
9. Filek J. (2006). Społeczna Odpowiedzialność Biznesu. Tylko moda czy nowy model prowadzenia działalności gospodarczej. Kraków: Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.
10. Frączkiewicz-Wronka, A., Wronka, M. & Kotowski P. (2009). Koncentracja na zewnętrznym otoczeniu jednostki ochrony zdrowia – wyznaczanie kierunków działania przez przywódcę, w: Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty. Polska.
11. Freeman E. (2010). Strategic Management: A Stakeholder Approach. Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139192675>
12. Główny Urząd Statystyczny. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w latach 1950-2017 (2018) available at: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/przecietne-miesieczne-wynagrodzenie-w-gospodarce-narodowej-w-latach-1950-2017,2,1.html> (accessed 20 April 2018).
13. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku (2017) available at: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html> (accessed 2 May 2017).
14. Górska A. Szpital im. Rydygiera: pacjent komercyjny? Prosimy bez kolejki (2012) available at: <http://www.gazetakrakowska.pl/artykul/510177,szpital-im-rydygiera-pacjent-komercyjny-prosimy-bez-kolejki,id,t.html> (accessed 23 September 2017).
15. Gronroos, C. "Marketing Services: The Case of a Missing Product," Journal of Business and Industrial Marketing (1998). DOI: <https://doi.org/10.1108/08858629810226645> (accessed 29 September 2017)

16. Gwarek H. (2002) Sterowanie jakością w przedsiębiorstwie, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
17. Hill T. P. On Goods and Services / T. P. Hill // Review of income and Wealth. – 1977. – December. – Vol. 23. – P. 320, c.315-338. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-4991.1977.tb00021.x>
18. Jak poprawić jakość zwiększając przejrzystość systemu opieki zdrowotnej? (2017) available at: <https://home.kpmg.com/pl/pl/home/media/press-releases/2017/04/jak-poprawic-jakosc-zwiekszajac-przejrzystosc-systemu-opieki-zdrowotnej.html> (accessed 13 April 2017).
19. Jan Paweł II, Encyklika „Centesimu Annus”. 1998. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin.
20. Kiliński A. Jakość (1979). Warszawa: Wydawnictwo Naukowo-Techniczne.
21. Kopycińska D., Gasparski W., Dietl J. (2001). Koncepcja społecznej odpowiedzialności firmy – poezja teorii i proza życia, w: Etyka biznesu w działaniu. Doświadczenia i perspektywy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
22. Kroik Janusz, Malara Zbigniew, CSR i zrównoważony rozwój w warunkach silnej konkurencji, w: Zeszyty Naukowe XXV, red. Janusz Kroik, Zbigniew Malara, Janusz Gołota. 2011. Ostrołęka: Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe im. Adama Chętnika.
23. Parasuraman Parsu, Berry Leonard and Zeithaml Valerie, „Perceived Service Quality as a Customer-Based Performance Measure: An Empirical Examination of Organizational Barriers Using an Extended Service Quality Model,” Human Resource Management, Fall 1991. DOI: <https://doi.org/10.1002/hrm.3930300304>
24. Post James, Preston Lee, Sachs Sybille, Redefining the corporation: Stakeholder management and organizational wealth, 2002.
25. Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka” (2017) nr 17/2/08/2017 available at: <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/> (accessed 23 April 2017).
26. Raporty „Narodowy rachunek zdrowia za lata 2008 – 2015”, Główny Urząd Statystyczny.
27. Rok Bolesław, Odpowiedzialny biznes w nieodpowiedzialnym świecie. 2004. Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce.
28. Say, J.-B. (1971), A Treatise on Political Economy, August M. Kelley, Ney York, 488 s.
29. Skrzypek Elżbieta: Jakość i efektywność. 2000. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
30. Stoner James, Edward Freeman, Gilbert Daniel. 1999. Kierowanie, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
31. Szałkowski Adam, Efektywność jako kryterium rozwoju potencjału pracy, w: Doskonalenie systemów zarządzania w społeczeństwie informacyjnym. 2006. Adam Sabryła (red.), Kraków: Akademia Ekonomiczna w Krakowie, t. 2.



© 2018 Socio-Economic Problems and the State. All rights reserved.

This open access article is distributed under a Creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format Adapt — remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially.

The licensor cannot revoke these freedoms as long as you follow the license terms.

Under the following terms:

Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made.

You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

No additional restrictions

You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Socio-Economic Problems and the State (ISSN: 2223-3822) is published by Academy of Social Management (ASM) and Ternopil Ivan Pul'uj National Technical University (TNTU), Ukraine, Europe.

Publishing with SEPS ensures:

- Immediate, universal access to your article on publication
- High visibility and discoverability via the SEPS website
- Rapid publication
- Guaranteed legacy preservation of your article
- Discounts and waivers for authors in developing regions

Submit your manuscript to a SEPS journal at <http://sepd.tntu.edu.ua>

