

Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych

Agnieszka Maciąg, Izabela Sakowska

Zakłady opieki zdrowotnej należą do organizacji, dla których zapewnienie jak najwyższej jakości swoich świadczeń jest wartością priorytetową, bowiem dobra jakość przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a przede wszystkim życie pacjenta. Ostatnie lata przyniosły wiele zmian w obszarze jakości usług medycznych. Wraz z wejściem w życie w 1999 roku ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wzrosło znaczenie efektywności działań zakładów opieki zdrowotnej, wzrosła rola pacjentów, a także pojawiło się zjawisko konkurencji oraz zabiegania o świadczeniobiorcę. Razem z rosnącą świadomością i wymaganiami ze strony konsumentów świadczeń zdrowotnych większego znaczenia nabrały również prawa pacjenta.

Ponieważ pojęcie jakości w usługach medycznych jest bardzo trudne do jednoznacznego zdefiniowania, autorki postanowiły przedstawić problem przede wszystkim z perspektywy klienta zewnętrznego, którym w tym przypadku staje się pacjent zakładu opieki zdrowotnej, zgłaszający się po oczekiwany przez niego produkt w celu rozwiązania swojego problemu zdrowotnego. Niniejsze opracowanie posiada charakter naukowo-refleksyjny, podkreśla znaczącą rolę i prawa pacjenta w obszarze jakości świadczeń zdrowotnych, a także skłania do dalszych rozważań i dyskusji na ten temat.

1. Wstęp

„Każdy zna swojego klienta, a jeżeli nie wie, kim jest ten klient, jakie są jego oczekiwania... to nie rozumie swojej pracy.”

Edward Deming

Wysoka jakość produktów i usług jest jednym z priorytetowych celów każdego przedsiębiorstwa. Od kilku lat dotyczy to również zakładów świadczących usługi medyczne, przy czym usługa medyczna jest produktem dość specyficznym i trudnym do zinterpretowania oraz porównania z innymi

typami świadczeń. W obecnych czasach nie wystarczy już jedynie skutecznie leczyć, by zdobyć zaufanie klienta zewnętrznego, jakim jest pacjent. Pojawiająca się coraz większa konkurencja na rynku świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie, możliwość wyboru placówki medycznej, wymusiła szukanie nowych metod zainteresowania pacjentów oferowanymi im usługami. Ze względu na swoją nietypową specyfikę rynku medycznego podmioty oferujące na nim usługi, w szczególności szpitale, zmuszone są wkladać więcej wysiłku w celu zdobycia „klientów” i ich utrzymania niż inne instytucje. W przeciwieństwie do firm z sektora produkcyjnego, które mogą zapewnić swoich nabywców o wysokiej jakości sprzedawanych produktów poprzez próbki towarów, placówki medyczne mogą jedynie bazować na zaufaniu pacjentów i własnym wizerunku.

2. Specyfika usług medycznych

Działania mające związek z przyciągnięciem i utrzymaniem klienta, zapewnieniem jego zaufania i lojalności najczęściej postrzegane są w wymiarze organizacji, których głównym celem jest osiągnięcie zysku. Jednakże od pewnego czasu działania zmierzające do wytworzenia właściwego stosunku klienta do organizacji są podejmowane również przez instytucje nie nastawione na osiąganie zysku, a więc zakłady opieki zdrowotnej. Podstawę tych przemian stworzyła ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), na mocy której między innymi mogą być tworzone publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.), na mocy której między innymi mogą być otwierane praktyki lekarskie: indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe, jako nowe formy organizacyjne działalności

ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, umożliwiające prywatnym podmiotom świadczenie usług zdrowotnych dla ogółu ludności, a przede wszystkim ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz.153 ze zm.), na mocy której między innymi zniesiona została rejonizacja świadczeń zdrowotnych, a ubezpieczony ma prawo wyboru zarówno kasy powszechnego ubezpieczenia, jak i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. lekarza pierwszego kontaktu lub rodzinnego). Jedną z metod umożliwiających pacjentom wybór odpowiednio dobrej placówki medycznej, a zakładom opieki zdrowotnej „przyciągnięcie” i zdobycie zaufania świadczeniobiorców jest akredytacja. Nowelizacja ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej z listopada 1997 roku w art. 18c uznaje akredytację jako zewnętrzną metodę oceny jednostki ochrony zdrowia. „Akredytacja to system dobrowolnej, zewnętrznej i bezpośredniej oceny, mający na celu wskazanie placówek zapewniających dobry poziom świadczeń” (Fedorowski, Niżankowski 2002: 78). Placówka, która „pomyślnie przeszła proces akredytacji – zdaniem załóg mających za sobą to doświadczenie – zmienia się dogłębniej i ma więcej szans na rynku usług medycznych, są wiarygodna dla wszystkich, z którymi wchodzi w relacje: inwestorów, darczyńców, decydentów w rodzaju regionalnych komitetów sterujących” (Kleszcz 2001: 12–13). Standardy akredytacyjne, według których oceniany jest zakład opieki zdrowotnej, jest wzorem opisującym stan pożądany zoz-ów, oparty na możliwie kompleksowej i wyczerpującej oraz wiarygodnej ocenie placówki w kilkunastu kategoriach¹. Znalazły w nich swoje miejsce między innymi: prawa pacjenta oraz poprawa jakości.

W obszarze praw pacjenta standardy akredytacyjne obejmują komunikację wewnętrzną, między innymi dotyczą informacji o przysługujących mu prawach w trakcie leczenia (np. wymagana zgoda chorego na wykonywane zabiegi, udział w eksperymencie medycznym, plan opieki i stosowane leczenie), a także możliwość uzyskania opieki duszpasterskiej oraz korzystania z telefonu.

W sformułowanych standardach dotyczących poprawy jakości oprócz opracowywania i wdrożenia programu zarządzania jakością zaznacza się kluczową pozycję pacjenta, staje się on postacią centralną,

podmiotem wszelkich działań, zaś całe postępowanie toczy się wokół niego i dla niego, finalnego konsumenta usługi medycznej. W szerokim znaczeniu „usługa to dowolne działanie, jakie jedna strona może zaoferować innej. Jest ono nienamacalne i nie prowadzi do jakiegokolwiek własności. Jej produkcja może być związana lub nie z produktem fizycznym” (Kotler 1994: 426). Jednak w przypadku świadczeń zdrowotnych o unikalności usługi decydują jej cechy odróżniające ją od „zwykłych” produktów (za wyjątkiem usług stomatologicznych, gdzie produktem staje się konkretny produkt, np. proteza zębowa).

„Usługa medyczna ma charakter procesualny, np.: psychoterapia, czasem doraźny, np.: usunięcie wyrostka robaczkowego, i rozgrywa się w konkretnym czasie. Usługi medyczne cechuje znaczny poziom pracochłonności i wymagają one wysokich kwalifikacji” (Kautsch, Whitfield, Klich 2001: 150). Są zróżnicowane zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, zaś jej kształt, cel oraz konstrukcja muszą optymalnie spełniać potrzeby klientów zewnętrznych – pacjentów oraz ich rodzin (zapewnienie należytej opieki członkowi rodziny). Pojawia się pytanie dotyczące specyfiki usług medycznych, a mianowicie: jak zdefiniować i podejść do produktu, którym jest niewymierne, niedokreślone, zmienne świadczenie zdrowotne? Ponieważ percepcja produktu jest odmienna u różnych klientów, możemy skupić niniejsze rozważanie na finalnym konsumencie usług medycznych, którym jest pacjent, i podporządkować „konstrukcję” produktu (usługi zdrowotnej) do jego potrzeb.

3. Pacjent w systemie świadczeń zdrowotnych

W zakładach opieki zdrowotnej, podobnie jak w innych przedsiębiorstwach usługowych, kluczową rolę odgrywa klient zewnętrzny, czyli w tym przypadku pacjent. Według Światowej Organizacji Zdrowia pacjentem jest każda osoba korzystająca z usług medycznych niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora. „Wysoką jakość świadczonych usług osiąga się dzięki zrozumieniu i spełnieniu jego (pacjenta – przyp. auterek) wymagań. Nie można traktować klienta (pacjenta) jak petenta, trzeba uznać go za najważniejszą część struktury organizacji, któremu powinny być podporząd-

„kowane wszystkie działania organizacji” (Opolski, Dykowska, Możdzonek 2003: 57). Wraz z wejściem w życie reformy w systemie ochrony zdrowia permanentnie rosną oczekiwania pacjentów względem oferowanych im usług medycznych. Przedmiotem oceny nie jest już wyłącznie dostęp do lekarza pierwszego kontaktu czy specjalisty, lecz przede wszystkim czynniki wpływające na jakość realizacji usługi, kształtujące poziom satysfakcji świadczeniobiorców, między innymi sposób traktowania pacjenta, jakość dostarczanych informacji, czas i uwaga poświęcona pacjentowi przez lekarza, bezpieczeństwo oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych. Jak wynika z badań odnośnie opinii na temat publicznego systemu ochrony zdrowia: „w prawie wszystkich aspektach oceny opinie pozytywne nie przekraczają 55% opinii ogółu respondentów, co niezależnie od odnotowanej stabilizacji lub poprawy trudno potraktować jako sytuację dobrą” (Borkowska-Kalwas, Pączkowska 2004: 67). Oznacza to, że placówki medyczne zmuszone są stale dążyć do wzrostu zadowolenia pacjentów, uwzględniając ich potrzeby i oczekiwania. Według konsumenta usługi pobyt w szpitalu powinien wiązać się nie tylko z bezpieczeństwem fizycznym (błędy techniczne), ale i psychicznym (błąd merytoryczny). W pierwszym przypadku chodzi przede wszystkim o wyeliminowanie błędów wynikających z nieprawidłowego wykorzystania aparatury lub zastosowania nieodpowiednich metod (technik) leczenia, np. podczas zabiegu operacyjnego. W drugim przypadku „pacjent chce być prawidłowo leczony, czuć się dobrze w placówce służby zdrowia, na co składać się muszą oprócz dużych możliwości diagnostycznych i leczniczych, godziwe warunki bytu, prawidłowe kontakty z lekarzami i innymi pracownikami służby zdrowia oraz prawidłowa opieka, dająca poczucie bezpieczeństwa” (Świątek 2004: 12). Syntetyzując powyższe rozważania możemy wyróżnić trzy kluczowe sfery jakości usług medycznych, których systematyczne usprawnianie optymalnie zaspokaja potrzeby i oczekiwania pacjentów:

A. *Sfera organizacyjna* – „aby zwiększyć bezpieczeństwo i zdobyć zaufanie pacjentów instytucje opieki zdrowotnej powinny spełniać oczekiwania dotyczące takich cech jakości jak: niezawodność, dostępność oraz odpowiedzialność” (Maciąg 2004: 43).

Niezawodność oznacza zmniejszenie liczby reklamacji (skarg) ze strony pacjentów. Do tej pory najczęstsze powody skarg zgłaszane przez pacjentów były następujące: brak zadowalających efektów leczenia, długie oczekiwanie na wizytę u lekarzy specjalistów, nieetyczne zachowanie personelu medycznego, zła jakość świadczeń zdrowotnych, a nawet odmowa wykonania usługi. W kwestii dostępności Polacy oczekują radykalnej poprawy łatwości uzyskania leczenia dobrej jakości oraz większej odpowiedzialności ze strony personelu medycznego (lekarskiego i pielęgniarskiego). Dotyczy to głównie przestrzegania terminów wizyt.

B. *Sfera informacyjna* – należy do podstawowych zasobów placówki medycznej oddziałujących na bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta.

Ograniczony dostęp chorych do informacji prowadzi do formalizacji informacji i wiedzy, komunikacji formalnej, głównie na papierze, co owocuje ograniczoną możliwością dyskusji, spadkiem zaufania i satysfakcji z otrzymanej usługi medycznej. Podstawowym celem wprowadzania usprawnień w sferze informacji jest zbudowanie otwartego systemu informacyjnego na poziomie lekarz-pacjent oraz możliwości wymiany wiedzy. Szczególnie istotne jest tutaj tworzenie możliwości częstszej bezpośredniej komunikacji pomiędzy lekarzem a chorym. „Komunikacja bezpośrednio jest najbardziej efektywną formą przekazywania skomplikowanej wiedzy. Kontakt osobisty pozwala na dyskusję, wymianę poglądów, ułatwia porozumienie i dochodzenie do kompromisów” (Nestorowicz 2001:161). Ułatwiona komunikacja, umiejętność słuchania potrzeb pacjentów, kompetentna i wiarygodna informacja zmniejszają barierę nieufności pomiędzy świadczeniobiorcą a świadczeniodawcą.

C. *Sfera techniczna* – związana z przestrzeganiem procedur pod względem technicznym, a więc wyeliminowaniem przyczyn potencjalnych usterek.

Poziom sprawności sprzętu medycznego wpływa zarówno na jakość leczenia, jak i bezpieczeństwo pacjentów. Bezpieczeństwo chorych związane jest z bezpieczeństwem fizycznym (szczególnie dużą rolę odgrywa jakość aparatury podczas skom-

plikowanych zabiegów chirurgicznych), a także ograniczeniem niepotrzebnego stresu wśród pacjentów.

Medycyna jest tą dyscypliną naukową, w ramach której dążenie do najwyższego poziomu jakości świadczeń zdrowotnych stało się wieloletnią tradycją, lecz jak wynika z danych statystycznych dotyczących pracy sądów lekarskich, przybiera liczba niezadowolonych pacjentów. Konsumenci usług medycznych coraz częściej domagają się upomnienia bądź ukarania lekarza, by w przyszłości wyeliminowane zostało ryzyko popełnienia podobnego błędu. W ciągu ostatnich kilku lat wzrosła presja społeczeństwa domagającego się wyższej jakości usług medycznych. Przedmiotem niezadowolonych pacjentów są między innymi: brak czasu personelu medycznego w kontaktach z chorymi, brak należytej informacji oraz błędy medyczne. Dane statystyczne dotyczące pracy sądów lekarskich pokazują, że coraz więcej Polaków czuje się ofiarami błędu medycznego, niekompetencji lekarzy lub braku należytej informacji. Od 1998 roku do 2003 roku liczba ukaranych naganą lekarzy wzrosła z 16 do 46 osób².

Pacjenci (klienci) systematycznie domagają się wprowadzenia wszelkich udoskończeń tych elementów świadczeń zdrowotnych, które wpływają bezpośrednio na ich życie.

4. Badania satysfakcji pacjenta

Podstawowym wyznacznikiem sukcesu danej placówki opieki zdrowotnej jest satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi medycznej. Do działań podejmowanych przez szpitale zmierzających do usatysfakcjonowania pacjentów należą badania marketingowe mające na celu ocenę zadowolenia świadczeniobiorców z oferowanych im usług zdrowotnych. Badania satysfakcji pacjentów stwarzają możliwość wysondowania, co sądzą świadczeniobiorcy o oferowanych im usługach, a także określić dysfunkcje i niedomagania w analizowanych obszarach funkcjonowania placówki opieki zdrowotnej. Wyniki tego rodzaju badań umożliwiają również podjęcie działań marketingowych (np. lansowanie swojego zakładu na rynku), a także ocenę i przygotowanie placówki medycznej do wdrożenia systemów zarządzania jakością. Wyniki badań satysfakcji pacjentów stwarzają szansę wykazania, że ich atutem jest opiekuńczość, troska

o dobro pacjenta, a nie diagnostyka. Stosowanie tego rodzaju badań pozwala uzyskać opinię o jakości świadczeń w różnych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, wpływających zarówno bezpośrednio (np. niezawodność), jak i pośrednio (np. przestrzeganie praw pacjenta) na finalny kształt usługi. Na stosunek pacjenta do danej jednostki medycznej wpływa wiele czynników. Należą do nich między innymi: czas oczekiwania na usługę, szybkość wykonywanych zabiegów, a także możliwość zdobycia informacji itp. Należy jednak pamiętać, iż jakość z punktu widzenia pacjenta to jakość świadczeń medycznych, mierzona według kryteriów subiektywnych. Związane jest to z faktem, że każdy pacjent ma własny, określony pułap oczekiwań i wymagań dotyczących opieki medycznej, własne „doświadczenia”, a także istotny wpływ czynników psychologicznych, emocji związanych z leczeniem. Trzeba uwzględnić fakt, że wynik oceny placówki przez pacjenta uwarunkowany będzie indywidualnym nastawieniem emocjonalnym świadczeniobiorcy. Przykładowo chory zgłaszający się z chorobą nowotworową lub silnym bólem będzie inaczej postrzegał otoczenie niż pacjent oczekujący na wykonanie profilaktycznego zabiegu. W leczeniu nowotworów medycy nie osiągają satysfakcji, nawet gdy procent całkowitych wyleczeń – tak jak to ma miejsce w najlepszych ośrodkach – przekracza połowę liczby chorych. Niskie oceny na oddziałach takich jak traumatologia i ortopedia czy chirurgia urazowa są bezpośrednio związane przede wszystkim ze stanem emocjonalnym chorych, wynikającym z sytuacji zdrowotnej hospitalizowanych. Wynikają one między innymi z umiejętności radzenia sobie ze stresem, jakim jest choroba. Rzeczywiste zachowania i odczucia człowieka, emocje takie jak nadzieja, lęk, stres przeżywane przez pacjentów w trakcie choroby utrudniają obiektywną ocenę sytuacji. Nie bez znaczenia pozostaje również lojalność pacjenta, w przypadku której nawet jeśli sam nie będzie odczuwał problemów zdrowotnych, poleci usługi zakładu opieki zdrowotnej innym potencjalnym pacjentom. W przypadku pozytywnego odbioru usługi po kolejnych wizytach klient nadal buduje swoje oczekiwania, które zazwyczaj są wzbogacone o doświadczenie własne, najbliższej rodziny, znajomych lub ewentualnie o opinie wyrażone przez innych pacjentów. Z punktu widzenia

jakościowego, związanego z usługami medycznymi, najbardziej dostrzegany element przez pacjenta stanowi informacja. „Stworzona atmosfera niepewności, lęku, braku zaufania, informacje przesyłane w «mowie ciała» oraz fachowych terminach sprawiają, że pacjenci, podejmując decyzje dotyczące swojego stanu zdrowia, widzą szerzej tło społeczne, bardziej zawierzając własnej intuicji i emocjom” (Maciąg 2004: 43).

Reasumując, podnoszenie jakości świadczeń medycznych jest procesem ciągłym. Jakość opieki nad chorymi to nie tylko wartość stosunków międzyludzkich (komunikacja na poziomie lekarz – pacjent), ale również wartość techniczna oraz takie elementy jak: komfort, estetyka itp., które należy permanentnie oceniać i udoskonalać.

Zastosowanie wybranego narzędzia oceny satysfakcji pacjentów pozwala uzyskać opinię o jakości świadczeń w różnych obszarach działalności placówki, wpływających zarówno bezpośrednio jak i pośrednio na finalny kształt usługi. W praktyce zakłady opieki zdrowotnej jako narzędzie wykorzystują najczęściej skonstruowane przez siebie (działa marketingu) ankiety, zbierając za ich pomocą informacje na temat: opieki lekarskiej i kontaktu pacjenta z personelem medycznym, dostępności świadczeń oraz tzw. warunków hotelowych. Perspektywa oceny sfery informacyjnej ma na celu uzyskanie informacji dotyczących życzliwości personelu medycznego, prawa do prywatności, zachowania dyskrecji i tajemnicy lekarskiej oraz wsparcia psychicznego chorego, polegającego przede wszystkim na podejmowaniu działań dla zmniejszenia lęku, dyskomfortu oraz bólu. Kolejnym determinantem satysfakcji pacjentów jest dostępność świadczeń. Kwestionariusz do badań opinii pacjentów zawiera informacje na temat czasu oczekiwania na planowany zabieg, czasu oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, dostępności porad specjalistów, badań diagnostycznych, zabiegów rehabilitacyjnych oraz dodatkowych kosztów usług prywatnych z powodu niemożności uzyskania tych świadczeń w placówkach publicznych. Na zadowolenie pacjentów wpływa również wiele elementów, które wymagają szczegółowej analizy. Z punktu widzenia świadczeniobiorcy jest to nie tylko dostęp do usług zdrowotnych oraz opieka lekarska, ale również warunki hotelowe w placówce lecznictwa zamkniętego. Przez warunki pobytu

rozumiemy przede wszystkim wygląd zewnętrzny i wewnętrzny pomieszczeń, wyposażenie, środki przekazu oraz jakość posiłków. Metodologiczna poprawność tego rodzaju badań marketingowych wynika przede wszystkim z celu, jaki chce się osiągnąć. Poprawnie skonstruowana ankieta powinna być jasna, zrozumiała dla wszystkich respondentów, wyczerpująca, ale jednocześnie niezbyt długa, aby nie zniechęcić respondentów-pacjentów do uczestniczenia w badaniu. Badania najczęściej obejmują nie mniej niż 100 badanych. Jednakże należy uwzględnić, iż dobór liczby badanych zależy przede wszystkim od specyfiki oddziałów, na terenie których prowadzone jest badanie, oraz od średniego czasu hospitalizacji. Ogólne korzyści z prowadzenia badań satysfakcji pacjenta dla poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej to przede wszystkim:

- możliwość pozyskania cennego narzędzia marketingowego,
- zidentyfikowanie obszarów, w których istnieje największa potrzeba implementacji usprawnień,
- możliwość polepszenia bezpieczeństwa pacjentów w obszarach wymagających wdrożenia udoskonaleń,
- zinterpretowanie czynników świadczących o wyższej jakości usług medycznych w różnych porównywalnych zakładach opieki zdrowotnej.

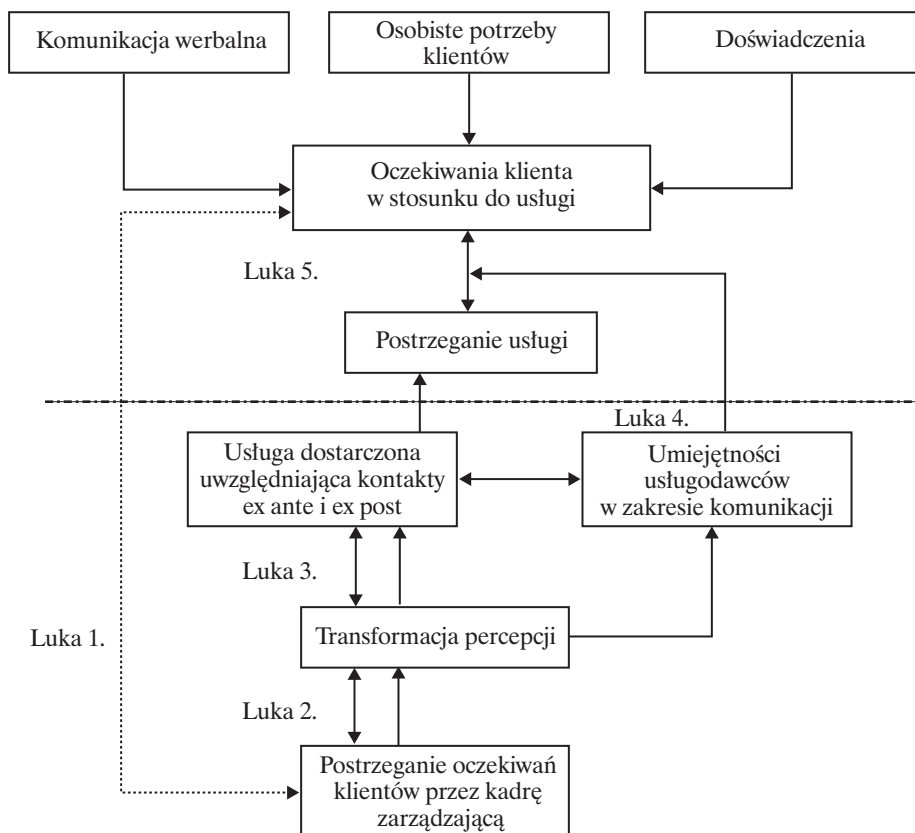
Najlepiej przeprowadzoną i sprawdzoną ankietę powinno poprzedzać badanie pilotażowe polegające na uzyskaniu opinii pacjentów na temat poprawności kwestionariusza, jego zrozumiałości oraz trafności. W pytaniach o skalę najczęściej stosowaną jest pięciostopniowa metoda oceny zwana skalą E/P (ang. *excellent/poor*), np.: Jak ocenia Pan(i) pracę personelu lekarskiego? (możliwe odpowiedzi: bardzo dobrze, dobrze, raczej dobrze, źle, bardzo źle). Innymi popularnymi skalami są skala satysfakcji VS/VD (*very satisfied/very dissatisfied* – bardzo zadowolony, bardzo niezadowolony), pięciostopniowa skala atrybutów (bardzo życzliwie/bardzo nieżyczliwie) oraz skala Likerta (zdecydowanie się zgadzam/zdecydowanie się nie zgadzam) (Fedorowski, Niżankowski 2002: 89). Innym, „bezpieczniejszym” sposobem prowadzenia badań satysfakcji pacjentów jest korzystanie ze sprawdzonych i stosowanych metod. Pomimo iż w zakładach opieki zdrowotnej gotowe instrumenty pomiaru jakości świadczeń

wykorzystywane są zazwyczaj rzadko, jedną z pomocnych w przeprowadzeniu tego rodzaju badań, pasujących do specyfiki analizowanej instytucji jest metoda servqual. Metoda ta umożliwia dogłębne zbadanie satysfakcji pacjentów z oferowanych im usług, prezentując jakość świadczeń medycznych z perspektywy klienta zewnętrznego (pacjenta) oraz klienta wewnętrznego (pracownika). Metoda servqual stanowi narzędzie badania jakości świadczeń. Powszechnie wykorzystywana jest w bankach, szkołach wyższych, kancelariach prawniczych, a także w służbie zdrowia.

Metoda ta została opracowana przez Parasuramana, Zeithalma i Berry'ego oraz szczegółowo opisana w artykule tych

autorów pt. *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, opublikowanym w „Journal of Marketing” w 1985 r. Według wymienionych wyżej badaczy, jest to instrument służący ocenie jakości usług, dokonywanej przez klienta (pacjenta), uwzględniający występowanie pięciu luk w sferze jakości usług (patrz tabela 1.).

- luka 1. – określana jest jako różnica pomiędzy oczekiwaniami pacjenta a postrzeganiem tych oczekiwań przez kierownictwo placówki medycznej,
- luka 2. – stanowi różnicę pomiędzy postrzeganiem oczekiwań pacjentów przez kadre zarządzającą i specyfikacją jakości usług,



Rys. 1. Model jakości usług.

Źródło: A. Parasuraman, V.A. Zeithaml, L. Berry, *A conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, *Journal of Marketing*, Fall 1985, s. 49.

Analizowane obszary
<p>1. Wymiar materialny</p> <p>S1. Szpital zaopatrzony jest w nowoczesny sprzęt; S2. Oddziały szpitala posiadają atrakcyjny wygląd; S3. Poszczególne pomieszczenia szpitala są czyste i zadbane; S4. W szpitalach materiały reklamowe (ulotki leków, itp.) są wizualnie atrakcyjne.</p>
<p>2. niezawodność</p> <p>S5. Szpital reaguje na Pana(i) potrzeby; S6. Kiedy zwraca się Pan(i) do personelu medycznego szpitala z problemem, personel ten stara się go rozwiązać; S7. Szpital realizuje Pana(i) usługę w czasie, w którym się zobowiązał (np.: zabieg operacyjny); S8. Informacja o zasadach żywienia w oddziale; S9. Pora podawania posiłków; S10. Temperatura posiłków; S11. Jakość i estetyka podawania posiłków</p>
<p>3. Reakcja na oczekiwania pacjenta</p> <p>S12. Personel medyczny szpitala informuje Pana(a) na bieżąco o realizowanej usłudze (przebieg procesu leczenia); S13. Personel medyczny szpitala realizuje usługę możliwie sprawnie; S14. Personel medyczny szpitala jest wobec Pana(i) zawsze pomocny i życzliwy; S15. Personel medyczny szpitala nigdy nie jest na tyle zajęty pracą, aby nie reagować na Pana(i) prośby i potrzeby; S16. Informacje o podawanych lekach i sposobie ich zażywania; S17. Informacje o celowości wykonywania badań i zabiegów; S18. Kultura i uprzejmość personelu w pracowniach diagnostycznych.</p>
<p>4. Fachowość i zaufanie</p> <p>S19. Zachowanie personelu medycznego szpitala; S20. Personel medyczny szpitala jest wobec Pana(i) zawsze uprzejmy i życzliwy; S21. Personel medyczny szpitala jest na tyle kompetentny, aby zawsze udzielić odpowiedzi na Pana(i) pytania; S22. Personel medyczny traktuje Pana(a) indywidualnie; S23. Szpital funkcjonuje w godzinach dogodnych dla swoich pacjentów (godziny odwiedzin, posiłków); S24. personel medyczny szpitala zajmuje się indywidualnie Pana(i) problemami; S25. Szpital dąży do jak najlepszej realizacji Pana(i) potrzeb; S26. Personel medyczny szpitala rozumie Pana(i) potrzeby; S27. Czy polecił(a)by Pan(i) nasz szpital znajomym?</p>
<p>5. Przestrzeganie praw pacjenta</p> <p>S28. Czy został(a) Pan(i) poinformowany(a) o „karcie praw pacjenta”? S29. Czy miał(a) Pan(i) prawo do odmowy lub wyrażenia zgody na wykonywanie określonego świadczenia medycznego? S30. Czy miał(a) Pan(i) zapewnione warunki do zaspokojenia potrzeb religijno-duchowych? S31. Czy miał(a) Pan(i) poczucie intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych?</p>

Tab. 1. Zmodyfikowana ankieta *servqual*.

Źródło: opracowanie własne na podstawie A. Parasuraman, V.A. Zeithaml, L. Berry, *A conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, *Journal of Marketing*, 1985.

- luka 3. – różnica pomiędzy specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi,
- luka 4. – określa różnicę między jakością świadczenia usługi a informacjami, które uzyskuje pacjent na jej temat,
- luka 5. – miara różnicy pomiędzy poziomem spełnienia oczekiwań a postrzeganiem usługi przez pacjenta.

Wpływ na wielkość luki pierwszej mają przede wszystkim badania marketingowe oraz efektywność komunikacji w tego rodzaju analizie. Brak pełnego zaangażowania kierownictwa w pracę nad problemem jakości usług może powiększać lukę drugą. W wielu przypadkach zaangażowanie kierownictwa ograniczone jest do krótkotrwałych działań wywołanych sporadycznie przez skargi klientów bądź uczestnictwo w spotkaniach z odbiorcami usług (Karaszewski 2001: 199). Luka trzecia związana jest z niezdolnością do świadczenia usługi przez pracowników na odpowiednim poziomie. Luka czwarta, czyli komunikacja pionowa oraz tendencje do zawyżania obietnic, wpływa znacznie na poziom świadczonych usług. Komunikacja pionowa odnosi się do przepływu informacji wewnątrz i pomiędzy działami organizacji. Zawyżanie obietnic natomiast rozumieć należy jako „podnoszenie oczekiwań klienta do poziomu, którego przedsiębiorstwo nie jest w stanie spełnić” (Karaszewski 2001: 199). W celu ukazania wrażliwości systemu opieki zdrowotnej na potrzeby pacjentów wykorzystywana jest luka 1. Wielkość różnicy pomiędzy wielkością postrzeganą a oczekiwaną wskazuje miejsca, gdzie powinny być wprowadzane udoskonalenia. W celu oceny poszczególnych poziomów jakości usług analizie poddawane są następujące wymiary:

- *wymiar materialny* – wygląd zewnętrzny i wewnętrzny pomieszczeń, wyposażenie, środki przekazu, personel,
- *niezawodność* – zdolność solidnego i prawidłowego zrealizowania usługi,
- *reakcja na oczekiwania pacjenta* – chęć udzielania pomocy pacjentom, szybkość działań i reagowania na wymogi stawiane przez odbiorców usług,
- *fachowość i niezawodność* – wiedza merytoryczna personelu oraz umiejętności zdobywania pacjentów,
- *empatia* – utożsamianie się z potrzebami pacjentów.

Ze względu na specyfikę sektora usług zdrowotnych metoda SERVQUAL jest rozsze-

rzana dodatkowo o jeden wymiar, a mianowicie o prawa pacjenta. Uwzględnianie tego czynnika w badaniach ma na celu pokazanie stopnia spełnienia i utożsamiania się placówki medycznej z potrzebami pacjentów. „W założeniu karta praw pacjenta ma pomagać Narodowej Służbie Zdrowia w słuchaniu i reagowaniu na opinie i potrzeby Służby Zdrowia, prowadzeniu wyraźnych standardów jakości Służby, zapewnieniu Służby Zdrowia zmieniającej te standardy” (Halik 1996: 26).

Pacjent powinien znać swoje prawa obejmujące przede wszystkim informacje dotyczące osób, które będą się nim opiekowały i odpowiadały za jego leczenie, a także wykonywanych w czasie hospitalizacji badań i zabiegów.

5. Prawa pacjenta

Według Światowej Organizacji Zdrowia prawa pacjenta można podzielić na indywidualne i społeczne (WHO 1994: 6). Prawa społeczne to ta część uprawnień jednostki, która wynika z przynależności do określonego społeczeństwa. Należy do nich np. prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, zakaz dyskryminacji (ze względu na wiek, płeć, narodowość, wyznanie oraz sytuację społeczną lub ekonomiczną). Prawa społeczne nie zawsze są postrzegane przez jednostkę jako uprawnienia, ponieważ często ograniczają dostęp poszczególnych osób do świadczeń wyspospecjalistycznych lub najnowszych technologii medycznych, aby w ten sposób zapewnić podstawowy poziom świadczeń całemu społeczeństwu. Prawa społeczne mają znaczenie głównie przy ocenie jakości całego systemu ochrony zdrowia.

Z punktu widzenia jakości opieki zdrowotnej jako oferowanych usług podstawowe znaczenie mają prawa indywidualne. Wywodzą się one bezpośrednio z praw i wolności człowieka i jako takie przynależą każdemu. Należą do nich: prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej, samodecydowania o sobie, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz poczucie bezpieczeństwa swojej osoby, poszanowanie prywatności, a także wyznawanych przez jednostkę wartości moralnych i kulturalnych oraz przekonań religijnych i filozoficznych. Sama koncepcja nie jest więc nowa. Istotne jest jednak stosowanie tych praw w obszarze ochrony zdrowia, gdzie w wyniku rozwoju nowych, coraz bardziej skompli-

kowanych, wymagających specjalistycznej wiedzy metod, często potrzebujących współpracy całych zespołów profesjonalistów dochodzi do depersonifikacji i dehumanizacji pacjenta (WHO 1994: 5).

W prawie polskim zapisy dotyczące praw pacjenta znajdują się w Konstytucji oraz w wielu ustawach. Najważniejsze z nich to: ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, ustawa o publicznej służbie krwi, ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Samorząd lekarski uchwalił również Kodeks Etyki Lekarskiej, który obowiązuje lekarzy zrzeszonych w Izbach Lekarskich, do których przynależność jest obowiązkowa. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest do zapewnienia dostępności informacji o prawach pacjenta. Jest to realizowane najczęściej przez wywieszenie w widocznym miejscu Karty Praw Pacjenta, która stanowi wyciąg z obowiązujących aktów prawnych.

5.1. Zgoda i informacja

Podstawowym prawem pacjenta jest prawo do wyrażenia zgody (lub odmowy) na proponowane sposoby postępowania medycznego (art. 32 ust. o zaw. lek.). Dotyczy to zarówno leczenia jak i diagnostyki, profilaktyki, rehabilitacji i innych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia. Sytuacje, w których można przeprowadzić leczenie pomimo sprzeciwu pacjenta, są bardzo ograniczone, dotyczą głównie pacjentów chorych psychicznie, zagrażających swojemu życiu lub życiu i zdrowiu innych osób (art. 22 i 23 ust. o ochronie zdrowia psychicznego) (Wilkowska-Płóciennik 2004: 25). W przypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych decyzję podejmuje przedstawiciel ustawowy, jednak w przypadku osoby małoletniej należy wysłuchać opinii pacjenta (art. 31 i 32 ust. o zaw. lek.), a w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, ale zdolnych z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby (art. 32 ust. o zaw. lek.). Należy zauważyć, że prawo wyrażenia zgody lub sprzeciwu przysługuje osobom, które ukończyły 16 rok życia. Jest to tzw. zgoda podwójna lub rów-

noległa, tzn. oprócz zgody samego pacjenta niezbędna jest zgoda przedstawiciela ustawowego, brak którejkolwiek z nich powoduje delegalizację zabiegu medycznego. Według obecnie obowiązującego kodeksu karnego przeprowadzenie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest przestępstwem (art. 192 kk).

Zgoda może być wyrażona w dowolny sposób (ustnie, pisemnie lub przez takie zachowanie pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym, zgodnie z art. 32 ust. o zaw. lek.), jednak musi to być wyraźna zgoda, a nie jedynie brak sprzeciwu lub milczenie. W przypadkach szczególnych, takich jak np. przeprowadzenie zabiegu operacyjnego lub zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta albo udział w eksperymencie medycznym, ustawodawca wymaga pobrania zgody w formie pisemnej. Niemniej jednak większość specjalistów uznaje, że w powyższej sytuacji zgoda wyrażona w formie ustnej jest również ważna, a wymóg pisemny ma raczej ułatwić ewentualne postępowanie dowodowe (Filar 2000: 274).

Należy zwrócić uwagę na fakt, że zgoda powinna być wyrażona przed wykonaniem zabiegu, a nie po fakcie (w celu uzupełnienia dokumentacji), jak to niekiedy ma miejsce (Niemczyk, Łazarska 2005: 51).

Często zdarza się jednak, że pacjent, który nie posiada przedstawiciela ustawowego, nie jest zdolny do wyrażenia swojej woli; np.: stracił przytomność w wyniku wypadku lub nagłego zachorowanie, albo nie jest w stanie ocenić sytuacji ze względu na wiek lub choroby ograniczające świadomość (np. choroba Alzheimera lub inne stany przebiegające z demencją). W tej sytuacji w zastępstwie pacjenta zgody udziela sąd, który podejmując decyzję ma na uwadze dobro pacjenta oraz, jeżeli coś na ten temat wiadomo, jego ewentualną wolę (art. 32 ust. o zaw. lek.).

Zdarza się, że podczas przeprowadzania zabiegu u pacjenta poddanego znieczuleniu ogólnemu zachodzi sytuacja, której lekarz nie przewidywał wcześniej. Lekarz uważa, że należałoby zmienić częściowo lub całkowicie sposób leczenia, niemniej brakuje zgody pacjenta i nie ma możliwości uzyskania jej w trakcie zabiegu. W takiej sytuacji, jeżeli nieuwzględnienie nowych okoliczności groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem

ciała lub poważnym rozstrojem zdrowia, lekarz ma prawo bez uzyskania tej zgody zmienić zakres zabiegu lub diagnostyki bądź leczenie w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. O zaistnieniu takiej sytuacji oraz wprowadzonych zmianach lekarz informuje pacjenta oraz dokonuje adnotacji w dokumentacji medycznej (art. 35 ust. o zaw. lek.) (Niemczyk, Łazarzka 2005: 58).

Z prawem do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego związane jest prawo do informacji, nie można bowiem podjąć właściwej decyzji, nie dysponując odpowiednią informacją (Nesterowicz 2005: 116).

Informacja powinna dotyczyć następujących kwestii: stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowań (art. 31 ust. o zaw. lek.). Lekarz ma obowiązek udzielenia pacjentowi informacji w wyżej wymienionym zakresie z własnej inicjatywy, nie czekając na pytania pacjenta. Niemniej, jeżeli pacjent nie chce być informowany o swoim stanie zdrowia, to na jego wyraźne żądanie lekarz nie ma obowiązku udzielać mu omawianych informacji. Jest to jedyna sytuacja, gdy pacjent może wyrazić zgodę „in blanco” na wszystkie proponowane zabiegi diagnostyczne i lecznicze. Co jednak, jeżeli lekarz uważa, że pacjent powinien jednak wiedzieć o niektórych dotyczących go faktach? Wydaje się, że w takiej sytuacji lekarz może jednak informować pacjenta (brak obowiązku nie oznacza przecież zakazu).

Informacja powinna być przekazana pacjentowi w sposób przystępny, dostosowany do jego poziomu rozumienia, a więc nie powinna zawierać skomplikowanej terminologii. Niemniej lekarz nie jest w stanie stwierdzić, czy pacjent rzeczywiście rozumie przekazywane informacje, dlatego często nie mówi się o świadomej zgodzie pacjenta, ale o zgodzie po poinformowaniu (ang. informed consent).

Pacjent, który ukończył 16 lat, otrzymuje pełną informację, tak jak osoba pełnoletnia. W przypadku pacjentów młodszych informacja udzielana jest w zakresie i formie potrzebnej o prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (art. 31 ust. o zaw. lek.).

W przypadkach szczególnych zakres informacji jest rozszerzony. Dla przykładu,

jeżeli pacjent ma być poddany eksperymentowi medycznemu musi być poinformowany również o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium (art. 24 ust. o zaw. lek.). Tak więc nie wystarczy poinformować pacjenta o bezpośrednio dotyczących go aspektach eksperymentu. Musi on również wiedzieć o celach naukowych, jakie badacze spodziewają się osiągnąć, hipotezie, jaką zamierzają sprawdzić itp.

W przypadku transplantacji komórek, tkanek lub narządu od żyjącego dawcy, biorca musi zostać poinformowany o ryzyku, na które narażony jest dawca w związku z zabiegiem pobrania oraz o możliwych następstwach pobrania dla stanu zdrowia dawcy. Dawca ma prawo do wycofania swojej zgody na każdym etapie przygotowania do zabiegu. W związku z tym musi on zostać uprzedzony o skutkach takiej decyzji dla biorcy, związanych z ostatnią fazą przygotowania biorcy do dokonania przeszczepu.

W wyjątkowych sytuacjach, kiedy rokowanie jest niepomysłne, informacja przekazywana pacjentowi może zostać ograniczone przez lekarza. Jednak musi on być przekonany, że za ograniczeniem informacji przemawia dobro pacjenta (art. 31 ust. o zaw. lek.). Jest to tzw. przywilej terapeutyczny. W takiej sytuacji lekarz przekazuje informacje osobie upoważnionej przez pacjenta. Jeżeli jednak pacjent zażąda pełnej informacji, należy mu jej udzielić niezależnie od spodziewanych konsekwencji. Nie wolno również przekazywać informacji nieprawdziwych, czyli np. podawać innego rozpoznania.

Pacjent ma prawo wglądu do dotyczącej go dokumentacji medycznej prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej, może ją przeglądać, robić notatki, a także kopiować, jednak związanymi z tym kosztami zakład opieki zdrowotnej może obciążyć pacjenta (art. 18 ust. o zoz).

5.2. Poufność informacji

Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Artykuł 40 ustawy o zawodzie lekarza sformułowany jest w taki sposób, że obejmuje wszystkie informacje, zarówno medyczne, jak i niemedyczne, które w innej

sytuacji nie byłyby prawnie chronione. Tajemnicą lekarza związany jest również po śmierci pacjenta, co może prowadzić do trudnych sytuacji, ponieważ zgodnie z literą prawa w przypadku zgonu pacjenta w szpitalu rodzina nie ma prawa do uzyskania jakichkolwiek informacji o jego stanie zdrowia w momencie przyjęcia, rozpoznaniu czy przebiegu leczenia.

Katalog sytuacji, w których lekarz jest zwolniony z dochowania tajemnicy, jest ściśle określony. Przede wszystkim lekarz może zostać zwolniony z tego obowiązku przez pacjenta, który wyraża zgodę na przekazywanie informacji w określonym zakresie wskazanej przez siebie osobie; lekarz ma wtedy obowiązek poinformować pacjenta o ewentualnych niekorzystnych skutkach jej ujawnienia. Inny wyjątek to sytuacja, gdy zachodzi potrzeba przekazania informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Informacje są w tedy przekazywane wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonania tych świadczeń. Lekarz może ujawnić informacje o pacjencie innym osobom, jeżeli zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób, jest to niezbędne dla celów naukowych lub do praktycznej nauki zawodów medycznych, badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów i instytucji lub jest zwolniony zapisami innej ustawy (art. 40 ust. o zaw. lek.) (Szczygieł, Bagan-Kurluta 2004: 30).

5.3. Poszanowanie intymności i godności pacjenta

Lekarz ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta oraz dbania, aby przestrzegał go również inny personel medyczny (art. 36 ust. o zaw. lek.). Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych powinien uczestniczyć wyłącznie niezbędny personel, a obecność innych osób jest dopuszczalna wyłącznie za zgodą pacjenta i lekarza. Nie dotyczy to Akademii Medycznych oraz innych placówek zajmujących się kształceniem personelu medycznego, niemniej w przypadku demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznym konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta.

Pacjent ma również prawo do umierania w spokoju i godności, w przypadku naruszenia tego zapisu rodzina może domagać się

przed sądem zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na wybrany przez siebie cel społeczny (art. 19 i 19a ust. o zoz).

5.4. Kontakty z rodziną i opieką duszpasterską

Jeżeli pacjent pozostaje w zakładzie opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń całodobowych ma on prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz. Ograniczeniu może ulec jedynie prawo do kontaktu osobistego jeżeli jest to podyktowane zagrożeniem epidemiologicznymi lub ze względu na warunki przebywania innych chorych (art. 19 ust. o zoz).

Pacjent ma również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną, wskazaną przez siebie, osobę (art. 19 ust. o zoz).

W szpitalach i innych zakładach pobytu całodobowego pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej (art. 19 ust. o zoz).

5.5. Dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych

W przypadku nagłego zachorowania, gdy zwłoka w uzyskaniu pomocy medycznej zagraża życiu lub zdrowiu pacjenta, zarówno lekarz, indywidualnie, jak i zakład opieki zdrowotnej, do którego zgłasza się pacjent, jest zobowiązany takiej pomocy mu udzielić (art. 30 ust. o zaw. lek. i art. 7 ust. o zoz). Względy finansowe lub brak ubezpieczenia nie mogą w takiej sytuacji stanowić przeszkody (Kubot 2004: 33).

Aby zapewnić odpowiednią jakość świadczonych usług, pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (art. 9 ust. o zoz). Zakład opieki zdrowotnej może również wystąpić z wnioskiem o wydanie certyfikatu akredytacyjnego w celu stwierdzenia spełnienia określonych podawanych do ogólnej wiadomości standardów jakości, poprzez dobrowolne poddanie się przeglądom prowadzonym przez wizytorów ośrodka akredytacyjnego (art. 18c ust. o zoz).

Wynik leczenia można przewidzieć z pewną dozą prawdopodobieństwa, ale żaden lekarz nie może podjąć zobowiązań co do rezultatu podejmowanych przez siebie działań. Dlatego tak ważne jest podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przestrzeganie pewnych zasad ostrożności mającym zapewnić uniknięcie

sytuacji, którym można było zapobiec. Świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać wskazaniom aktualnej wiedzy medycznej, nie wolno stosować metod przestarzałych i niesprawdzonych, a zwłaszcza metod, które zostały uznane za nieskuteczne (art. 4 ust. o zaw. lek. i art. 19 ust. o zoz). W przypadku ograniczonego dostępu do świadczeń pacjent ma prawo korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedurze ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 19 ust. o zoz i art. 20 ust. o świadczeniach zdrow. finans. ze środków publicznych). Czas oczekiwania ustalany jest indywidualnie w przypadku każdego pacjenta na podstawie następujących kryteriów: stanu zdrowia pacjenta, dotychczasowego przebiegu jego choroby oraz rokowań co do dalszego jej przebiegu (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej).

Ponadto lekarz zobowiązany jest do przestrzegania zasad etyki zawodowej spisanych w kodeksie etyki lekarskiej oraz postępowania z należytą starannością (art. 4 ust. o zaw. lek.).

Do obowiązków szpitala należy również zapewnienie przyjętemu pacjentowi, oprócz świadczeń zdrowotnych, środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia (art. 20 ust. o zoz).

6. Wnioski

Wykorzystanie możliwości, jakie oferują dobrze przemyślane i zaplanowane badania satysfakcji pacjentów, a także koncentrowanie szerokiego zakresu działań na świadczeniu usług zorientowanych na pacjentów i przestrzeganie ich praw pozwala na szybsze, skuteczniejsze działanie oraz lepsze dostosowanie się do zmieniających się potrzeb świadczeniobiorców, a tym samym przyczynia się do zwiększenia ich satysfakcji oraz podniesienia efektywności zakładów opieki zdrowotnej.

Informacje o autorkach

Dr Agnieszka Maciąg – adiunkt w Zakładzie Jakości Świadczeń, Standardów i Procedur Medycznych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, pracownik naukowy Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie w Zakładzie Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa. E-mail: agnm84@esculap.pl.

Lek. med. Izabela Sakowska – pracownik Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie w Zakładzie Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa.

Przypisy

¹ Podzielone są one na 15 zestawów tematycznych: zarządzanie ogólne (ZO), zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ), zarządzanie informacją (ZI), kontrola zakażeń szpitalnych (KI), prawa pacjenta (PP), ocena stanu pacjenta (OS), opieka nad pacjentem (OP), anestezjologia (AN), leki (LI), odżywianie (OD), ciągłość opieki (CO), poprawa jakości (PJ), zarządzanie środowiskiem opieki (ŚO), Izba Przyjęć (IP), laboratorium (LA), patrz: <http://www.cmj.org.pl>.

² Dane liczbowe dotyczące Sądów Lekarskich, porównanie danych za lata 1998-2003, Sąd I Instancji, (OSL i NSL w I Instancji) – Naczelna Izba Lekarska.

Bibliografia

Borkowska-Kalwas, T. i M. Pączkowska. (red.) 2004. *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków 1998-2003*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Zakład Analiz Socjologicznych.

Fedorowski, J. i R. Nizankowski. 2002. *Ekonomika medycyny*, Warszawa: PZWL.

Filar, M. 2000. *Lekarskie prawo karne*, Kraków: Zakamycze.

Halik, J. 1996. Prawa Pacjenta, Biuletyn nr 18, Nr 08, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, s. 26.

Karaszewski, R. 2001. *TQM. Teoria i praktyka*, Toruń: Dom Organizatora.

Kautsch, M., Whitfield, M. I J. Klich (red.) 2001. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Kraków: Wyd. UJ.

Kleszcz, H. 2001. Nie stać nas na bylejakość. *Gazeta Lekarska*, nr 7-8, s. 12-13.

Kotler, Ph. 1994. *Marketing*, Warszawa: Gebethner & S-ka.

Kubot, Z. 2004. Znaczenie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych. *Prawo i Medycyna*, nr 2/2004, (15, vol. 6), s. 30-51.

Maciąg A. 2004. Rola informacji w procesie tworzenia jakości usług medycznych. *Zdrowie i Zarządzanie*, tom VI, nr 6, s. 43.

Maciąg, A. 2004. *Systemy zapewnienia jakości jako składnik użytkowy usług medycznych*, Maków Mazowiecki, III Konferencja: „Jakość w Opiece Zdrowotnej – Mazowieckie Forum Dyskusyjne”.

Nesterowicz, P. 2001. *Organizacja na krawędzi chaosu*, Kraków: Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu.

- Nesterowicz, M. 2005. *Prawo medyczne*, Toruń: Dom Organizatora.
- Niemczyk, S. i A. Łazarska. 2005. Materialnoprawne elementy aktu zgody pacjenta w ujęciu prawnym i medycznym. *Prawo i Medycyna*, nr 5/2005, (19, vol. 7), s. 48–65.
- Opolski, G., Dykowska, G. i M. Możdżonek. 2003. *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa: Cedetu.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. i L. Berry. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, nr 49.
- Szczygieł, G. i K. Bagan-Kurluta. 2004. Zasada respektowania tajemnicy lekarskiej o ochrona interesów osób trzecich w związku z zagrożeniem ich zdrowia lub życia AIDS/HIV. *Prawo i Medycyna*, nr 3/2004, (16, vol. 6), s. 30–42.
- Świątek, B. 2004. *Błąd medyczny w praktyce medyka sądowego*, Warszawa, materiały z konferencji: „Bezpieczny Pacjent, Bezpieczny Szpital”.
- Ustawa z dnia 5 XII 1996 o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity) (Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 30 VII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 19 VIII 1994 o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535, z. późn. zm.)
- Wilkowska-Płóciennik, A. 2004. Przesłanki przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym. *Prawo i Medycyna*, nr 4/2004 (17, vol. 6), s. 23–33.
- World Health Organization. 1994. *Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*.