

## Konceptualizacja postrzegania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w dobie społeczeństwa informacyjnego

### Społeczeństwo informacyjne

Ostatnia dekada XX-tego stulecia przyniosła olbrzymi postęp technologiczny, który spowodował nowy etap rozwoju społeczno-gospodarczego, tzw. erę informatyczną. Charakteryzuje się ona nie tylko ułatwionym dostępem do informacji, ale także możliwością jej współtworzenia przez poszczególne jednostki. Społeczeństwo informacyjne to społeczeństwo mające instrumenty techniczne, które w swobodny sposób pozwalają tworzyć, gromadzić, przekazywać i przetwarzać informacje oraz których rozwój uzależniony jest od wiedzy jak z tych instrumentów korzystać, a także w którym powszechne jest przekonanie o tym, że nowoczesne technologie poprawiają wydajność, a praca jest bardziej efektywna<sup>2</sup>.

Revolucja informatyczna z kolei generuje cechy nowoczesnego społeczeństwa, w tym przede wszystkim przejście od produkcji dóbr trwałych do rozwoju sfery usługowej, z dominującą rolą konsumpcjonizmu, jako motoru napędowego rozwoju i innowacyjności<sup>3</sup>. Z kolei wiedza oraz, co się z tym wiąże – dostęp do wiedzy, w coraz większym stopniu kształtują świadomość społeczną oraz stanowią najistotniejszą determinantę podejmowanych decyzji. W tym znaczeniu, podmiotem oddziaływania informacji jest jednostka, a konsekwencją rewolucji informacyjnej jest indywidualizacja życia społecznego oraz indywidualizacja podejmowanych decyzji<sup>4</sup>. Zjawisko to przyczyniło się do powstania mediów społecznościowych, czyli tzw. social mediów.

Mianem social mediów określić można portale internetowe, których przeznaczeniem jest umożliwienie interakcji pomiędzy ich użytkownikami. Są więc one swoistymi platformami internetowymi umożliwiającymi wymianę informacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami oraz współtworzenie wiedzy, dzielenie się nią oraz wymianą opinii, spostrzeżeń, doświadczeń i poglądów<sup>5</sup>.

Najpopularniejsza z globalnych platform społecznościowych – Facebook – powstała w 2004 roku, by po 8 latach istnienia osiągnąć miliard stałych użytkowników

<sup>1</sup> Dr n. o zdr., Oddział Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego w Kowanówku, ORCID: 0000-0001-6071-1195.

<sup>2</sup> K. Jedamska, *Portale społecznościowe – nowe narzędzie komunikacji politycznej*, „Nowe media – postęp czy zagrożenie”, s. 1–4.

<sup>3</sup> M. Leszczyńska, *Współczesny model rozwoju społecznego z perspektywy rewolucji informacyjnej*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2011, nr 23, s. 125–134.

<sup>4</sup> M. Grębosz, D. Siuda, G. Szymański, *Social media marketing*, Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2016, s. 25.

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 12.

na całym świecie, a po kolejnych 5 (rok 2017) już dwa miliardy<sup>6</sup>. Oprócz tej platformy internetowej, w międzyczasie powstawały także inne, działające na podobnej zasadzie w każdej innej sferze społecznej, np. biznesowej, zdjęciowej, filmowej, gastronomicznej, a nawet uczuciowej. To co charakteryzuje użytkowników takich portali, to chęć dzielenia się ze współużytkownikami swoimi przeżyciami oraz opiniami. Uzewnętrznienie treści dotyczy także tych sfer życia społecznego, które tradycyjnie pojmowane były jako swojego rodzaju tabu, o którym do tej pory się nie mówiło bądź mówiło mało, między innymi takich jak stan zdrowia<sup>7</sup>.

Intensywny rozwój techniki skutkujący nie tyle ułatwionym dostępem do informacji, ale pozwalający też tą informację współtworzyć, spowodował, że media stały się ważnym, jeśli nie podstawowym źródłem wiedzy, w tym wiedzy o zdrowiu, dla przeciętnego człowieka<sup>8</sup>. Co więcej przeżywanie choroby wspólnie z innymi użytkownikami danego portalu w wirtualnej rzeczywistości, wspólne radzenie sobie z dolegliwościami zdrowotnymi, polecanie najlepszych – zdaniem użytkowników – metod diagnostyczno-terapeutycznych spowodowało wzrost zainteresowania tematami medycznymi. W tej sytuacji kwestią czasu stało się włączenie to owego interaktywnego i wirtualnego „strumienia świadomości” – medycyny oraz tematów z nią związanych<sup>9</sup>.

### Postrzeżenie jakości w systemie opieki zdrowotnej<sup>10</sup>

Niewątpliwie pacjenci w momencie wystąpienia zapotrzebowania zdrowotnego oczekują uzyskania świadczeń o najwyższej możliwej jakości i tym kryterium będą się też kierować, poszukując miejsca, osoby oraz metody terapeutycznej dla siebie i swoich bliskich<sup>11</sup>. Pojęcie jakości jest jednak względne i uzależnione od wielu zmiennych. Co więcej istnieją różne definicje jakości. Według Avedisa Donabediana<sup>12</sup> jakość w systemie ochrony zdrowia podzielić można na wzajemnie zależne płaszczyzny:

- jakość techniczną, której celem jest uzyskanie możliwie najlepszego stanu zdrowia poprzez optymalne wykorzystanie osiągnięć naukowych, metod klinicznych i technologii;

<sup>6</sup> <https://forsal.pl/artykuly/1053699,facebook-ma-juz-2-miliardy-uzytownikow.html>. 17.11.2018.

<sup>7</sup> A. Bąk, *Serwisy społecznościowe – efekt Facebooka i nie tylko*, „Media i Społeczeństwo” 2016, nr 6, s. 139.

<sup>8</sup> M. Syrkiewicz-Światała, T. Holecki, E. Wojtynek, *Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014, z. 20, nr 2, s. 171–176.

<sup>9</sup> A. Hendo-Milewska, K. Zakrzewska, *Choroby o podłożu psychicznym – depresja. Postawy młodzieży wobec chorób psychicznych na przykładzie badania uczniów gimnazjum*, w: *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku*, t. II, red. K. Kowalczyk, E. Krajewska Kułak, M. Cybulski, Wydawnictwo Duchno, Białystok 2016, s. 76.

<sup>10</sup> Na podstawie P. Skrobich, *Program leczenia ostrych zespołów wieńcowych w Polsce. Wymiar medyczny, społeczny, finansowy i prawny*, rozprawa doktorska napisana na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu 2017, s. 116–125.

<sup>11</sup> Y. Longtin, H. Sax, L. Leape i wsp., *Zaangażowanie pacjenta: stan wiedzy i wpływ na bezpieczeństwo opieki*, „Po Dyplomie” 2010, z. 19, nr 6, s. 117–133.

<sup>12</sup> Jeden z największych teoretyków zagadnień pro jakościowych, na podstawie: M. Best, D. Neuhauser, *Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet*, „Qual. Saf. Health Care” 2004, z. 3, nr 6, s. 472–473.

- pozytywne stosunki osobiste między wszystkimi uczestniczącymi w procesie leczenia osobami, zwłaszcza dotyczy to komunikacji pacjent–lekarz, ale również stosunku do pacjenta pozostałej części personelu ośrodka zdrowia;
- otoczenie, czyli warunki lokalowe i czasowe, w jakich są świadczone usługi medyczne<sup>13</sup>.

Zgodnie z teorią głoszoną przez Donabediana – jakość w systemie ochrony zdrowia jest zorganizowaną hierarchicznie sekwencją, składającą się z trzech elementów o rosnącym znaczeniu dla pacjenta: strukturą, procesem i wynikiem. Strukturę stanowią czynniki umożliwiające pracownikom opieki medycznej wykonywanie świadczeń. Czyli są to wszelkie zasoby materialne (np. sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny), jak i niematerialne (np. zasoby ludzkie). Jakość struktury określana jest między innymi stopniem teoretycznego i praktycznego wykształcenia medycznego personelu, a także wyposażeniem technicznym, czy też dokładnością i kompletnością dokumentacji medycznej. Proces – jest to pojęcie, które odnosi się do wszystkich rodzajów działań i czynności wykonywanych na danym poziomie opieki. O jakości procesów decydują przede wszystkim aspekty merytoryczne opieki: postępowanie i interakcje rozgrywane się między personelem a pacjentem. Z kolei wynik – to zmiana stanu zdrowia jednostki bądź określonej populacji pacjentów dzięki udzielonym świadczeniom. Głównym, ale nie jedynym determinantem wyniku jest subiektywny poziom satysfakcji ze sprawowanej opieki, który może być przypisany zarówno wcześniejszym, jak i obecnym działaniom medycznym. Oczywiście o efekcie jakości świadczyć może nie tylko proste wyjście naprzeciw oczekiwaniom i problemom zgłaszanym przez pacjenta (efekt subiektywny), lecz także obiektywna poprawa w zakresie poszczególnych wskaźników zdrowotnych, która jest trudna do oceny dla pacjenta<sup>14</sup>.

Ze względu na złożoność i niepowtarzalność świadczeń medycznych, których nie sposób ocenić w sposób trwały i materialny, znaczenie przypisywane subiektywnemu pojęciu jakości, zależy od osoby, która się takiej oceny podejmuje oraz od grupy interesów przez daną osobę reprezentowaną (np. grupa zawodowa, konsumencka, ubezpieczeniowa, administracyjna). Zgodnie z teorią Stevena Paysona postrzeganie jakości w relacji usługowej może odzwierciedlać:

- jakość związana z użytecznością dla użytkownika, czyli np. jednostkowy wynik zdrowotny (*user value*);
- jakość dobra związana z odzwierciedleniem jakości jego poszczególnych składników, czyli np. zgodność całości kształtu procesu leczniczego z aktualną wiedzą medyczną (*user component*);
- jakość dobra jako odzwierciedlenie realnych kosztów składników dobra, czyli np. proporcjonalność poniesionych kosztów i podjętych działań w ramach danej procedury do uzyskanego efektu zdrowotnego (*cost component*);
- jakość jako odzwierciedlenie całkowitego kosztu wytworzenia dobra, czyli sumaryczna populacyjna opłacalność podjęcia pewnego typu działań (*total cost*)<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> A. Donabedian, *Evaluating the quality of medical care*, "Milbank Mem. Fund. Q" 1966, z. 44, nr 3, suplement, s. 166–206.

<sup>14</sup> D. Kurpas, A. Steciwko, *Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine” 2005, z. 14, nr 3, s. 603–608.

<sup>15</sup> S. Payson, *Quality Measurement in Economics. New Perspectives on the Evolution of Goods and Services*, Wyd. E.E. Publishing Company, Cheltenham 1994, s. 3.

Postrzeganie jakości w różnych elementach tworzących system opieki zdrowotnej można rozpatrywać zarówno zgodnie z podziałem zaproponowanym przez Donabediana, jak i Paysona. O jakości takiego systemu świadczą więc z jednej strony, zaangażowane środki strukturalno-techniczne, interakcje międzyludzkie i warunki lokalowo-czasowe udzielania świadczeń zdrowotnych, z drugiej strony, elementy te stanowią tylko podstawę, by wykorzystując dostępne zasoby, prowadzić procesy lecznicze w sposób merytoryczny, celem uzyskania finalnego efektu, jakim jest obiektywnie bądź subiektywnie odczuwany wynik zdrowotny.

Wynik zdrowotny może być z kolei różnie postrzegany w zależności od perspektywy z jakiej podlega ocenie, np. przez pryzmat użyteczności jednostkowej (punkt widzenia pacjenta – *user value*), zgodnością z aktualną wiedzą medyczną (punkt widzenia lekarza – *user component*), odzwierciedleniem realnych nakładów na proces leczniczy, czyli zasadności wykonywania określonych procedur czy stosowania określonych leków (punkt widzenia płatnika – *cost component*) oraz finalnego efektu podjętych działań pod kątem kosztów i poprawy wskaźników zdrowotnych (punkt widzenia organów administracyjnych odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej – *total cost*)<sup>16</sup>.

W związku z powyższym, postrzeganie jakości świadczeń jako subiektywnej opinii pacjenta, nie będzie tożsame z punktem widzenia pozostałych grup zawodowych zaangażowanych w proces leczenia. Według badań przeprowadzonych przez Grzegorza Juszczyka i wsp., dla pacjentów kluczowe znaczenie mają odpowiednie kompetencje personelu lekarskiego, jak i jego empatia, zaangażowanie w pracę oraz informowanie o przebiegu leczenia<sup>17</sup>.

Z kolei badania postrzegania jakości przez personel medyczny przeprowadzone na początku lat 90-tych XX wieku w Krakowie przez Tomasza Tomasika i wsp., wskazują, że zdecydowana większość osób odpowiedzialna bezpośrednio za proces leczniczy uważa, że zapewnienie wysokiej jakości usługi jest przede wszystkim wynikiem podnoszenia wiedzy i umiejętności, postępowania zgodnego ze standardami i normami obowiązującymi w danej dziedzinie oraz w efekcie powyższych – uzyskiwania poprawy stanu zdrowia pacjentów<sup>18</sup>.

W badaniu przeprowadzonym przez Annę Rybarczyk-Szwajkowską i wsp. wśród kadry zarządczej podmiotów leczniczych wykazano, że większość osób pełniących funkcje kierownicze traktuje jakość świadczeń zdrowotnych jako proces mający na celu zaspokojenie oczekiwań pacjentów oraz ich zadowolenie<sup>19</sup>. Należy jednak podkreślić, że opinia pacjentów nie powinna wpływać na procesy zachodzące na szczeblu zarządczym, ponieważ pacjent jest obserwatorem tylko części działań podejmowanych wobec jego osoby. Pełne uwzględnianie woli pacjenta może mieć negatywne implikacje

<sup>16</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2003, s. 24.

<sup>17</sup> G. Juszczyk, M. Koperny, M. Kuźma i wsp., *Oczekiwania pacjentów wobec opieki szpitalnej*, „Journal of Health Sciences” 2014, z. 4, nr 15, s. 116–126.

<sup>18</sup> T. Tomasik, A. Windak, Z. Król i wsp., *Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, Wyd. Vesaliusz, Kraków 1996, s. 73.

<sup>19</sup> A. Rybarczyk-Szwajkowska, D. Cichońska, R. Holly, *Postrzeganie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządczą szpitali publicznych*, „Medycyna Pracy” 2016, z. 67, nr 3, s. 365.

pro-jakościowe dla innych uczestników rynku medycznego, a także może rzutować na skuteczność i efektywność całego procesu zarządzania. Interpretacja jakości w takim znaczeniu jest zatem niewłaściwa. Według Joanny Moczydłowskiej priorytetem kadry zarządczej powinno być wyzwolenie maksymalnego zaangażowania pracowników w proces wykonywania usługi oraz zapewnienie wysokiej jakości technicznej wykonywanych usług<sup>20</sup>.

Postrzeżenie jakości przez organy administracyjne odpowiedzialne za kształtowanie polityki zdrowotnej powinno natomiast uwzględniać dostępność leczenia, stan aparatury i sprzętu medycznego (jego sprawność, wydajność i efektywność działania), stosowanie nowoczesnych technologii zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych, dostosowanie pomieszczeń do przepisów prawa, modernizację obiektów, wdrażanie systemów zarządzania jakością oraz standaryzację usług i procedur medycznych. Działania te z kolei powinny służyć celom nadrzędnym w postaci zwiększenia potencjału zdrowotnego populacji mierzonego określonymi wskaźnikami zdrowotnymi<sup>21</sup>.

### **Wyzwania związane z oczekiwaniami społecznymi w zakresie dostępu do informacji**

Kluczowym oczekiwaniem pacjentów wymagających udzielenia świadczeń zdrowotnych, jest chęć uzyskania tychże świadczeń w możliwie najlepszej jakości. W systemach opieki zdrowotnej, przede wszystkim tych, które opierają się na budżetowym modelu finansowania, zarysowuje się dysproporcja pomiędzy wymaganiami pacjentów, w zakresie dostępu do informacji, a chęcią udzielenia tychże informacji przez podmioty lecznicze. Szczególnie wiąże się to z brakiem zjawiska podążania pieniędzy za pacjentem, co z pewnością nie sprzyja transparentności i konkurencyjności w zakresie jakości i warunków udzielania danych świadczeń oraz nie niesie ze sobą obowiązku informowania pacjentów o wynikach leczenia. W odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej to pacjent musi przeobrazić się z biernego odbiorcy świadczeń w odbiorcę aktywnego, którego zadaniem jest zebrać rzetelne informacje<sup>22</sup>.

Odpowiedzią rynku na zapotrzebowanie społeczne w sferze dostępu do wiedzy medycznej stało się stworzenie platform interaktywnych, które popularyzują wiedzę medyczną, pomagają w znalezieniu odpowiedniego podmiotu leczniczego oraz lekarza, a nawet pomagają skontaktować potencjalnego pacjenta z potencjalnym podmiotem czy też bezpośrednio z lekarzem oraz pozwalają także ocenić danego lekarza. Jest to o tyle istotne, że portale takie działają w sposób kompleksowy – nie tylko dostarczają informacji, ale informacja ta w takim portalu jest tworzona i przekształcana – chociażby poprzez komentarze pacjentów kreujące np. wizerunek lekarza oraz pozwalające ocenić subiektywną jakość udzielanych przez niego usług medycznych.

<sup>20</sup> J. Moczydłowska, *Zarządzanie energią organizacyjną*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*” 2014, z. 4, nr 771, s. 3–10.

<sup>21</sup> A. Rybarczyk-Szwajkowska, D. Cichońska, R. Holly, op. cit., s. 370.

<sup>22</sup> J. Szewczyk, *Konkurencyjność w systemie ochrony zdrowia*, „*Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*” 2017, z. 51, nr 2, s. 248–255.

Jednakże w dobie informatyzacji i możliwości tworzenia wiedzy oraz kreowania wizerunku jakościowego poszczególnych osób czy nawet całych podmiotów leczniczych, należy zaznaczyć, że kompleksowe postrzeganie jakości w procesie leczenia różni się w zależności od perspektywy, z której ów proces się ocenia i opisuje. Dla pacjenta jakość zawsze będzie subiektywna i związana z zaspokojeniem jego oczekiwań i potrzeb zdrowotnych. Natomiast dla personelu leczniczego jakość będzie mieć najczęściej wydźwięk personalny i kompetencyjny. Z kolei, do oceny obiektywnego wpływu działań danego lekarza lub podmiotu leczniczego na wskaźniki zdrowotne pacjentów, należałoby przeprowadzić długotrwałe i kosztowne badania statystyczne, co byłoby zadaniem dość trudnym i czasochłonnym. W związku z powyższym, informacja kreowana w portalu internetowym zawsze będzie oceną wypadkową różnych ocen subiektywnych wydanych z perspektywy pacjentów, czyli będzie odzwierciedlać stopień zadowolenia i zaspokojenia ich oczekiwań. Potrzeby te mogą być różne i nie zawsze związane z korzyścią dla zdrowia, czy w ogóle z aspektami medycznymi. Oceniając pozytywny komentarz zawsze należy zadać sobie pytanie – czego oczekiwał pacjent? Czy była to rzeczowa konsultacja, czy np. zwolnienie lekarskie, wniosek rentowy, skierowanie na określone świadczenia? Natomiast negatywny komentarz może z równym stopniem prawdopodobieństwa dotyczyć odmowy wystawienia zwolnienia, zaświadczenia czy skierowania. Dodatkowo należy założyć, że pacjent niezadowolony jest z pewnością bardziej skory do wyrażenia swojej opinii w internecie<sup>23</sup>. W efekcie ocena lekarza czy podmiotu leczniczego wykreowana na takim portalu jest niczym innym jak w pewnym stopniu wypadkową opinii, które często z jakością świadczeń nie mają nic wspólnego. Godzenie się na obecność danego podmiotu czy lekarza w danym portalu internetowym jest zatem swoistym elementem prowadzenia polityki marketingowej związanej z kształtowaniem wizerunku marki, a nie procesem oceny jakościowej świadczonych usług<sup>24</sup>.

Dla większości lekarzy jest to zupełnie nowa sytuacja, w której trudno się odnaleźć i z którą trudno się zmierzyć. Zwykle to lekarze byli stroną oceniającą, teraz natomiast coraz częściej są stroną ocenianą. Dodatkowo kryteria tych ocen nie są zdefiniowane. Transformacja taka jest jednak procesem nieodwracalnym będącym konsekwencją zwiększonego dostępu społeczeństwa do mediów oraz zachodzących przemian związanych z przetwarzaniem informacji. Co więcej, skoro prowadzenie konta w tego typu portalu jest formą polityki marketingowej, należy ufać, że znajdujące się tam informacje są umieszczone rzetelnie i są zweryfikowane pod kątem ich prawdziwości. Należy jednak zdawać sobie sprawę z zagrożenia, jakie niesie ze sobą hipotetyczne uzyskanie dominującej roli na rynku przez jeden z portali zajmujących się aspektami medycznymi. W takiej sytuacji zafałszowanie obrazu wynikającego z opinii innych uczestników prowadzące do nadmiernego zawyżania lub zaniżania średniej opinii lub też pozycjonowania określonych komentarzy, może mieć bezpośrednie przełożenie na uzyskiwane przychody. W związku z tym chęć zmiany wizerunku przez podmiot leczniczy czy lekarza może nieść za sobą nie tyle fakt organicznej pracy oddolnej

<sup>23</sup> K. Koronkiewicz, *Emocje doświadczane przez pacjentów i ich rodziny w interakcjach z lekarzami*, „Przegląd Pedagogiczny” 2016, nr 2, s. 204–225.

<sup>24</sup> U. Podraza, *Wizerunek marki w mediach społecznościowych*, „Naukowy Przegląd Dziennikarski” 2017, nr 1, s. 63–74.

i mozolne odzyskiwanie satysfakcji poszczególnych pacjentów, co transakcyjną wy cenę moderacji wpisów już się na portalu znajdujących<sup>25</sup>.

## Dyskusja

Opieranie podejmowanych decyzji na podstawie wiedzy zaczerpniętej z tzw. social mediów, wytworzonej przez innych pacjentów, może być obarczone ryzykiem związanym ze względnym zaburzeniem równowagi opinii pomiędzy wyszczególnionymi powyżej uczestnikami rynku medycznego. Pacjenci niedysponujący fachową wiedzą medyczną ani niemający kompetencji do oceny procesu leczenia są często w stanie ferować emocjonalne opinie wpływające na wizerunek danego podmiotu czy też praktyki lekarskiej na podstawie subiektywnie odczuwanych wyobrażeń dotyczących zaspokojenia doraźnych potrzeb, a nie długotrwałej skuteczności i końcowego efektu. Sięganie do opinii znajdujących się w social mediach jest jednak zachowaniem całkowicie zrozumiałym i uzasadnionym. Pacjentami, podobnie jak konsumentami, kieruje chęć uzyskania usługi o jak najlepszej jakości, szczególnie, że jej miernikiem jest najcenniejsza wartość – zdrowie. Dlatego pacjent w sposób aktywny poszukuje informacji i korzysta ze źródeł, które są dla niego dostępne.

Polityka informacyjna odnosząca się do tematyki zdrowia skupiona była do tej pory na tematach związanych raczej z uzyskiwaniem informacji na temat stanu zdrowia<sup>26</sup>, natomiast całkowicie pomijany był fakt możliwości informowania o jakości świadczeń oraz o statystycznych wynikach leczenia. Wiąże się to z koncepcją, iż udzielane przez świadczeniodawców usługi są tożsame w zakresie zakontraktowanej grupy, co warunkują odpowiednie przepisy<sup>27</sup>. Wyniki leczenia danej choroby w zależności od ośrodka leczącego są jednak różne, co jest związane z innymi kompetencjami w danej dziedzinie, doświadczeniem czy możliwościami sprzętowymi. W sytuacji, w której zdobycie przez pacjenta rzetelnej informacji o świadczeniu zdrowotnym i wynikach leczenia jest niewątpliwie trudne, symbolem jakości – prócz certyfikatów i poziomów referencyjności – stają się opinie rozpowszechniane w gronie pacjentów, coraz częściej już nie tradycyjnymi środkami przekazu, ale nowymi mediami, o znacznie większym wpływie. Wiedza o jakości i dostępności usług jest z kolei dominującym kryterium wyboru świadczeniodawcy przez pacjentów w systemie opieki zdrowotnej<sup>28</sup>. Uzyskanie przewagi konkurencyjnej w postaci pozytywnych komentarzy animatorów (z języka angielskiego influencerów bądź trendseterów) tworzy wartość dodaną na rynku usług medycznych, szczególnie widoczną w sektorze prywatnym.

<sup>25</sup> <https://www.newsweek.pl/polska/internet-kupowanie-pozytywnych-komentarzy-w-sieci-newsweekpl/17vshwt>, 17.11.2018.

<sup>26</sup> K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Torunienisa”, t. IX, s. 59–99.

<sup>27</sup> E. Hellich, A. Wierzowiecka, *Nowy model finansowania szpitali w Polsce – szanse i zagrożenia*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 333, s. 77–89.

<sup>28</sup> I. Rudawska, *Ekonomizacja relacji pacjent–usługodawca w opiece zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006, s. 48.

Lekarze oraz podmioty lecznicze funkcjonują na trudnym rynku, w którym każde niepowodzenie terapii może skutecznie zniszczyć budowany od lat pozytywny wizerunek. Dlatego też ustalenie odpowiednich standardów jakościowych obejmujących wykonywane świadczenia zdrowotne wraz z warunkami ich udzielania, stało się w obecnych czasach niezbędne. Co więcej rola działań pro-jakościowych będzie wzrastać wraz z rozwojem możliwości diagnostycznych i leczniczych, lepszym dostępem do informacji oraz zachodzącymi zmianami w organizacjach świadczących usługi medyczne.

Podmioty lecznicze skutecznie wdrażające instrumenty podnoszące jakość wykonywanych świadczeń budują wizerunek oraz zyskują renomę, która w świadomości potencjalnych pacjentów kształtuje przekonanie o wysokiej wartości dostarczanych usług. Podmioty lecznicze o najlepszej renomie cieszą się z kolei największym zainteresowaniem pacjentów, w związku z czym nie mają problemów z kwalifikacją pacjentów, co może mieć przełożenie na ilość uzyskiwanych przychodów, szczególnie w sektorze prywatnym. Polityka pro-jakościowa jest zatem przede wszystkim inwestycją, której efekt jest mierzalny dopiero w przyszłości, a o jej skuteczności decyduje nie tyle fakt jej prowadzenia, co dotarcie z tą informacją do świadomości odbiorcy. W tej sytuacji social media stają się narzędziem prowadzonej polityki marketingowej. Potencjalny pacjent powinien jednak sobie zdawać sprawę, że krytycyzm wobec treści dostępnej w różnego typu portalach internetowych jest niezbędny, a dostarczona informacja powinna być skonfrontowana z innymi opiniami. Jakość jest bowiem pojęciem względnym, subiektywnie pojmowanym przez poszczególnych uczestników rynku medycznego. Co więcej wirtualne wyobrażenie o jakości może być swobodnie kształtowane przez dostawcę treści nie na potrzeby konsumenta, ale na zamówienie oferenta.

Niemniej jednak w obecnych czasach wobec istniejących możliwości technologicznych kształtowania wizerunku podmiotów leczniczych czy też praktyk lekarskich przez poszczególne osoby, polityka informacyjna wobec pacjenta odgrywa kluczową rolę. Powinna ona być jednak głównie prowadzona nie poprzez marketing, jakim jest tworzenie profili oraz obecność na różnych interaktywnych portalach poświęconych tematyce zdrowia, ale poprzez pełną transparentność w zakresie prowadzonej działalności, szczególnie w zakresie publicznego dostępu do statystycznych wyników leczenia.

## Streszczenie

Efekt trwającej w ostatnich latach rewolucji informatycznej stało się powstanie społeczeństwa informacyjnego. Społeczeństwo to jest zdolne nie tylko do tworzenia, ale przede wszystkim do przetwarzania zasobów wiedzy. W sytuacji ograniczonego dostępu do informacji, finalni odbiorcy świadczeń zdrowotnych, w sposób aktywny tej wiedzy poszukują. Techniczną odpowiedzią rynku na powyższe zapotrzebowanie stało się stworzenie platform interaktywnych, które zajmują się tematyką zdrowia i świadczeń zdrowotnych, w tym umożliwiają także ocenę jakości udzielanych świadczeń. Postrzeganie jakości w procesie leczenia różni się jednak diametralnie w zależności od perspektywy, z której ów proces się ocenia i opisuje. W przypadku platform interaktywnych stroną oceniającą nie są profesjonaliści, ale odbiorcy usług



medycznych. Co więcej, oceny te podlegają moderacji przez komercyjne podmioty, które tymi platformami zarządzają. Rodzi to niebezpieczeństwo zafałszowania wystawionej oceny z uwagi zarówno na brak pełnej wiedzy na temat procesów leczniczych i wszystkich jego aspektów przez stronę oceniającą, jak i możliwością preferowania jednych podmiotów kosztem drugich przez moderatorów danego portalu. Dlatego obecność danego podmiotu na portalach interaktywnych poświęconych problematyce zdrowotnej jest przede wszystkim elementem polityki marketingowej, z czego finalni odbiorcy świadczeń zdrowotnych powinni sobie zdawać sprawę. Priorytetem dla podmiotów leczniczych powinno być natomiast prowadzenie działań pro-jakościowych nie w oparciu o marketing, ale o rzetelną politykę informacyjną oraz transparentność w zakresie statystycznych wyników leczenia.

**Słowa kluczowe:** jakość świadczeń zdrowotnych, społeczeństwo informacyjne, marketing, portal internetowy

### **Conceptualisation of the perception of the quality of health services in the time of the information society**

#### **Summary**

The result of the IT revolution that has been going on in recent years has become the emergence of an information society. This society is capable not only of creating, but above all, of transforming knowledge resources. In the situation of limited access to information, the final recipients of health services seek actively such knowledge. The technical response of the market to the above demand has become the creation of interactive platforms that deal with the subject of health and health services, including the assessment of the quality of services provided. Perception of quality in the treatment process, however, differs radically depending on the perspective from which this process is assessed and described. In the case of interactive platforms, the evaluating party is not professionals, but the recipients of medical services. What is more, these ratings are subject to moderation by commercial entities that manage these platforms. This creates the risk of falsifying the assessment due to both the lack of full knowledge about the therapeutic processes and all its aspects by the evaluating party, as well as the possibility of preferring some entities than others by the moderators of a particular portal. Therefore, the presence of the medical entity on interactive portals devoted to health issues is primarily an element of marketing policy, of which the final recipients of health services should be aware. However, the priority for healthcare entities should be pro-quality activities not based on marketing, but about reliable information policy and transparency in the field of statistical treatment results.

**Key words:** quality of health services, information society, marketing, internet portal

