



Rzecznik Praw Pacjenta

DOBRE PRAKTYKI

DLA PODMIOTÓW

WYKONUJĄCYCH

DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

w zakresie postępowania
ze skargami i wnioskami

WARSZAWA 2024

REDAKCJA:

Diana Molendowska-Sojka

Marta Puścion

Zuzanna Wolska

**ZESPÓŁ DS. OPRACOWYWANIA DOBRYCH PRAKTYK DLA PODMIOTÓW
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ROZPATRYWANIA
SKARG PACJENTÓW POWOŁANY W BIURZE RZECZNIKA PRAW PACJENTA:**

Liliana Adamska, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Bartłomiej Bojarski, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Marek Cytacki, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

dr n. med. Ewa Czezelewska, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Beata Domańska-Momot, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

Barbara Kubić-Marlewska, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Zuzanna Rohn, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Małgorzata Twardowska, Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

prof. dr hab. n. med. Bożena Walewska-Zielecka, Medicover Poland, Warszawa

KONSULTACJE MERYTORYCZNE:

Anna Stalmach-Młynarska, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Jakub Adamski, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

WSTĘP	4
1. INFORMACJE DLA PACJENTA	6
1.1. Obowiązek informacyjny podmiotów leczniczych	7
1.2. Do kogo pacjent może złożyć skargę?	8
1.3. Co powinna zawierać skarga pacjenta?	8
1.4. W jakiej formie pacjent może złożyć skargę?	9
1.5. Opinie i doświadczenia pacjentów	10
2. ZASADY ROZPATRYWANIA SKARG PACJENTÓW	11
2.1. Terminy rozpatrzenia	12
2.2. Zbadanie sprawy	15
2.3. Rejestr skarg pacjentów	17
2.4. Efektywna komunikacja pisemna	19
2.5. Schemat procedowania skarg pacjentów w podmiocie leczniczym	20
3. WPROWADZANIE DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH W PODMIOCIE LECZNICZYM	21
3.1. Analiza skarg	22
3.2. Działania prewencyjne	22
4. PEŁNOMOCNICY DS. PRAW PACJENTA	24
5. CASE STUDY – PRZYKŁADY PRAWIDŁOWEGO ROZPATRZENIA SKARGI MEDYCZNEJ I NIEMEDYCZNEJ	29
5.1. Przykład rozpatrzenia skargi medycznej	30
5.1. Przykład rozpatrzenia skargi niemedycznej	32
ZAŁĄCZNIKI	34
1. Przykładowy wzór zgłoszenia pacjenta	35
2. Wzór rejestru skarg	36
3. Wzór plakatu dotyczącego składania skarg i wniosków	37

WSTĘP

Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych zdarzają się sytuacje, mogące stwarzać trudności dla pacjentów, wynikające np. z problemów organizacyjnych, leczniczych czy komunikacyjnych. Niektóre wyzwania, które pojawiają się podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, są możliwe do rozwiązania bezpośrednio podczas ich zaistnienia, kiedy pacjent zgłasza niepokojącą sytuację lekarzowi. Nie da się uniknąć wszystkich problemów, ale należy dążyć do tego, aby im zapobiegać. Skargi i wnioski, które mogą zgłaszać pacjenci, stanowią cenne źródło wiedzy dla zarządzających podmiotami leczniczymi. Pozwalają na zdiagnozowanie problemu, rozwiązanie go i wprowadzenie odpowiednich zmian. Jeżeli skarga lub wniosek pacjenta zostaną w odpowiedni sposób rozwiązane, pozwoli to uniknąć sytuacji, w której osoba taka zwróci się do innych instytucji ze swoim problemem.

Prezentowane tu rekomendacje opracowano, żeby pomóc podmiotom leczniczym w usprawnieniu całego procesu rozpatrywania skarg i zgłoszeń od pacjentów¹

Proces zarządzania zgłoszeniami jest jednym z krytycznych elementów związanych z efektywnym korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej i przestrzeganiem praw pacjentów. Ponadto jest również elementem komunikacji z pacjentami i osobami działającymi w ich imieniu. Dlatego też dążenie do jego ujednoczenia, sprzyja wyjaśnianiu zdarzeń i incydentów, które niepokoją pacjentów oraz wpływa na budowanie zaufania do pracowników medycznych i podmiotu leczniczego.

W celu stworzenia praktycznych wskazówek, dotyczących sposobu procedowania skarg i wniosków, Rzecznik Praw Pacjenta powołał zespół ekspertów z różnych podmiotów leczniczych. Dzięki ich doświadczeniu i doskonałej znajomości problemów w tym obszarze, powstały dobre praktyki, ułatwiające pracownikom placówek medycznych proces zarządzania zgłoszeniami, zgodne z obowiązującymi standardami oraz przepisami prawa.

Ważnym zagadnieniem jest podjęcie przez podmioty lecznicze działań związanych z budowaniem świadomości, co do trybu kierowania zgłoszeń oraz zakresu informacji, koniecznych do ujęcia w zgłoszeniu. Jednocześnie podmiot leczniczy, którego celem jest zapewnienie chorym poczucia bezpieczeństwa i opieki, w oparciu o stabilne zaufanie pacjenta do personelu medycznego, powinien opracować jasną i przejrzystą procedurę zarządzania skargami i wnioskami oraz sumiennie ją realizować. W tym kontekście prezentowane tu rekomendacje będą zbiorem najlepszych praktyk, wypracowanych z przedstawicielami podmiotów leczniczych i uwzględniających potrzeby i oczekiwania samych pacjentów.

Skargi, niezależnie od formy ich sygnalizowania, należą do najłatwiej dostępnych i często niedostatecznie wykorzystywanych źródeł wielowymiarowej informacji. Dotyczą poszczególnych etapów procesu leczniczego, w tym aspektów organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, postaw personelu medycznego w relacji z pacjentem lub jego bliskimi, czy nawet potencjalnych wad, ustalonych reguł i zasad zapewniania świadczeń określanych przepisami prawa. Właściwe monitorowanie i wyjaśnianie wszelkich zgłoszeń, bieżące analizowanie sygnalizowanych niepokojów jako takie powinny być wykorzystywane w programach poprawy jakości obsługi pacjentów w podmiotach leczniczych. Dlatego też, oprócz rejestracji skarg, podmioty lecznicze powinny dążyć do rejestracji

¹ W niniejszym opracowaniu terminy takie jak „skarga” i „wniosek” mogą być stosowane zamiennie z terminem „zgłoszenie”.

wszystkich uwag ze strony pacjentów i innych uczestników procesów medycznych. Po poddaniu zindywidualizowanej analizie wszystko to posłuży poprawie najsłabszych elementów funkcjonowania placówki medycznej.

Niniejsze opracowanie obejmuje cały proces postępowania w obszarze skarg i wniosków pacjentów – od informacji o możliwości ich składania, przez występujące w praktyce wątpliwości związane z badaniem sprawy, po działania, które warto podjąć już po jej rozpoznaniu.

Celem opracowania jest usystematyzowanie i wprowadzenie jednolitej procedury rozpatrywania skarg i wniosków, składanych przez pacjentów oraz pozyskiwania ich opinii. Podmiot leczniczy powinien taką informację potraktować jako istotne wsparcie oraz:

1. dążyć do udroźnienia przyjmowania, rejestrowania oraz obsługi skarg i wniosków,
2. rozważyć powołanie w podmiocie leczniczym ściśle określonych osób, które będą zajmowały się podejmowaniem i wyjaśnianiem spraw budzących niepokój pacjentów i ich bliskich, np. pełnomocnika ds. praw pacjenta,
3. poddawać okresowo analizie zgłaszane skargi poprzez wnioski i opinie poszukiwanie i eliminowanie ich przyczyn lub inicjowanie działań systemowych w podmiocie lub poza nim.

INFORMACJE DLA PACJENTA

1. INFORMACJE DLA PACJENTA

1.1. OBOWIĄZEK INFORMACYJNY PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Wchodząc do podmiotu leczniczego pacjent powinien z łatwością odnaleźć drogę nie tylko do rejestracji czy gabinetu lekarskiego. Musi też mieć możliwość dotarcia do informacji na temat swoich praw oraz trybu składania skarg i wniosków. Powinny one znajdować się w widocznym i ogólnodostępnym miejscu.

Plakaty, stanowiące prostą instrukcję dla pacjentów dotyczącą przekazania wniosków i skarg, powinny znajdować się nie tylko na tablicach informacyjnych, obok karty praw pacjenta czy tablicach ogłoszeń, ale wszędzie tam, gdzie w sposób naturalny skupia się uwaga pacjentów, np. przy okienku do rejestracji, na drzwiach gabinetu lekarskiego w ambulatorium, obok pokoi dyżurnych pielęgniarek lub lekarzy na oddziałach szpitalnych.

Instrukcja skierowana do pacjentów powinna być prosta. Pacjenci muszą otrzymać informacje o tym:

- w jakiej formie mogą złożyć skargę (zgłoszenie),
- jakie elementy musi zawierać skarga, aby mogła zostać rozpatrzona,
- z kim należy się kontaktować w sprawie skargi (imię i nazwisko pracownika odpowiedzialnego za koordynację procesu rozpatrywania skarg, bezpośredni numer telefonu oraz adres e-mail),
- informację o wyznaczonych godzinach i miejscu przyjmowania pacjentów przez osobę odpowiedzialną za koordynację procesu rozpatrywania skarg (tak aby umożliwić pacjentowi złożenie skargi w formie ustnej).

Przykładowy wzór plakatu z taką instrukcją jest w **załączeniu**, zaś plakaty o prawach pacjenta – do pobrania ze strony Rzecznika <https://www.gov.pl/web/rpp/Ulotki-plakaty>.

Instrukcja składania uwag do dyrekcji podmiotu leczniczego powinna znajdować się także na stronie internetowej tej instytucji. Warto zadbać o to, aby zakładka dotycząca tej problematyki, była jasno opisana i łatwa do odnalezienia. Tutaj także powinny zostać zawarte wszystkie informacje o wymaganiach koniecznych do poprawnego złożenia skargi oraz dane osoby odpowiedzialnej za obsługę pacjentów w ramach zgłoszeń, w tym bezpośrednie dane kontaktowe.

Podmioty lecznicze mogą uregulować kwestie związane z trybem składania oraz rozpatrywania skarg pacjentów w aktach wewnętrznych, np. w regulaminie organizacyjnym albo w zarządzeniu kierownika.

Podmiot leczniczy powinien ułatwiać pacjentom możliwość zgłoszenia swoich uwag i zastrzeżeń do otrzymanej pomocy lub działalności. Skarga jest cennym źródłem informacji, więc warto analizować każde zgłoszenie i stworzyć dla pacjentów przejrzyste informacje, gdzie mogą szukać pomocy w przypadku trudności lub jak mogą wyrazić swoje zastrzeżenia. Warto zachęcić pacjentów do takiego kontaktu oraz zgłaszania uwag.

1.2. DO KOGO PACJENT MOŻE ZŁOŻYĆ SKARGĘ?

Pacjenci mają prawo do złożenia skargi w sytuacji, kiedy uważają, że ich prawa zostały naruszone, np. złamano ich prawa pacjenta, mają zastrzeżenia co do leczenia, chcą zgłosić uwagi dotyczące funkcjonowania danego podmiotu. Mogą zwrócić się do podmiotu leczniczego, ale również do innych instytucji, do których należą:

- Rzecznik Praw Pacjenta
- Narodowy Fundusz Zdrowia
- rzecznik odpowiedzialności zawodowej właściwej grupy zawodowej
- Urząd Ochrony Danych Osobowych

1.3. CO POWINNA ZAWIERAĆ SKARGA PACJENTA?

Skarga pacjenta powinna zawierać następujące, podstawowe informacje:

- **imię i nazwisko skarżącego/wnioskodawcy,**
- **adres skarżącego/wnioskodawcy (telefon, adres e-mail),**
- **dokładny opis zdarzenia,**
- **dane niezbędne do ustalenia tożsamości pacjenta, którego dotyczy skarga (wniosek)**

Skargi anonimowe, czyli niepodpisane, pozostawia się bez rozpatrzenia.

Jeżeli wnioskodawca składa wniosek lub skargę nie w swoim imieniu, ale pełnoletniego pacjenta musi dołączyć upoważnienie do reprezentowania go w danej sprawie.

1.4. W JAKIEJ FORMIE PACJENT MOŻE ZŁOŻYĆ SKARGĘ?



W FORMIE PISEMNEJ – bezpośrednio w podmiocie (w godzinach działalności można złożyć skargę lub wniosek do kancelarii podmiotu albo do pełnomocnika ds. praw pacjenta) lub przesłać listem na adres podmiotu. Potencjalnym rozwiązaniem jest również przygotowanie i odpowiednie oznakowanie dyskretnego miejsca, na przykład skrzynki, w której pacjenci mogliby umieszczać swoje zgłoszenia. Choć nie każdy pracownik podmiotu musi mieć obowiązek przyjęcia skargi bądź wniosku, każdy, w przypadku zgłoszenia się osoby skarżącej, powinien wskazać uprawnionego pracownika, do którego taką skargę bądź wniosek należy w danym podmiocie złożyć.



ZA POMOCĄ E-MAILA – rekomendowane jest zgłoszenie bezpośrednio do pełnomocnika ds. praw pacjenta (jeżeli jest w danym podmiocie powołany) lub dyrekcji, komórki organizacyjnej, której dotyczy skarga. Dobrą praktyką jest przesłanie potwierdzenia otrzymania zgłoszenia.



PRZEZ FORMULARZ KONTAKTOWY na stronie internetowej podmiotu – w przypadku takiego rozwiązania konieczne jest przygotowanie ankiety tak, by dostarczała wszystkich potrzebnych informacji, tj. danych identyfikujących zgłaszającego oraz opis problemu. Z punktu widzenia podmiotu leczniczego wygenerowanie zgłoszenia z formularza internetowego pozwoliłoby na automatyczne oznaczenie go jako skarga bądź uwaga pacjenta i potencjalne przyspieszenie procedowania w odpowiednim trybie. Informacja o możliwości wykorzystania dedykowanego internetowego formularza zgłoszenia skargi może znaleźć się także na plakacie informacyjnym np. w postaci kodu QR.



W FORMIE USTNEJ – spisane do protokołu. Protokół musi zostać podpisany przez wnoszącego skargę oraz przyjmującego zgłoszenie. Kserokopię zgłoszenia należy przekazać osobie zgłaszającej skargę/wniosek. W przypadku gdy informacje przekazywane przez osobę zgłaszającą nie są zrozumiałe, warto zasugerować przekazanie zgłoszenia w formie pisemnej. Działanie takie można podjąć niezwłocznie. Należy dla osoby zgłaszającej przygotować spokojne miejsce, kartkę i długopis oraz zapewnić pomoc przy zawarciu odpowiednich informacji. W każdej skardze zaleca się dokładne opisanie problemu lub nieprawidłowości oraz wskazanie swoich oczekiwań w tym obszarze.



TELEFONICZNIE – pracownik powinien przygotować na podstawie rozmowy notatkę. Wydaje się, że jest to forma obciążona największym ryzykiem zniekształcenia komunikatu. Pomocne w tym zakresie może być nagrywanie rozmów (po uzyskaniu zgody pacjenta). Należy dołożyć wszelkich starań, aby prawidłowo przyjąć zgłoszenie, jednak warto również zachęcić osobę zgłaszającą do przekazania uwag w formie pisemnej.

Skargę, zastrzeżenie lub zgłoszenie pacjent może złożyć osobiście lub przez osobę upoważnioną. Jeśli pismo składa osoba upoważniona (widnieje na nim podpis osoby upoważnionej), musi przedstawić także dokument upoważniający tę osobę do reprezentowania pacjenta, w tym do uzyskiwania informacji o danych zdrowotnych. Dotyczy to również rodziny, pełnomocników profesjonalnych jak i innych osób upoważnionych. W przypadku braku formalnego upoważnienia, należy zwrócić się do osoby wnioskującej z prośbą o uzupełnienie braków formalnych.

Szpital nie ma obowiązku sprawdzania oryginalności upoważnienia – odpowiedzialność za fałszywe oświadczenia ponosi osoba składająca.

1.5. OPINIE I DOŚWIADCZENIA PACJENTÓW

Informacje zwrotne od pacjentów nie muszą przyjmować formy skarg czy wniosków. Opinie i doświadczenia odnoszą się do spostrzeżeń i wrażeń osób, które nawiązały jakikolwiek kontakt z podmiotem leczniczym. Dotyczy to zarówno nawiązania kontaktu (np. możliwość dodzwonienia się do przychodni), pierwszej wizyty (np. rozmowy w rejestracji) czy leczenia (np. przekazywania informacji o interwencjach, problemach z komunikacją z lekarzem). Opinia wyrażana przez pacjentów może być w formie ankiet, komentarzy, opinii wystawionej w internecie (np. w opiniach Google) lub przekazania informacji bezpośrednio pracownikowi podmiotu. Przekazywane opinie, podobnie jak skargi i wnioski dostarczają cennych informacji na temat jakości leczenia, komunikacji z personelem czy ogólnego doświadczenia pacjenta z pobytu w podmiocie leczniczym.

Głównym celem zbierania opinii pacjentów jest pomoc kierownikom podmiotów leczniczych w określeniu obszarów, które wymagają naprawy. Informacje zwrotne przekazywane przez pacjentów stanowią cenne dane na temat jakości opieki zdrowotnej, umożliwiają doskonalenie podmiotów leczniczych, powodują wzmocnienie pozycji pacjenta.

Zgodnie z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, „jakość w opiece zdrowotnej jest mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszarów [m.in.] konsumenckiego – rozumianego jako wyniki badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”². Podmiot medyczny, który ma umowę z NFZ, musi posiadać własny wewnętrzny system zarządzania, który składa się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, aby zapobiegać występowaniu zdarzeń niepożądanych”. Zarządzanie tym wewnętrznym systemem przez podmiot leczniczy polega na wdrażaniu, utrzymywaniu i doskonaleniu systemu na podstawie oceny jego skuteczności oraz wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów. Podmiot leczniczy w ramach wewnętrznego systemu powinien prowadzić badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety. Jeżeli pacjent przebywał w podmiocie leczniczym, który udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, badanie opinii i doświadczeń pacjentów w formie anonimowej przeprowadza się po wypisie pacjenta z podmiotu leczniczego lub w dniu wypisu ze szpitala, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.

Opinie i doświadczenia pacjentów powinny być zbierane przez wyznaczoną do tego osobę, analizowane, a najważniejsze wnioski z nich płynące, powinny być przekazywane do kierownictwa podmiotu leczniczego.

²Dz.U. 2023 poz. 1692.

ZASADY ROZPATRYWANIA SKARG PACJENTÓW

2. ZASADY ROZPATRYWANIA SKARG PACJENTÓW

2.1. TERMINY ROZPATRZENIA

Zasady dotyczące terminów rozpatrzenia skargi lub wniosku wynikają m.in. z przepisów kodeksu postępowania administracyjnego oraz rozporządzenia w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków². Jednocześnie przepisy te nie odnoszą się do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, więc stosowanie takich terminów nie jest obligatoryjne. Wydaje się jednak, że posłankowanie się zasadami przyjętymi w postępowaniu administracyjnym jest dobrą praktyką, ponieważ ustanawia dla omawianego procesu przejrzyste ramy.

Osoba, która rozpatruje sprawę zgłoszoną przez pacjenta w formie skargi lub wniosku, powinna w zgodzie z ustawą podjąć działania niezwłocznie. Specyfika niektórych skarg i wniosków, związanych choćby z kwestią dostępności świadczeń zdrowotnych, może wymagać podjęcia działań w bardzo krótkim czasie od daty wpływu zgłoszenia, czasami wręcz natychmiastowych.

Zgodnie z interpretacją językową, za „niezwłoczne” można uznać takie działanie, które „powinny nastąpić w jak najkrótszym czasie”³. Bardziej precyzyjne wskazówki wynikają z orzecznictwa sądów administracyjnych. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 27 lipca 2016 r. stwierdził: „niezwłocznie» nie oznacza «natychmiast», organ powinien dysponować realnym – w konkretnych okolicznościach - czasem potrzebnym do przeanalizowania stanu prawnego i faktycznego sprawy oraz wydania i uzasadnienia rozstrzygnięcia w sprawie⁴. Organ powinien więc wydać rozstrzygnięcie bez nieuzasadnionego odwlekania tej czynności”. Podobny pogląd wyraził Wojewódzki Sąd Administracyjny w Olsztynie, który w wyroku z dnia 25 września 2018 r. orzekł, że „nakaz niezwłocznego załatwienia sprawy nie jest tożsamy z nakazem załatwienia jej od ręki. Chodzi o to, aby sprawa została załatwiona tak szybko, jak to jest możliwe, lecz bez uszczerbku dla prawidłowości rozstrzygnięcia”⁵.

Konkretnym przykładem sytuacji, którą można rozpatrywać niezwłocznie, jest wyznaczenie nowego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, niezwłocznie po skutecznym dostarczeniu przez pacjenta dokumentu potwierdzającego jego uprzywilejowanie w tzw. kolejce oczekujących. Innym przykładem będzie załatwienie wniosku pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej – jest to czynność administracyjna, która powinna zostać zrealizowana niezwłocznie, zarówno przez lekarza na etapie leczenia, jak i personel administracyjny po zakończeniu leczenia przez pacjenta, np. w związku z dochodzeniem przez niego praw.

Sprawa wymagająca rozpatrzenia w toku postępowania wyjaśniającego powinna zostać załatwiona w ciągu **1 miesiąca** od dnia jej wpływu do podmiotu leczniczego. Jako datę wpływu należy przyjąć dzień, w którym została ona złożona ustnie lub osobiście (według daty protokołu ustnego złożenia skargi) lub też jej wpływu na adres do doręczeń, także elektronicznych, kancelarii, sekretariacie bądź dedykowanej jednostce podmiotu leczniczego. Nie ma przy tym znaczenia, czy skarga wpływa do sekretariatu kliniki lub oddziału, czy do sekretariatu kierownictwa tego podmiotu leczniczego, gdyż każdy pracownik powinien znać procedurę nadania skardze (wnioskowi) toku poprzez przekazanie jej do upoważnionego pracownika. Przy skargach wnoszonych drogą elektroniczną data wpływu to data rzeczywistego wyświetlenia skargi (często zdarza się, że skargi są wysyłane poza godzinami

² Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 775); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.

³ Słownik Języka Polskiego: [hasło „niezwłocznie”], <https://sjp.pwn.pl/sjp/niezwloczny;2490467.html> (dostęp: 2023.05.11).

⁴ Sygn. II SAB/Gd 65/16.

⁵ Sygn. II SA/OI 528/18.

urzędowania odbierających skargi, np. w godzinach popołudniowych, nocnych, w dni wolne od pracy).

Rozpatrzenie skargi jest uwarunkowane jej kwalifikacją, która może być dokonana przez uprawnionego pracownika. Kwalifikacja skargi lub wniosku oznacza wyznaczenie sposobu jej merytorycznego wyjaśnienia. W pierwszej kolejności należy sprawdzić czy pismo odpowiada wymaganiom dotyczącym organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg oraz wniosków.

W przypadku braku którejkolwiek z podstawowych informacji, do wnioskodawcy należy skierować wezwanie o uzupełnienie braków. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych przez pacjenta lub osobę upoważnioną, skarga może pozostać bez rozpatrzenia.

PRZYKŁAD WEZWANIA DO UZUPEŁNIENIA BRAKÓW

SZP.I.23/2023

Warszawa, 26.05.2023 r.

Szanowny Panie,

w nawiązaniu do pisma z 22.05.2023 r., data wpływu 25.05.2023 r., informuję, że treść przesłanej korespondencji nie zawiera danych niezbędnych do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w sprawie.

W szczególności brakuje informacji dotyczących Pana ewentualnego kontaktu z naszą placówką w celu zarejestrowania się na hemodializę. Są to następujące dane:

- 1. Numer telefonu, pod który Pan dzwoni;**
- 2. Adres e-mail, na który przesłał Pan odpowiednią korespondencję;**
- 3. Data kiedy odmówiono Panu rejestracji na świadczenie.**

Prosimy o uzupełnienie brakujących informacji w terminie 7 dni, nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi bez rozpoznania.

**Z poważaniem
Anna Kowalska
Pełnomocnik ds. praw pacjenta
w Szpitalu ABC**



Dzień wpływu pisma zawierającego pełne dane, umożliwiające przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, należy uznać za dzień, od którego rozpoczyna się okres miesiąca na załatwienie sprawy. Podobnie w sytuacji wpływu pisma uzupełniającego okoliczności powstania skargi, a zatem rozszerzające lub zawężające jej przedmiot. Wówczas, w szczególności w przypadku rozszerzenia kontekstu sytuacyjnego i przedmiotu skargi, należy uznać, że termin miesięczny rozpoczyna swój bieg od nowa. Następnym elementem kwalifikacji jest ustalenie właściwości podmiotu, który ma rozpatrzyć sprawę. Przekazanie sprawy do rozpatrzenia przez właściwy podmiot powinno nastąpić niezwłocznie, podobnie jak negatywne rozpatrzenie skargi lub wniosku (odrzućcie, oddalenie, zwrot, pozostawienie bez rozpoznania).

Okres miesiąca jest terminem maksymalnym na rozpatrzenie sprawy wynikającej ze skargi lub wniosku. Samo rozpatrzenie skargi lub wniosku jest elementem rozpatrzenia sprawy i polega wyłącznie na ustaleniu zasadności żądań skarżącego (wnioskodawcy). Rozpatrzenie skargi opierające się na postępowaniu wyjaśniającym zakłada wykorzystanie specyficznych środków dowodowych, np. wyjaśnień personelu, analizę dokumentacji medycznej, analizę przepisów prawnych, analizę dostępnego monitoringu wizyjnego lub raportów aktywności systemów informatycznych. Pozyskanie ich lub analiza nie zawsze jest możliwa w terminie przewidzianym na załatwienie sprawy, w związku z czym należy stwierdzić, że termin może wówczas ulec wydłużeniu, o czym należy poinformować skarżącego (wnioskodawcę) oraz poinstruować go o prawie do wniesienia ponaglenia. Kwalifikacja sprawy jako szczególnie skomplikowanej uzasadnia wydłużenie terminu jej rozpoznania do 2 miesięcy.

Termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca⁶.

PRZYKŁAD 1:

Data wpływu skargi: 18 maja 2023 r. – termin na rozpatrzenie w trybie zwykłym – do 18 czerwca 2023 r., jeśli sprawa będzie szczególnie skomplikowana – do 18 lipca 2023 r.

PRZYKŁAD 2:

Data wpływu skargi: 30 stycznia 2023 r. – termin na rozpatrzenie w trybie zwykłym – do 28 lutego 2023 r., a jeśli sprawa będzie szczególnie skomplikowana – do 30 marca 2023 r.

W przypadku niezakończono skargi w terminie, należy powiadomić skarżącego, podając przyczyny zwłoki, wskazując nowy termin załatwienia sprawy oraz poinformować go o przysługującym mu prawie do wniesienia ponaglenia.

Postępowanie skargowe jest postępowaniem jednoinstancyjnym, które kończy się poprzez przekazanie skarżącemu (wnioskodawcy) informacji o sposobie załatwienia sprawy, np. ustaleń postępowania wyjaśniającego. Z orzecznictwa wynika, że uchybienie temu obowiązkowi nie podlega zaskarżeniu do sądu administracyjnego⁷.

⁶ Zgodnie z art. 112 w związku z art. 110 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964, Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

⁷ Post. NSA z 18.2.1997 r., III SAB 1/97, niepubl.; post. NSA w Warszawie z 21.11.2000 r., III SAB 108/99, niepubl.; post. WSA w Gorzowie Wlkp. z 30.10.2009 r., II SA/Go 830/09, Legalis; post. WSA w Gorzowie Wlkp. z 22.12.2009 r., II SAB/Go 85/09, Legalis – zob. komentarz do art. 227, Nb 14.

Skarga lub wnioski, które zostały rozpatrzone, i o których sposobie rozpatrzenia poinformowano ich wnioskodawcę, nie podlegają ponownemu rozpatrzeniu⁸. Jednak jeśli skarżący przywoła nowe okoliczności sprawy, które kwalifikują ją do ponownego rozpatrzenia, sprawa powinna zostać rozpatrzona jak nowa skarga w terminie miesięcznym lub dwumiesięcznym, w zależności od jej skomplikowania. O możliwości pozostawienia sprawy bez rozpoznania należy pouczyć autora skargi, najlepiej wraz z informacją o sposobie jej rozpatrzenia. W przypadku gdy skarga w wyniku jej rozpatrzenia została uznana za bezzasadną i jej bezzasadność wykazano w odpowiedzi na skargę, a skarżący ponowił skargę bez wskazania nowych okoliczności, podmiot leczniczy może podtrzymać swoje poprzednie stanowisko z odpowiednią adnotacją w aktach sprawy, bez zawiadamiania skarżącego.

2.2. ZBADANIE SPRAWY

Zadaniem podmiotu leczniczego po otrzymaniu zgłoszenia jest wdrożenie procesu jego rozpatrzenia. Pierwszy etap, rejestracja korespondencji np. w programie kancelaryjnym i dekretacja sprawy, zależy od przyjętej w podmiocie leczniczym procedury obiegu dokumentów. Dopuszczalne jest zarówno przekazanie przez pełnomocnika do spraw praw pacjenta złożonej bezpośrednio do niego skargi, do kancelarii podmiotu w celu rejestracji, a następnie do dyrekcji w celu dekretacji sprawy, jak i samodzielna obsługa skargi przez pełnomocnika na podstawie odpowiednich upoważnień dyrektora podmiotu leczniczego.

Jeśli zakres informacji zawartych w zgłoszeniu jest niewystarczający, osoba koordynująca proces powinna skontaktować się z pacjentem w celu ich uzupełnienia. Tu należy zastosować taką formę kontaktu, jaka została użyta przy zgłaszaniu wniosku. Jeśli pomimo wezwania skarga nie zostanie uzupełniona, podmiot leczniczy ma prawo pozostawić sprawę bez rozpoznania.

Skargi anonimowe co do zasady pozostawia się bez rozpoznania. Warto zauważyć, że pomimo braków formalnych wykluczających skargę z procedowania, zgłoszenia anonimowe również powinny być odnotowywane i analizowane. Natomiast, jeśli to możliwe, osoba przekazująca uwagi do podmiotu leczniczego, powinna otrzymać informację zwrotną, że z uwagi na anonimowość zgłoszenia nie uzyska wyjaśnienia. Należy zachęcić informatora do prawidłowego zgłoszenia skargi wraz ze swoimi danymi (oraz upoważnieniami, jeśli są wymagane), co umożliwi przygotowanie wyczerpującego wyjaśnienia. Również w przypadku otrzymania zgłoszenia „do wiadomości” drogą mailową, warto za nią podziękować.

W procesie analizy każda skarga złożona do podmiotu może zostać uznana za zasadną lub niezasadną. Negatywne rozpatrzenie skargi następuje w sytuacji, gdy przedstawione przez pacjenta okoliczności zdarzenia nie mają pokrycia w materiale dowodowym zgromadzonym w trakcie postępowania. W takiej sytuacji należy poinformować pacjenta o ustaleniach oraz wytłumaczyć stanowisko podmiotu leczniczego w danej sprawie (patrz *Przykład rozpatrzenia skargi niemedycznej*).

Po otrzymaniu zgłoszenia osoba odpowiedzialna za proces powinna się z nim zapoznać oraz wpisać dane do prowadzonego przez siebie rejestru. Po dokonaniu czynności wstępnych osoba koordynująca ocenia, jakie komórki organizacyjne podmiotu leczniczego powinny zostać zaangażowane w wyjaśnianie okoliczności zdarzenia. Należy zaznaczyć, że w procesie zbadania okoliczności sprawy powinno brać udział kierownictwo, tj. le-

⁸Jest to analogia do zasady *res iudicata*, czyli powagi rzeczy osądzonej obowiązującej w postępowaniach sądowych.

karz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa itd. Wszystkie ustalenia w sprawie powinny zostać odnotowane w rejestrze.

Jeśli koordynator uzna, że zdarzenie niesie podwyższone ryzyko dla podmiotu leczniczego, przekazuje informację do dyrektora bądź dyrektora medycznego placówki. Zgłoszenie o mniejszej wadze powinno być przekazane bezpośrednio do ordynatorów, kierowników klinik, pielęgniarki oddziałowej lub kierowników działów. Swoją ocenę osoba koordynująca proces powinna wpisać do rejestru. Kryteria oceny ryzyka dla podmiotu leczniczego powinny być określone w ramach ustaleń wewnętrznych danej jednostki. Jeżeli zgłoszenie dotyczy dyrekcyj podmiotu, należy przekazać je do organu nadzorującego.

Niewymagające obszernych wyjaśnień zgłoszenia należy rozwiązać bez zbędnej zwłoki. Możliwie szybko warto również zająć się skargami dotyczącymi trwającej sytuacji pacjenta, np. w związku z jego nadal trwającym pobytem w szpitalu.

Sprawy szczególnie skomplikowane powinny zostać rozpatrzone w ciągu maksymalnie 2 miesięcy. Zasadniczo katalog przesłanek szczególnego skomplikowania sprawy należy uznać za otwarty. Za okoliczności uzasadniające przedłużenie postępowania wyjaśniającego należy uznać charakter środków dowodowych wykorzystanych w postępowaniu, liczbę zarzutów czy instytucji zaangażowanych w sprawę, ale również usprawiedliwioną nieobecność pracownika (kontrahenta), którego wyjaśnienia są kluczowe dla ustalenia okoliczności sprawy.

Każde zgłoszenie pacjenta powinno zostać szczegółowo przeanalizowane. Wszystkie zastrzeżenia i uwagi zawarte w skardze powinny zostać zidentyfikowane tak, aby w piśmie wyjaśniającym odnieść się do każdego poruszonego zagadnienia. Dla ułatwienia tego procesu osoba wykonująca tę czynność w czasie analizy, powinna utworzyć listę zastrzeżeń i pytań do nich, które zostaną przedstawione osobom merytorycznym, wyjaśniającym zgłoszenie. W przypadku wątpliwości co do informacji zawartych w zgłoszeniu pacjenta, osoba koordynująca proces powinna skontaktować się z pacjentem i poprosić o uzupełnienie.

Jeśli wiadomość przesłana przez pacjenta jest emocjonalna, zawiera niecenzuralne słowa lub obraźliwe określenia w stosunku do personelu, warto nie przekazywać personelowi oryginału otrzymanej informacji. W takiej sytuacji przełożony powinien przekazać podsumowanie i zastrzeżenia merytoryczne tak, aby umożliwić ustosunkowanie się do nich osobie, której zgłoszenie dotyczy. Optymalnie należałoby pozyskać pisemne szczegółowe wyjaśnienia od wszystkich osób zaangażowanych. Kluczowe jest szczegółowe prowadzenie dokumentacji medycznej, która powinna zawierać opisy stanu zdrowia pacjenta oraz szczególnych sytuacji, które miały miejsce w czasie jego pobytu w szpitalu. Jeśli pacjent składa skargę w dość odległym czasie, personel medyczny może nie pamiętać zdarzenia i tylko odpowiednie zapisy umożliwiają odtworzenie przebiegu wydarzeń. Jednocześnie należy pamiętać, że w dokumentacji medycznej nie powinny być zapisywane informacje, które wykraczają poza kwestie dotyczące sytuacji zdrowotnej pacjenta. Ewentualne inne istotne z punktu widzenia personelu medycznego informacje należy zapisać w miejscu niebędącym częścią dokumentacji medycznej.

Przełożony wraz z osobą koordynującą proces powinni ocenić treść wyjaśnień poprzez weryfikację ich kompletności oraz adekwatności do składanych przez pacjenta uwag. W razie braku pełnych wyjaśnień, należy sformułować precyzyjne pytania, które pozwolą osobom zaangażowanym w zdarzenie uzupełnić brakujące informacje. Warto również zapoznać się ze wszystkimi materiałami, które mogą pomóc w wyjaśnieniu danej sprawy. Nie należy zatem poprzestać na dokumentacji medycznej i wyjaśnieniach personelu, ale – w zależności od sytuacji – można skorzystać z innych środków, np. nagrań monitoringu, raportów aktywności systemów informatycznych.

nych, opinii psychologa lub przełożonych, dotyczących osób zaangażowanych w zdarzenie.

Następnie osoba koordynująca proces powinna przygotować propozycję odpowiedzi dla pacjenta i potwierdzić jej zapisy z dyrektorem, jego zastępcą ds. medycznych, naczelną pielęgniarką, pielęgniarką oddziałową lub kierownikami innych działów podmiotu leczniczego. Należy ustalić, kto składa podpis pod odpowiedzią dla pacjenta – w zależności od poziomu skomplikowania sprawy mogą zostać wyznaczone różne osoby. Trzeba też pamiętać, że dokument może posłużyć w postępowaniu w różnych instytucjach, np. przed sądem, zatem wyjaśnienia muszą być pełne, spójne i wyczerpująco odnosić się do zastrzeżeń pacjenta.

Wszystkie dokumenty papierowe związane z wyjaśnianiem zgłoszenia muszą być przechowywane w bezpiecznym, niedostępnym dla osób postronnych miejscu lub zeskanowane i przechowywane w bezpiecznym miejscu na zabezpieczonych serwerach. Wersje papierowe dokumentów muszą zostać poddane archiwizacji zgodnie z wewnętrznymi wytycznymi podmiotu.

2.3. REJESTR SKARG PACJENTÓW

Prowadzenie rejestru skarg przyczynia się do właściwego nadzoru nad ewidencją skarg, ich terminowym rozpatrywaniem, sprawozdawczością oraz koordynowaniem działań wynikających z analizy skarg.

Zazwyczaj w placówkach ochrony zdrowia obowiązują procedury administracyjne, regulujące obieg dokumentów i ich ewidencję, np. instrukcja kancelaryjna, która precyzuje kształt repozytorium. Rejestr skarg możemy dostosować do istniejących dokumentów, rozszerzając go o dane umożliwiające sprawne zarządzania obiegiem skarg.

INFORMACJE NIEZBĘDNE W REJESTRZE:

- LICZBA PORZĄDKOWA;**
- NUMER SPRAWY/ZGŁOSZENIA** – nadawany zgodnie z zasadami obowiązującymi w placówce. Tym numerem warto się posługiwać, prowadząc korespondencję w danej sprawie, począwszy od oznaczenia nim skargi, która wpłynie, poprzez korespondencję z personelem w celu uzyskania wyjaśnień, aż po odpowiedź skierowaną do wnoszącego skargę;
- DATA WPŁYWU SKARGI** – istotna z uwagi na obowiązujące terminy, od tej daty liczy się czas na udzielenie odpowiedzi; data wpływu często nie pokrywa się z datą sporządzenia skargi przez wnoszącego skargę;
- DATA, DO KTÓREJ MUSIMY WYSLAĆ ODPOWIEDŹ** – co do zasady przyjmuje się terminy określone w obowiązujących przepisach prawa. Jednak zdarza się, że instytucja, od której wpłynęła skarga, np. Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, zakreśla termin udzielenia odpowiedzi, wówczas jednoznaczne wpisanie daty w rejestrze chroni nas przed przekroczeniem terminu. Jeśli rejestr prowadzimy w formie elektronicznej, np. w arkuszu programu Excel, dobrą praktyką jest wprowadzenie formuły ostrzegawczej, np. automatycznego oznaczenia na pomarańczowo komórki na 3 dni robocze przed upływem terminu udzielenia

odpowiedzi:

- a. Przedłużenie czasu na odpowiedź – informacja opcjonalna, w przypadku gdy wystąpiono o takie przedłużenie. Tu można wpisywać wszelkie adnotacje dotyczące korespondencji o przedłużeniu.
- b. Przekroczenie terminu – informacja opcjonalna, jeśli dotyczy tej sytuacji. W takim przypadku warto wpisać, o ile dni i z jakiej przyczyny termin został przekroczony.

5. IMIĘ I NAZWISKO WNOSZĄCEGO SKARGĘ.

6. KOGO/CZEGO SKARGA DOTYCZY – krótki opis.

- a. Dodatkowa kolumna może dotyczyć kategorii, np. skarga, stwierdzenie naruszenia praw pacjenta, wystąpienie o przekazanie wyjaśnień, niestwierdzenie naruszenia praw pacjenta itd.

7. OPIS DZIAŁAŃ – procedowanie skargi. Te informacje można wpisywać opcjonalnie, zwłaszcza dotyczy to skarg złożonych, wielowątkowych, wymagających wyjaśnień od wielu pracowników. Ewidencja kto był poproszony o wyjaśnienia, do kiedy powinien je przedstawić oraz czy to zrobił, pomoże w prawidłowym, w tym terminowym postępowaniu ze sprawą.

8. DANE DOTYCZĄCE WYSLANEJ ODPOWIEDZI – przede wszystkim data, imię i nazwisko osoby, która wysłała odpowiedź, forma wysyłki (np. list za potwierdzeniem odbioru nr przesyłki, e-mail, ePUAP).

9. ZASADNOŚĆ SKARGI: ZASADNA/BEZZASADNA.

10. PROBLEMATYKA SKARGI – tym punkcie można posługiwać się kategoriami, które wymagane są przez organy, do których przekazujemy sprawozdania ze skarg i/lub kategoriami, które posłużą nam do właściwego zarządzania naszymi działaniami naprawczymi. Przykładowe kategorie (w arkuszu programu Excel może to być lista rozwijana):

- a. jakość świadczeń, dostęp do świadczeń, komunikacja;
- b. prawa pacjenta: do świadczeń zdrowotnych, do dokumentacji medycznej, do wyrażenia zgody itd. Można też zostawić tylko kategorię „prawa pacjenta” bez dodatkowych informacji w rejestrze;
- c. problematyka zgodnie z kategoriami dla podmiotów, które zobowiązane są tworzyć raporty dla Ministerstwa Zdrowia.

11. PERSONEL, KTÓREGO DOTYCZY SKARGA, np. lekarze, pielęgniarki, położne, laboranci.

12. OBSZAR, KTÓREGO DOTYCZY SKARGA, np. oddział szpitalny, poradnia, pracownicy ochrony, laboratorium.

13. PRZYCZYNA SYSTEMOWA LUB ORGANIZACYJNA PROBLEMÓW PORUSZANYCH W SKARDZE ORAZ DZIAŁANIA NAPRAWCZE I DOSKONALĄCE W ODNIESIENIU DO ZGŁOSZENIA I JEGO PRZYCZYN. Warto również dodać informację o terminie wdrożenia rozwiązania naprawczego oraz osobie za to odpowiedzialnej.

14. UWAGI – przy tej pozycji możemy wpisać wszelkie dodatkowe informacje, które uznamy za niezbędne.

Dobrą praktyką jest umieszczenie w rejestrze dodatkowych pozycji, dzięki którym będzie można sprawnie zarządzać wszelkimi działaniami naprawczymi i doskonalącymi, wynikającymi z analizy skarg.

Koordinatorem rejestru skarg powinna być jedna wyznaczona w placówce osoba, która jednocześnie jest odpowiedzialna za proces rozpatrywania skarg. Dobrą praktyką jest nadanie uprawnień dostępu do rejestru skarg dla dodatkowo wyznaczonego pracownika z uwagi na konieczność zachowania ciągłości działania, zwłaszcza w sytuacji nieobecności osoby odpowiedzialnej za proces rozpatrywania skarg. Potencjalnym rozwiązaniem może być udostępnienie pliku na wspólnym dysku.

Repozytorium zawiera dane osobowe i dane szczególnie wrażliwe, które są przetwarzane w toku czynności, zatem taki rejestr należy zgłosić do Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), działającego w podmiocie leczniczym. Dodatkowo należy przedstawić IODO opis procesu czynności przetwarzania tych danych z uwzględnieniem zakresu i kategorii przetwarzania danych oraz zabezpieczeń organizacyjnych i technicznych, stosowanych w związku z prowadzeniem rejestru. Należy także ustalić uprawnienia dostępu do rejestru, w celu utrzymania maksymalnego zabezpieczenia go przed utratą danych osobowych i szczególnie wrażliwych. Jeśli rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej, powinien być umieszczony na odpowiednio zabezpieczonym serwerze z wyłącznym dostępem dla niezbędnych w procesie osób.

2.4. EFEKTYWNA KOMUNIKACJA PISEMNA

Z uwagi na charakter skarg, jak również istotne różnice między samymi zgłoszeniami trudno wyobrazić sobie jeden typ odpowiedzi, który będzie odpowiedni dla każdej osoby. Jeżeli jest taka możliwość, język odpowiedzi należy dostosować do danego pacjenta. Odpowiedź dla pacjenta powinna być jasna, prosta i rzeczowa. Przede wszystkim należy jednak zadbać o precyzję wypowiedzi.

Opisując podejmowane działania, należy przywołać przepisy prawne, które mają zastosowanie w danej sytuacji. Argument prawny stanowi wytłumaczenie podjętych w danej sprawie działań. Dla pacjenta może to być również szansa na lepsze zrozumienie podjętej w jego sprawie decyzji. Powołanie się na przepis prawny jest tym bardziej wskazane, gdyż pacjent, dochodząc swoich praw, może przedstawić dane pismo w innych instytucjach, na przykład w sądzie. Z tych samych powodów należy rozważyć wskazanie aspektów medycznych: opisu choroby, jej przebiegu oraz standardów postępowania.

Przywołując aspekty medyczne czy przepisy prawne, warto tłumaczyć je własnym językiem. Umożliwia to pacjentom skuteczne zrozumienie obowiązujących norm i standardów. Ponadto, przywołując przepisy prawa, lepiej nie umieszczać ich w treści pisma, a w przypisach dolnych albo na końcu pisma pod nagłówkiem „Podstawa prawna”. W tym drugim przypadku podstawy prawne należy ponumerować, a ich lokalizację odpowiednio oznaczyć w tekście.

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE KONSTRUKCJI ODPOWIEDZI

- Jeżeli pismo nie jest agresywne, na początku wypowiedzi warto podziękować i wyjaśnić, dlaczego docenia się otrzymane zgłoszenie;
- Dobrą praktyką jest umieszczanie kluczowych informacji na samym początku pisma, a następnie stopniowe uzupełnianie pisma o kolejne informacje, rozszerzające zakres wyjaśnień. Pierwszy akapit powinien stanowić streszczenie całego tekstu. Warto w nim wskazać powód kontaktu (dlaczego do odbiorcy piszemy), główną myśl (co chcemy mu powiedzieć), cel kontaktu (po co do odbiorcy piszemy), zapowiedź pozostałych treści (w tym piśmie znajdzie Pan takie rozdziały....). Wstęp najlepiej zakończyć „zdaniem odcinającym” (np. „Poniżej przedstawiamy Pani wszystkie szczegóły tej sprawy. W tej korespondencji znajdzie Pani...”);
- Jeżeli wystąpiły sygnały sugerujące niedociągnięcia po stronie podmiotu leczniczego, na przykład po stronie komunikacyjnej, warto za te niedociągnięcia przeprosić;
- W odpowiedzi warto zawrzeć elementy edukacyjne, również poprzez wskazywanie możliwych rozwiązań danego problemu. W zależności od formy odpowiedzi należy pamiętać o pozostawieniu przestrzeni na wypowiedź pacjenta. Zatem jeżeli jest to forma pisemna, warto zachęcić pacjenta do odpowiedzi na naszą wiadomość;
- Dla poprawy przystępności tekstu warto porządkować informacje w formie list, tabel, schematów, wyliczeń;
- Zdecydowanie należy unikać komunikatów oceniających lub wskazujących błąd po stronie pacjenta, a także podniosłego i nieprzyjaznego tonu;
- Należy natomiast stosować komunikaty wyciszające i łagodzące negatywne emocje (np. „Każde zgłoszenie daje nam możliwość do zastanowienia się nad naszymi działaniami”).

2.5. SCHEMAT PROCEDOWANIA SKARG PACJENTÓW W PODMIOCIE LECZNICZYM

1. **WPŁYW SKARGI PACJENTA DO PODMIOTU**
2. **DEKRETACJA PISMA DO PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA;**
3. **REJESTRACJA PISMA W SYSTEMIE – KSIĘGA KANCELARYJNA PODMIOTU, REJESTR SKARG ETC.;**
4. **PRZEKAZANIE INFORMACJI PACJENTOWI O WPŁYNIĘCIU SKARGI ORAZ TERMINIE ZAŁATWIENIA SPRAWY;**
5. **PRZEKAZANIE PISMA DO KIEROWNIKA ODPOWIEDNIEJ KOMÓRKI W PODMIOCIE LECZNICZYM Z PROŚBĄ O ZAJĘCIE STANOWISKA;**
6. **PRZYGOTOWANIE ODPOWIEDZI DO PACJENTA PRZEZ PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA NA PODSTAWIE UZYSKANYCH INFORMACJI;**
7. **PODPISANIE ODPOWIEDZI DO PACJENTA PRZEZ KIEROWNIKA PLACÓWKI (ALBO WYZNACZONEGO PRACOWNIKA W JEGO IMIENIU);**
8. **WYSŁANIE PISMA DO PACJENTA);**
9. **ARCHIWIZACJA DOKUMENTACJI ZGODNIE Z ZASADAMI PRZYJĘTYMI W PLACÓWCE.**

WPROWADZANIE DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH W PODMIOCIE LECZNICZYM

3. WPROWADZANIE DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH W PODMIOCIE LECZNICZYM

3.1. ANALIZA SKARG

Przy rozpatrywaniu pojedynczych zgłoszeń za każdym razem trzeba ustalić przyczynę źródłową, aby przy analizach okresowych można było zidentyfikować obszary i trendy oraz pogrupować czynniki, które przyczyniły się do skargi pacjenta. Aby ocenić źródło problemów, należy wnikliwie przeanalizować ciąg zdarzeń, który doprowadził do niezadowolenia pacjenta i poczucia, że naruszono jego prawa. Należy uwzględnić czynnik ludzki (efektywność komunikowania się personelu z pacjentem, pacjenta z personelem, personelu współpracującego ze sobą), wpływ organizacji pracy i funkcjonujących procesów w podmiocie leczniczym, infrastrukturę, środowisko pracy, efektywność pracy zespołowej itd. Właściwa kategoryzacja zgłoszenia może uwidocznic niedociągnięcia w poszczególnych obszarach i umożliwić ich wyeliminowanie. To działanie będzie skutkowało poprawą jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta w podmiocie leczniczym.

Osoba koordynująca proces rozpatrywania skarg powinna inicjować okresowe spotkania z kierownikami właściwych komórek w celu omówienia rodzajów skarg, jakie pojawiły się w analizowanym okresie. Jednocześnie powinna przedstawić własną analizę danych z rejestru, kategoryzując zgłoszenia (jakiego obszaru dotyczą, jakie zidentyfikowano przyczyny zgłoszenia). Można przyjąć okres kwartału lub półrocza – w zależności od liczby spraw – w celu ustalenia, jakie obszary działania jednostki wymagają poprawy oraz przygotowania propozycji zmian w tym zakresie. Analizy zgłoszeń w całym podmiocie leczniczym powinny być przedstawiane dyrekcji jednostki również w określonych interwałach czasowych. Przyjęte rozwiązania należy wpisać do rejestru z oznaczeniem osoby odpowiedzialnej i terminu wdrożenia działania naprawczego. Wyznaczona osoba powinna zweryfikować, czy działanie naprawcze zostało wdrożone zgodnie z założonym terminem. Jeśli potwierdzi takie wdrożenie, proces należy uznać za zakończony.

3.2. DZIAŁANIA PREWENCYJNE

Niezależnie od spotkań okresowych, przy rozwiązywaniu jakiegokolwiek skargi pacjenta z ustaleniem przyczyny, należy podjąć działania w celu zmniejszenia ryzyka pojawienia się podobnego zdarzenia w przyszłości. Skargi pacjentów lub członków ich rodzin stanowią bardzo dobrą okazję do udoskonalenia praktyki klinicznej i przywrócenia zaufania pacjenta do zespołu terapeutycznego. Tylko systematyczne uświadamianie personelu medycznego o konieczności przestrzegania praw pacjenta może odnieść rezultat w postaci zmniejszenia liczby skarg.

W każdej placówce medycznej osoba powołana do rozpatrywania skarg i wniosków może efektywnie wpływać na zmniejszenie liczby skarg poprzez prowadzenie szkoleń i budowanie pozytywnych relacji z pacjentem. Stałą praktyką osoby odpowiedzialnej za koordynację rozpatrywania skarg w ramach pełnionej funkcji, powinno być przeprowadzenie dla pracowników placówki medycznej co najmniej raz w roku **szkolenia z zakresu praw pacjenta i komunikacji z pacjentem**. Jakość komunikacji między pacjentami a personelem medycznym ściśle koreluje z wynikami leczenia. W tym zakresie szkolenie warto również przeprowadzać dla każdego nowego pracownika placówki. Obowiązkowo szkolenie należy przeprowadzić dla wskazanej grupy pracowników na wyraźne zalecenie Rzecznika Praw Pacjenta lub Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w sytuacji zwiększenia liczby skarg w danym obszarze. Przeprowadzone szkolenie należy udokumentować w postaci listy obecności oraz materiałów szkoleniowych.

Istotną rolą osoby odpowiedzialnej za koordynację rozpatrywania skarg jest budowanie pozytywnych relacji podczas rozmowy z pacjentem lub osobą występującą w jego imieniu. Ważne jest, aby w ciągu pierwszych sekund spotkania zwrócić uwagę na wysyłane komunikaty werbalne i niewerbalne tak, aby budziły one zaufanie:

- przedstawić się,
- wskazać ręką krzesło i zaprosić do zajęcia miejsca,
- utrzymywać kontakt wzrokowy,
- używać przyjaznego tonu głosu, szczególnie w przypadku rozmów telefonicznych.

Podstawową zasadą **budowania pozytywnych relacji** jest również aktywne słuchanie. Podczas rozmowy należy przede wszystkim umożliwić pacjentowi swobodną wypowiedź (jeżeli nie jest agresywna), a ewentualne pytania powinny służyć doprecyzowaniu i ustaleniu koniecznych informacji. Warto również pokazywać rozmówcy, że uważnie go słuchamy, np. przytakując czy od czasu do czasu parafrazując jego wypowiedzi.

Również w tego rodzaju sytuacji komunikacyjnej warto zwrócić uwagę na sposób wypowiadania się pacjenta, aby używać takich środków językowych, by wypowiedź była dla pacjenta przystępna. Pacjent łatwiej przyjmuje informacje, gdy są przekazywane zrozumiałym dla niego językiem, takim samym lub podobnym to tego, którego sam używa. Należy zwrócić na to szczególną uwagę przy przedstawianiu aspektów medycznych oraz prawnych. Jeżeli w danej chwili osoba odpowiedzialna za kontakt z pacjentem nie zna odpowiedzi na postawione przez pacjenta pytania lub zarzuty, warto dać sobie czas na przygotowanie się do jej udzielenia. W takiej sytuacji należy zaproponować pacjentowi nowy termin spotkania bądź kontaktu telefonicznego.

Jednocześnie rolą osoby odpowiedzialnej za koordynację procesu rozpatrywania skarg jest **budowanie dobrych relacji z personelem medycznym**. Bardzo ważnym elementem prewencyjnym jest zadbanie o zaufanie, opiekę i wsparcie pracowników podmiotu. Skarga pacjenta może stanowić dodatkowe źródło stresu dla personelu medycznego, zatem warto zapewnić pracownikom wszelką dostępną pomoc, w tym również pomoc psychologiczną. Monitorowanie zgłoszeń pacjenta jest procesem zespołowym i ważne, aby tak właśnie było postrzegane przez wszystkie osoby zaangażowane w dane zdarzenie.

PEŁNOMOCNICY DS. PRAW PACJENTA

4. PEŁNOMOCNICY DS. PRAW PACJENTA

Pełnomocnicy do spraw praw pacjenta mogą zostać powołani przez zarządzających podmiotami leczniczymi do podejmowania działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta. W szczególności pełnomocnicy powinni brać udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów, dokonywać analizy stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta. Mogą oni również proponować kierownikowi podmiotu wprowadzenie działań naprawczych. Do ich kompetencji należy również prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w placówce. Od 2023 r. formalnie kierownicy podmiotu leczniczego na podstawie przepisów mogą utworzyć stanowisko pełnomocnika ds. praw pacjenta.

W praktyce do zadań pełnomocnika należy łagodzenie konfliktów występujących pomiędzy pacjentami, a pracownikami podmiotu leczniczego. Osoby na takim stanowisku pełnią rolę pośrednika między pacjentami a podmiotem leczniczym. Ze względów praktycznych wskazane jest żeby pełnomocnicy zostali włączeni w proces rozpatrywania skarg i wniosków skierowanych do podmiotu leczniczego. Mogą być odpowiedzialni za cały proces rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów i do nich mogą być kierowane wszystkie pisma pacjentów w tych sprawach i to oni powinni zajmować się analizą dokumentów i przygotowaniem odpowiedzi.



CASE STUDY

5. CASE STUDY – PRZYKŁADY PRAWIDŁOWEGO ROZPATRZENIA SKARGI MEDYCZNEJ I NIEMEDYCZNEJ

5.1. PRZYKŁAD ROZPATRZENIA SKARGI MEDYCZNEJ

Do sekretariatu placówki medycznej drogą mailową wpłynęła skarga o treści:

W roku 2023 przebywałam w Państwa szpitalu. W związku z moim pobytem w Państwa placówce doświadczyłam przykrych sytuacji [...]. W związku z powyższym doszło do naruszenia podstawowych moich praw. Z Państwa strony oczekuję przeprosin od personelu, który sprawował nade mną opiekę, przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego dotyczącego przestrzegania praw pacjenta i komunikacji z pacjentem.

ETAPY POSTĘPOWANIA:

1. Sekretarka rejestruje pismo przesłane drogą mailową w księdze kancelaryjnej i przekazuje dyrektorowi placówki medycznej.
2. Dyrektor placówki dekretuje skargę do pełnomocnika ds. praw pacjenta.
3. Pełnomocnik ds. praw pacjenta rejestruje skargę w rejestrze skarg i wniosków oraz nadaje numer sprawie.
4. Pełnomocnik ds. praw pacjenta pisemnie (drogą mailową) informuje osobę skarżącą o zarejestrowaniu skargi i określa termin jej rozpatrzenia, np. 30 dni.
5. Pełnomocnik ds. praw pacjenta wysyła pismo do ordynatora/lekarza kierującego oddziałem, z prośbą o zajęcie stanowiska w danej sprawie i wyznacza termin udzielenia odpowiedzi, np. 14 dni. Dobrą praktyką jest wcześniejsze telefoniczne lub osobiste poinformowanie ordynatora/lekarza kierującego oddziałem o skardze.
6. Pełnomocnik ds. praw pacjenta zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjentki.
7. Po uzyskaniu od ordynatora/lekarza kierującego oddziałem odpowiedzi na piśmie, zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, zebraniu niezbędnych informacji w sprawie oraz dokonaniu analizy wewnętrznych procedur, pełnomocnik ds. praw pacjenta przygotowuje odpowiedź dla osoby skarżącej (poniżej przykładowa odpowiedź*).
8. Odpowiedź na piśmie podpisuje dyrektor placówki medycznej, a w razie jego nieobecności osoba zastępująca*.
9. Pełnomocnik ds. praw pacjenta kompletuje dokumentację w sprawie i przechowuje zgodnie z obowiązującą instrukcją kancelaryjną placówki medycznej.

* W przypadku, kiedy w wyznaczonym terminie nie jest możliwe udzielenie odpowiedzi, np. z powodu nieobecności pracownika, pełnomocnik ds. praw pacjenta pisemnie informuje osobę skarżącą o przesunięciu terminu, podaje przyczynę tej sytuacji oraz nowy termin udzielenia odpowiedzi.

PRZYKŁADOWA ODPOWIEDŹ

SPW.I/22/2023

Warszawa, 24.03.2023 r.

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani, skargę przesłaną pocztą elektroniczną w dniu 3.03.2023 r. do Szpitala XX i dotycząca doświadczenia przykrych sytuacji podczas pobytu w naszym szpitalu, proszę przyjąć poniższe wyjaśnienia.

Z analizy dokumentacji medycznej wiadomo, iż była Pani hospitalizowana na Oddziale XY [...]. Nie stwierdzono nieprawidłowości w opiece nad Panią podczas pobytu na Oddziale. Nie zgłaszała Pani również skarg podczas pobytu na Oddziale i nie zgłaszała Pani żadnych uwag do dyrekcji lub pełnomocnika ds. praw pacjenta. Siedem miesięcy po zakończonej hospitalizacji personel medyczny oddziału nie pamięta opisywanej przez Panią sytuacji.

Pragnę Panią zapewnić, że personel naszego szpitala jest systematycznie szkolony z zakresu komunikacji interpersonalnej z pacjentem i przestrzegania praw pacjenta.

Za doświadczenie przykrych sytuacji podczas pobytu w naszym szpitalu przepraszam Panią w imieniu personelu medycznego oddziału i swoim własnym.

Z wyrazami szacunku
Anna Kowalska
Dyrektor Szpitala XX



5.2. PRZYKŁAD ROZPATRZENIA SKARGI NIEMEDYCZNEJ

Do sekretariatu placówki medycznej wpłynęła pisemna skarga na pracownika ochrony, Jana Nowaka, który w dniu 21 marca 2023 r., według skarżącej niesłusznie obciążył ją kwotą 50 zł za zagubiony bilet parkingowy, a dodatkowo był nieuprzejmy.

ETAPY POSTĘPOWANIA:

1. Sekretarka rejestruje pismo w księdze kancelaryjnej i przekazuje dyrektorowi placówki medycznej.
2. Dyrektor placówki dekretuje skargę do pełnomocnika ds. praw pacjenta.
3. Właściwa osoba rejestruje skargę w rejestrze skarg i wniosków oraz nadaje sprawie numer.
4. Pełnomocnik ds. praw pacjenta kieruje pismo do kierownika sekcji ochrony z prośbą o zajęcie stanowiska w danej sprawie, wyznaczając termin udzielenia odpowiedzi, np. 7 dni. Dobrą praktyką jest wcześniejsze telefoniczne lub osobiste poinformowanie kierownika sekcji ochrony o skardze.
5. Po uzyskaniu od kierownika sekcji ochrony odpowiedzi na piśmie i zebraniu niezbędnych informacji w sprawie oraz dokonaniu analizy wewnętrznych procedur, pełnomocnik ds. praw pacjenta przygotowuje odpowiedź dla osoby skarżącej (poniżej przykładowa odpowiedź)*.
6. Odpowiedź na piśmie podpisuje dyrektor placówki medycznej lub osoba przez niego upoważniona.
7. Pełnomocnik ds. praw pacjenta kompletuje dokumentację w sprawie i przechowuje zgodnie z obowiązującą instrukcją kancelaryjną placówki medycznej.

* Jeśli w wyznaczonym terminie nie można przygotować odpowiedzi, np. z powodu nieobecności pracownika, pełnomocnik ds. praw pacjenta pisemnie informuje osobę skarżącą o przesunięciu terminu, podaje przyczynę tej sytuacji oraz nowy termin udzielenia odpowiedzi.

PRZYKŁADOWA ODPOWIEDŹ

SPW.II/16/2023

Warszawa, 6.04.2023 r.

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani skargę z dnia 22.03.2023 r., data wpływu 25.03.2023 r., dotyczącą obciążenia Pani opłatą za zagubiony w dniu 21.03.2023 r. bilet parkingowy, informuję, że zapoznałem się ze stanowiskiem pracownika ochrony i wewnętrznymi przepisami obowiązującymi w szpitalu i uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z Regulaminem funkcjonowania parkingu płatnego przy Szpitalu XX, za zniszczenie lub zagubienie biletu parkingowego pobierana jest opłata dodatkowa zgodnie z cennikiem usług. Aktualnie opłata wynosi 50,00 zł brutto. Informacja o wysokości opłaty zawarta jest na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Cennik usług” w załączniku „Usługi niemedyczne” oraz zamieszczona jest w widocznym miejscu przy wjeździe na parking. Mając na względzie powyższe, pracownik ochrony postępował zgodnie z obowiązującym regulaminem.

Żywię nadzieję, że ta niekomfortowa dla Pani sytuacja nie powtórzy się więcej i nie będzie miała wpływu na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w naszym szpitalu.

Z wyrazami szacunku

Adam Nowakowski

Dyrektor Szpitala XX



ZAŁĄCZNIKI

1. PRZYKŁADOWY WZÓR ZGŁOSZENIA PACJENTA

.....
(miasto, data)

.....
(imię i nazwisko osoby zgłaszającej)

.....
(adres osoby zgłaszającej)

.....
(imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie)

Anna Kowalska
Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta
Szpital XX
w Warszawie
ul. XXX
00-000 Warszawa

SKARGA/WNIOSK

Kiedy?

(data, orientacyjna godzina zdarzenia)

.....
.....
.....

Gdzie?

(nazwa oddziału, numer sali etc.)

.....
.....
.....

Co się stało?

(co się wydarzyło, kto z personelu brał udział w zdarzeniu, jakie były skutki etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Załącznik:

1. Upoważnienie dla wnioskodawcy od pacjenta

Formuła RODO

2. WZÓR REJESTRU SKARG

REJESTR SKARG ROK									
Lp.	Numer sprawy	Data wpływu skargi	Czas na odpowiedź (data od kiedy)	Przedłużenie czasu na odpowiedź	Przekroczenie terminu	Imię i nazwisko wnoszącego skargę/ nazwa instytucji	Kogo /czego skarga dotyczy (opis sytuacji)	Kategoria skargi	Opis działań
Data wysłania odpowiedzi i kto	Zasadność skargi (zasadna/ bezzasadna)	Problematyka skargi	Personel, którego dotyczy skarga	Obszar, którego dotyczy skarga	Przyczyna systemowa/ organizacyjna	Działania naprawcze	Uwagi		

3. WZÓR PLAKATU DOTYCZĄCEGO SKŁADANIA SKARG I WNIOSKÓW

Przykładowy wzór plakatu dotyczącego składania skarg i wniosków przez pacjentów

SKŁADANIE SKARG/WNIOSKÓW

Każdy pacjent ma prawo do złożenia skargi czy wniosku dotyczącego procesu leczenia lub funkcjonowania placówki, np. niedostępności dokumentacji medycznej, utrudnionego kontaktu z placówką, niewłaściwego zachowania pracownika, trudności w kontakcie z placówką.

Uwagi i wnioski można zgłaszać:

- pisemnie na adres: Szpital, ul. ABC, 00-111 XYZ
- pocztą elektroniczną na adres e-mail: pelnomocnik@abc.pl; skargi@abc.pl
- telefonicznie: 000 111 222
- osobiście do XY

A także można zgłaszać do:

- **Pełnomocnika ds. praw pacjenta:**
od poniedziałku do piątku w godzinach od 08:00 do 16:00, pokój 1
- **Sekretariatu Dyrekcji:**
od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00 do 16:00, pokój 2

Co powinna zawierać skarga/wniosek?

- imię i nazwisko skarżącego/wnioskodawcy
- adres skarżącego/wnioskodawcy (numer telefonu, adres e-mail)
- dokładny opis zdarzenia
- dane niezbędne do ustalenia tożsamości pacjenta, którego dotyczy skarga czy wniosek oraz upoważnienie





Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta

ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa

kancelaria@rpp.gov.pl

Telefoniczna Informacja Pacjenta: 800 190 590