

stanowić tematykę odrębnych konferencji naukowych. Stąd proponuje się zorganizowanie jednej lub dwu wspólnych konferencji, poświęconych następującym tematom:

1. „Wspieranie małych i średnich przedsiębiorstw”.
2. „Wsparcie małych i średnich przedsiębiorstw poprzez instrumenty strukturalne i przedakcesyjne Unii Europejskiej”.

Środowiska naukowe, zajmujące się zarządzaniem przedsiębiorstwami, muszą przygotować wiedzę o pozyskiwaniu pomocy dla MSP ze źródeł zewnętrznych. Ma to szczególnie istotne znaczenie dla rozwoju regionów przygranicznych. Stąd też wydaje się wskazane kontynuowanie tejże problematyki w toku następujących konferencji.

Literatura (wybrane pozycje):

1. Akty prawne Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące Instrumentów Strukturalnych i Przedakcesyjnych na lata 2000 – 2006, Ministerstwo Gospodarki, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa, marzec, 2000.
2. Droga do funduszy strukturalnych Unii Europejskiej, PARR, Warszawa, 2000.
3. Programowanie Rozwoju Regionalnego. Poradnik dla samorządów województwa, Ministerstwo Gospodarki, Kraków, 1999.
4. Programy dla funduszy strukturalnych (przedakcesyjnych i członkowskich) – około 20 programów, w tym: Polska. Wstępny Narodowy Plan Rozwoju 2000 – 2003, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa, grudzień, 1999.

JAKOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH W JEDNOSTKACH SŁUŻBY ZDROWIA W ŚWIETLE REFORMY SEKTORA

Janusz Klisiński

Politechnika Częstochowska, Polska

Streszczenie

W artykule zostaną przedstawione przyczyny podjęcia działań związanych ze zreformowaniem polskiej służby zdrowia, jej główne zasady a następnie ukazany zostanie jeden z aspektów nowego podejścia do leczenia pacjentów, a mianowicie zapewnienie odpowiedniej jakości usług, które dana jednostka świadczy na rzecz pacjentów.

Reforma polskiej służby zdrowia uwarunkowana była wieloma czynnikami, przy czym najważniejsze wydają się być po pierwsze złe funkcjonowanie dotychczasowego systemu (niski poziom usług, korupcja, złe traktowanie pacjentów) oraz po drugie dostosowanie do norm Unii Europejskiej.

Podstawowe zasady reformy to:

- solidarność społeczna
- samorządność

- samofinansowanie
- prawo wolnego wyboru lekarza
- prawo wolnego wyboru kasy chorych
- zapewnienie równego dostępu do świadczeń
- gospodarność i celowość działania.

Środki na finansowanie uzyskiwane są przez pobieranie 7,5% podstawy wymiaru podatku od osób fizycznych. Egzekutorem składek na ubezpieczenie zdrowotne jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Mają one obowiązek przekazywania składek kasom w ciągu 3 dni, przy zwrocie kasie chorych przysługują odsetki.

Rzeczywista ilość środków finansowych będących w dyspozycji Kas, zależy od poziomu dochodów ludności, stopnia bezrobocia, kondycji gospodarki narodowej i itp.

Nową organizacją będącą wynikiem reformy są Kasy Chorych. Są one instytucjami ubezpieczeniowymi, które:

1. gromadzą środki finansowe
2. zarządzają nimi
3. zawierają umowy ze świadczeniodawcami
4. płacą za udzielane pacjentom świadczenia.



Rysunek 1 Kasy Chorych na terenie Polski

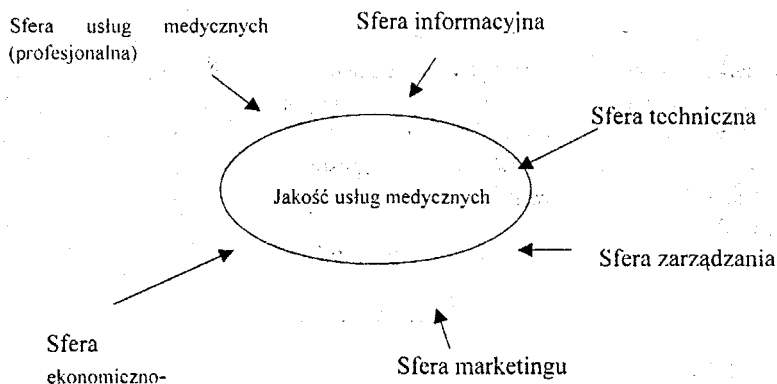
Polska została podzielona na 16 regionalnych kas chorych (Rysunek 1) oraz powstała jedna kasa branżowa - mundurowa.

Niestety często się zdarza, że osoby kierujące szpitalami czy przychodniami są lekarzami, także z jednej strony są odpowiedzialne za jednostkę jako jej szefowie, z drugiej zaś ciągle muszą pracować jako lekarze. Oczywistym efektem takiego postępowania jest to, że obie funkcje na tym cierpią.

Jednym z problemów jaki pojawił się po reformie to fakt, że ponieważ kasy chorych podpisują z poszczególnymi jednostkami umowy na świadczenie usług i oceniają ich poziom, a pacjent ma prawo wybrać dowolną jednostkę, zapewnienie jakości stało się bardzo ważne.

Niektórzy autorzy, w tym K. Opolski i E.Szemborska twierdzą, że na jakość oddziałuje wiele czynników (przedstawiono je na rysunku 3). Marketing tak przedstawiony jest po prostu spojrzeniem na organizację z punktu widzenia odbiorcy' czyli pacjenta dla którego organizacja funkcjonuje.

Marketing odzwierciedla potrzeby odbiorcy, jego oczekiwania i dostosowuje organizację do tych oczekiwań.



Rysunek 2 Strefy wpływające na jakość usług medycznych

Źródło: : Opolski K., Szymborska E.: *Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia* Antidotum 1997, nr 9, p.22

Stanowi on element wejścia i wyjścia systemu jakości. Jeśli nie badane są wymagania pacjentów poprzez system badań marketingowych, to nie można usprawniać systemu jakości, bo nie znane są oczekiwania nabywców w tym zakresie. Poprzez działania marketingowe można kreować oczekiwania pacjentów, co do poziomu jakości, usprawniać sprzedaż usług medycznych, przekazywać odbiorcom konkretne usługi i informacje o realizowanym poziomie jakości.

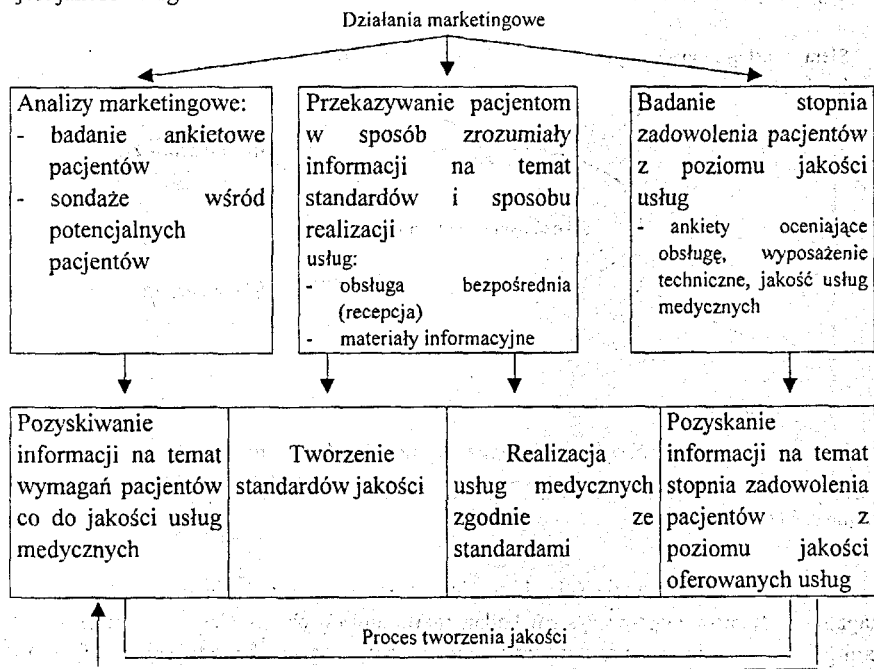
Poniższy schemat przedstawia związek jaki zachodzi pomiędzy marketingiem a procesem tworzenia jakości.

W ostatnim czasie można zauważyć, że coraz więcej placówek stara się poprawić jakość swoich usług. Coraz więcej instytucji medycznych, w tym szpitale, stwierdzają, że inwestowanie w jakość przynosi konkretne korzyści.

W warunkach rosnącej konkurencji zasadniczym sposobem na przetrwanie jest potrzeba wyróżnienia się, którą realizować można tworząc na rynku wizerunek szpitala, jako instytucji świadczącej usługi o najwyższej jakości.

Uzyskiwanie wyższej jakości świadczeń zdrowotnych nie jest jednak automatycznym efektem tworzenia lepszych warunków w placówkach służby zdrowia. Również żaden ze znanych systemów finansowania opieki zdrowotnej nie prowadzi samoistnie do wysokiej jakości. Kluczowe znaczenie ma wdrożenie specyficznych działań ukierunkowanych na zapewnienie lub poprawę jakości.

Uzyskanie wysokiej jakości usług to długotrwały proces, wymagający zaangażowania właściwie całego personelu. Nie ma jednak żadnej do niego alternatywy. Jeśli chce się jako jednostka przetrwać na rynku, nie można sobie pozwolić na jakiegokolwiek zaniedbania w tej dziedzinie. Trzeba pacjentowi – nabywcy dać to, czego oczekuje, a dla niego najważniejsza jest jakość usług.



Rysunek 3 Związek marketingu z procesem tworzenia jakości

Źródło: Opolski K., Szyborska E.: *Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia* Antidotum 1997, nr 9, p.22

Literatura

1. Bedlicki S., Podstawy oceny jakości opieki medycznej Biuletyn 5/99

2. Dobska M., Dobski P., Marketing usług medycznych Wydawnictwo INFOR Warszawa 1999
3. Sosnógórnik A., Zarządzanie Katowice 1999

POPRAWA WIZERUNKU FIRMY POPRZEZ UNIKANIE STRAT WYNIKAJĄCYCH Z WYPADKÓW PRZY PRACY W MAŁYCH I ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTWACH

*Janusz Krzysztof Grabara, Bogumił Konodyba-Szymański
Politechnika Częstochowska, Polska*

Małe i średnie organizacje gospodarcze znajdują się w specyficznej sytuacji rynkowej. Nawet drobne zawahania sytuacji kondycji ekonomicznej grożą utratą płynności finansowej a co się z tym wiąże upadkiem lub w najlepszym wypadku stratami, które odrabiać trzeba latami. Dlatego też najważniejszym zadaniem w biznesie jest przeżyć. Podstawowym celem ekonomicznym powinno być unikanie strat a nie maksymalizacja zysku.

Peter Drucker określił stratę jako **możliwe do uniknięcia uszkodzenie lub zniszczenie czegokolwiek**.

Rozwijając pojęcie straty Peter Drucker przedstawił schemat źródeł strat nazwany schematem PEME gdzie P. oznacza ludzi, E wyposażenie czyli narzędzia, maszyny, urządzenia, M materiały, E środowisko pracy.

Składniki poszczególnych elementów stanowiących źródła strat przedstawia tabela 1.

P	ludzie
	co robią
	czy praca jest niebezpieczna, trudna, stresująca,...
	jaka jest relacja ze środowiskiem pracy
	jaki jest system kierowania ludźmi
E	wyposażenie (narzędzia, maszyny, urządzenia)
	czy mogą spowodować uraz
	jaka jest relacja człowiek – maszyna
	jaka jest relacja ze środowiskiem pracy
M	materiały
	jaka jest relacja ze środowiskiem
	jaka jest relacja człowiek – materiały
	jaka jest relacja z elementami wyposażenia
E	środowisko pracy
	budynki
	czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne
	jaki jest wpływ środowiska pracy na człowieka
	jaki jest wpływ środowiska pracy na wyposażenie

Opracowanie własne na podstawie materiałów Det Norske Veritas 1998