

PROTOKÓŁ NR RKL-092-03-2/2012

**Z CZYNNOŚCI W RAMACH KONTROLI SPRAWDZAJĄCEJ W ZAKRESIE PRZESTRZEGANIE
PRAW PACJENTÓW WYNIKAJĄCYCH Z USTAWY Z DNIA 6 LISTOPADA 2008 r. O PRAWACH
PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM SZPITALU
KLINICZNYM NR 2 PUM W SZCZECINIE.**

Biuro ds. Szpitali Klinicznych

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Rybacka 1
70-204 Szczecin

Szczecin, 29 sierpnia 2012 r.

PROTOKÓŁ NR RKL-092-03-2/2012

Z CZYNNOŚCI W RAMACH KONTROLI SPRAWDZAJĄCEJ W ZAKRESIE PRZESTRZEGANIE PRAW PACJENTÓW WYNIKAJĄCYCH Z USTAWY Z DNIA 6 LISTOPADA 2008 r. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM SZPITALU KLINICZNYM NR 2 PUM W SZCZECINIE.

Jednostka kontrolowana:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Dyrektor Jednostki kontrolowanej

lek. Ryszard Chmurowicz

Termin przeprowadzania kontroli:

16.08.2012 r. - 17.08.2012 r.

PODSTAWA PRAWNA

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.)
- Zarządzenie Nr 85/2012 Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z dnia 16 lipca 2012 r. w sprawie przeprowadzenia kontroli sprawdzającej w zakresie przestrzegania praw pacjentów wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Upoważnienie Nr 4/2012 do przeprowadzenia kontroli z dnia 16.07.2012 r.

Kontrolę przeprowadziła inż. Barbara Greszta – samodzielny referent - Biura ds. Szpitali Klinicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, na podstawie Upoważnienia Nr 4/2012 z dnia 16.07.2012r.

Okres objęty kontrolą:

16.08.2012 r. - 17.08.2012 r.

Zakres kontroli obejmuje:

Przestrzeganie praw pacjentów wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i sprawdzenie realizacji obowiązku umieszczenia w Szpitalu, w miejscu ogólnodostępnym pisemnej informacji o prawach pacjenta, zgodnie z art. 11 i art. 12 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. z 2012 r. Dz.U. Nr 159) oraz numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, dniach i godzinach urzędowania Biura.

Sposób doboru próby: jednostki organizacyjne SPSK-2, w których udzielano świadczeń medycznych

Wyjaśnień w trakcie kontroli udzielali:

- p.o. Kierownika Działu Organizacyjno – Prawnego SPSK-2,
oraz inni pracownicy w miarę potrzeb

Ilkroć w nin. protokole użyto sformułowania:

1. SPSK Nr 2, SPSK-2, Szpital – oznacza to Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

2. Dyrektor, Dyrektor SPSK-2- oznacza to Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
3. u.d.l.- oznacza to ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.)
4. u.p.p. - oznacza to ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.)

USTALENIA KONTROLI

Pracownik Biura ds. Szpitali Klinicznych PUM, po okazaniu stosownego upoważnienia, podjął czynności kontrolne polegające na oględzinach pomieszczeń zajmowanych przez Szpital, dokonanych w obecności wskazanego przez Dyrektora SPSK-2 przedstawiciela Szpitala – – p.o. Kierownika Działu Organizacyjno – Prawnego, Pani

Ustalenia objęły sprawdzenie dostępności w miejscach ogólniedostępnych następujących informacji:

- harmonogramu pracy jednostki organizacyjnej,
- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej,
- zasad zapisów na porady i wizyty,
- praw pacjenta,
- numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia,
- trybu składania skarg i wniosków,
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie,
- odpłatności za świadczenia zdrowotne,
- możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych realizowanych przez inne podmioty,
- miejsca i godziny udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców,
- profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez SPSK-2.

Kontroli poddano 53 jednostki organizacyjne Szpitala świadczące usługi medyczne (kliniki, oddziały, poradnie, pracownie).

Szpital informuje o realizowanych przez siebie profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

W każdej skontrolowanej jednostce organizacyjnej Szpitala znajdowała się, ogólniedostępna dla pacjentów, Książka skarg i wniosków.

We wszystkich izbach przyjęć, w dyżurkach pielęgniarek w klinikach oraz rejestracjach poradni znajdowały się przeznaczone do wglądu dla pacjentów kserokopie Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono brak umieszczenia w miejscu ogólniedostępnym informacji odnośnie:

1. praw pacjenta, na terenie:

- Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
- Pracowni Elektrofizjologicznej;
- Pracowni Diagnostycznej Jaskry i Chorób Siatkówki;
- Poradni Okulistycznej dla Wcześnieńców;

(dowód: akta kontroli str.43,61,62,64,)

2. możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta na terenie:

- Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
- Pracowni Elektrofizjologicznej;
- Pracowni Diagnostycznej Jaskry i Chorób Siatkówki;

- Poradni Okulistycznej dla Wcześnieiaków;
- Poradni Kardiochirurgicznej;

(dowód: akta kontroli str.43,61,62,64,84)

3. imion i nazwisk osób kierujących pracą jednostki organizacyjnej na terenie:

- Kliniki Patologii Noworodka;
- Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
- Onkologicznej Poradni Genetycznej;
- Poradni Strabologicznej;
- Izby Przyjęć – Kliniki Okulistyki;
- Poradni Okulistycznej;
- Pracowni Laserowej;
- Poradni Okulistycznej dla Wcześnieiaków;
- Poradni Chorób Naczyń Żyłnych;
- Poradni Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
- Poradni chorób Naczyń;
- Laboratorium Centralnego;
- Centralnej Pracowni Endoskopii;
- Izby Przyjęć Klinik Kardiologii i Kardiochirurgii;
- Pracowni Ultrasonografii Kardiologicznej;
- Poradni Kardiochirurgicznej;
- Kliniki Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii;

(dowód: akta kontroli str.42,43,44,56,57,58,59,60,64,66,67,68,78,79,81,83,84,88)

4. trybu składania skarg i wniosków na terenie:

- Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
- Poradni Ginekologii Onkologicznej;
- Poradni Ginekologicznej;
- Poradni Ginekologii Dziecięcej i Dwieczęcej;
- Poradni Patologii Ciąży i chorób Kobięcych;
- Poradni Patologii Noworodka;
- Pracowni Elektrofizjologicznej;
- Pracowni Diagnostycznej Jaskry i Chorób Siatkówki;
- Poradni Okulistycznej dla Wcześnieiaków;
- Pracowni Mamografii;

(dowód: akta kontroli str.43,49,50,51,52,53,61,62,64,82)

5. możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie na terenie

- Zakładu Diagnostyki Rentgenowskiej;
- Pracowni Tomografii Komputerowej;
- Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
- Poradni Ginekologii Onkologicznej;
- Poradni Ginekologicznej;
- Poradni Ginekologii Dziecięcej i Dwieczęcej;
- Poradni Patologii Ciąży i Chorób Kobięcych;
- Poradni Patologii Noworodka;
- Izby Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
- Poradni Genetycznej Chorób Nienowotworowych i Diagnostyki Prenatalnej;
- Onkologicznej Poradni Genetycznej;
- Poradni Strabologicznej;
- Izby Przyjęć Kliniki Okulistyki;

- Poradni Okulistycznej;
- Pracowni Laserowej;
- Pracowni Elektrofizjologicznej;
- Pracowni Diagnostycznej Jaskry i Chorób Siatkówki;
- Poradni Okulistycznej dla Wcześnieaków;
- Izby Przyjęć Chirurgicznej;
- Centralnej Pracowni Endoskopii;
- Izby Przyjęć Klinik Kardiologii i Kardiochirurgii;
- Pracowni Mamografii;
- Pracowni Ultrasonografii Kardiologicznej;

(dowód: akta kontroli str.38,40,43,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,61,62,64,72,79,81,82,83)

rehab

6. odpłatności za świadczenia na terenie

- Przychodni Przyklinicznej;
- Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
- Poradni Ginekologii Onkologicznej;
- Poradni Ginekologicznej;
- Poradni Ginekologii Dziecięcej i Dwieczęcej;
- Poradni Patologii Ciąży i Chorób Kobięcych;
- Poradni Genetycznej Chorób Nienowotworowych i Diagnostyki Prenatalnej;
- Onkologicznej Poradni Genetycznej;
- Pracowni Elektrofizjologicznej;
- Pracowni Diagnostycznej Jaskry i Chorób Siatkówki;
- Pracowni Ultrasonografii Kardiologicznej;

(dowód: akta kontroli str.36,43,49,50,51,52,55,56,61,62,83)

zabwy

7. harmonogramu pracy jednostki organizacyjnej, na terenie:

- Poradni Strabologicznej;
- Pracowni Elektrofizjologicznej;
- Poradni Okulistycznej dla Wcześnieaków;
- Pracowni Ultrasonografie Kardiologicznej;

(dowód: akta kontroli str.57,61,64,83)

8. zasad zapisów na porady i wizyty, na terenie:

- Poradni Ginekologicznej;
- Poradni Patologii Noworodka;
- Poradni Genetycznej Chorób Nienowotworowych i Diagnostyki Prenatalnej;
- Poradni Strabologicznej;
- Pracowni Elektrofizjologicznej;
- Pracowni Diagnostycznej Jaskry i Chorób Siatkówki;
- Poradni Okulistycznej dla Wcześnieaków;
- Centralnej Pracowni Endoskopii;
- Pracowni Ultrasonografii Kardiologicznej;

(dowód: akta kontroli str.50,53,55,57,61,62,64,79,83)

WNIOSKI

1. Wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 PUM w Szczecinie, stwierdzono uchybienia w dostępie do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta oraz przepisach odrębnych, na terenie następujących jednostek organizacyjnych Szpitala, udzielających świadczeń zdrowotnych:
 - Centralnej Pracowni Endoskopii;
 - Izby Przyjęć Chirurgicznej;
 - Izby Przyjęć Klinik Kardiologii i Kardiochirurgii;
 - Izby Przyjęć Kliniki Okulistyki;
 - Izby Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
 - Kliniki Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym,
 - Kliniki Patologii Noworodka;
 - Laboratorium Centralnego;
 - Onkologicznej Poradni Genetycznej;
 - Poradni Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
 - Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
 - Poradni Chorób Naczyń Żyłnych;
 - Poradni chorób Naczyń;
 - Poradni Genetycznej Chorób Nienowotworowych i Diagnostyki Prenatalnej;
 - Poradni Ginekologicznej;
 - Poradni Ginekologii Dziecięcej i Dwieczęcej;
 - Poradni Ginekologii Onkologicznej;
 - Poradni Kardiochirurgicznej
 - Poradni Okulistycznej dla Wcześnieaków;
 - Poradni Okulistycznej;
 - Poradni Patologii Ciąży i Chorób Kobięcych;
 - Poradni Patologii Noworodka;
 - Poradni Strabologicznej;
 - Pracowni Diagnostycznej Jaskry i Chorób Siatkówki;
 - Pracowni Elektrofizjologicznej;
 - Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii;
 - Pracowni Laserowej;
 - Pracowni Mamografii;
 - Pracowni Tomografii Komputerowej;
 - Pracowni Ultrasonografii Kardiologicznej;
 - Przychodni Przyklinikowej;
 - Zakładu Diagnostyki Rentgenowskiej;
2. Szpital informuje o realizowanych przez siebie profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Na tym protokół kontroli zakończono.

Protokół został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

Poprzez zamieszczenie w protokole kontroli niżej wymienionych pouczeń, Kontrolujący informuje Pana:

lek. Ryszarda Chmurowicza - Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

o przysługującym mu prawie:

- zgłoszenia przed podpisaniem protokołu kontroli, w terminie 7 dni od daty jego otrzymania, pisemnych, umotywowanych zastrzeżeń, co do ustaleń w nim zawartych;
- odmowy podpisania niniejszego protokołu kontroli, z jednoczesnym obowiązkiem złożenia na tą okoliczność, w terminie 7 dni, pisemnych wyjaśnień dotyczących przyczyn odmowy podpisania; w przypadku zgłoszenia zastrzeżeń termin 7 dni – biegnie od otrzymania ostatecznego stanowiska kontrolującego w sprawie ich rozpatrzenia;

Szczecin, dnia 29.08.2012

SAMODZIELNY REFERENT
Biura ds. Szpitali Klinicznych

[Signature]
inż. Barbara Greszka

akceptuję treść niniejszego protokołu

Szczecin, dnia 25.09.2012

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

[Signature]
lek. med. Ryszard Chmurowicz

lek. Ryszard Chmurowicz

Dyrektor

Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2
PUM w Szczecinie

Zgłaszam zastrzeżenia do treść niniejszego protokołu

nie zgłasza
(proszę podać datę oraz oznaczenie dokumentu na podstawie, którego dokonuje się zgłoszenia zastrzeżeń)

Szczecin, dnia 05

[Signature]
lek. Ryszard Chmurowicz
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2
PUM w Szczecinie

k

14. 09. 2012

4902



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Szczecin, dnia 12 września 2012 r.

RKL -092-21/IX/2012

OP
 KCP
 DN, DL, MP
 DYREKTOR
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
 lek. med. Ryszard Chmurowicz

Pan
 lek. Ryszard Chmurowicz
 Dyrektor
 Samodzielnego Publicznego
 Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM
 w Szczecinie

Wystąpienie pokontrolne

do Protokołu nr RKL-092-03-2/2012

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, działając na podstawie art. 121 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.11.112.654) oraz § 20 ust. 2 pkt 7 Statutu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie przeprowadził w dniach od 16.08.2012 r. – 17.08.2012r. kontrolę w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 PUM w Szczecinie.

Kontrola została przeprowadzona na podstawie Zarządzenia Rektora PUM w Szczecinie Nr 85/2012 z dnia 16 lipca 2012 r. w sprawie przeprowadzenia kontroli sprawdzającej w zakresie przestrzegania praw pacjentów wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez samodzielnego referenta Biura ds. Szpitali klinicznych PUM – inż. Barbarę Gresztę, na podstawie Upoważnienia nr 4/2012 Rektora do przeprowadzenia kontroli z dnia 16.07.2012 r.

Zakres kontroli obejmował:

Przestrzeganie praw pacjentów wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i sprawdzenie realizacji obowiązku umieszczania w Szpitalu, w miejscu ogólnodostępnym pisemnej informacji o prawach pacjenta, zgodnie z art. 11 i art. 12 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. z 2012 r. Dz.U. Nr 159), oraz numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, dniach i godzinach urzędowania Biura.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach prowadzenia kontroli, tj. 16.08.2012 r. – 17.08.2012 r.

Ustalenia kontroli:

Obowiązek upowszechnienia informacji o zakresie świadczeń, jakie są udzielane w konkretnym podmiocie leczniczym, wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Obowiązek informacyjny w przedmiotowym zakresie należy uznać za korelat prawa pacjenta do informacji. Zgodnie z art. 12 u.p.p. pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez ten podmiot. Podmiot leczniczy powinien udostępnić informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń w formie pisemnej poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym (np. wywieszając ją na ścianie w holu głównym przychodni lub w izbie przyjęć szpitala). Za dopuszczalne należy uznać umieszczenie omawianej informacji w kilku miejscach tego samego budynku, a także nawet na zewnątrz budynku. Jeżeli podmiot leczniczy udziela świadczeń w kilku budynkach (szczególnie, gdy są oddalone od siebie), należy w każdym z nich umieścić pełną informację o rodzaju udzielanych świadczeń. Artykuł 11 ust. 3 u.p.p. wymaga, aby w przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację o rodzaju i zakresie świadczeń udostępnić w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa. Dotyczy to pacjentów przebywających przede wszystkim w szpitalu. W przypadku podmiotów leczniczych mających kontrakt z NFZ istnieje jeszcze dodatkowy obowiązek informacyjny związany z udzielanymi świadczeniami, wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym, kontroli poddano siedziby 53 jednostki organizacyjnych Szpitala, świadczące usługi medyczne, w zakresie umieszczania informacji dotyczących:

- harmonogramu pracy jednostki organizacyjnej,
- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej,
- zasad zapisów na porady i wizyty,
- praw pacjenta,
- numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia,
- trybu składania skarg i wniosków,
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie,
- odpłatności za świadczenia zdrowotne,
- możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych realizowanych przez inne podmioty,
- miejsca i godziny udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców,
- profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez SPSK-2.

Ze względu na zajmowany obszar oraz wielkość i liczbę budynków, w których realizowane są w SPSK-2 usługi i świadczenia medyczne, zasadnym jest dodatkowe umieszczanie w miejscach ogólnodostępnych na terenie każdej leczniczej jednostki organizacyjnej, pisemnych informacji o: prawach pacjenta, numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, oraz informacji zawartych w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalono iż, praktyka ta jest w SPSK-2 stosowana, a poszczególne uchybienia lub braki w udzielanej informacji na terenie skontrolowanych jednostek organizacyjnych, szczegółowo wymieniono w Protokole kontroli nr RKL-092-03-2/2012 podpisanym bez zastrzeżeń, przez Dyrektora w dniu 06.09.2012r.

Ponadto ustalono, iż Szpital informuje o realizowanych przez siebie profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W każdej skontrolowanej jednostce organizacyjnej Szpitala znajdowała się, ogólniedostępna dla pacjentów, Książka skarg i wniosków. W większości izb przyjęć, w dyżurkach pielęgniarek w klinikach oraz rejestracjach poradni znajdowały się przeznaczone do wglądu dla pacjentów kserokopie Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie ocenia pozytywnie z uchybieniami realizację przez SPSK-2 zadań z zakresu przestrzegania praw pacjentów wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i realizacji obowiązku umieszczania w Szpitalu, w miejscu ogólnodostępnym pisemnej informacji o prawach pacjenta, zgodnie z art. 11 i art. 12 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. z 2012 r. Dz.U. Nr 159), oraz numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, dniach i godzinach urzędowania Biura.



ZALECENIA POKONTROLNE

Biorąc pod uwagę specyfikę usług medycznych Szpital musi bazować przede wszystkim na zaufaniu pacjentów i swojej dobrej opinii, a wpływ na nie ma m.in. rzetelna i łatwo dostępna informacja.

Szpital, realizując obowiązki prawne, nie może zapominać o konieczności udostępnienia w swej siedzibie pacjentom określonych prawem informacji, a przede wszystkim informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń i o prawach pacjenta. Umieszczenie powyższych informacji to nie tylko realizacja obowiązku prawnego, ale także wymogów rynkowych, w tym kształtowanie pozytywnego wizerunku Szpitala. Informacje dla pacjenta powinny być czytelne oraz zrozumiałe, konkretne oraz rzetelne (zgodne ze stanem faktycznym i prawnym).

W związku z ustawowym obowiązkiem udostępnienia informacji o prawach pacjenta w formie pisemnej, zalecam umieszczenie pełnej informacji prawnej, w tym:

- harmonogramu pracy jednostki organizacyjnej,
- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej,
- zasad zapisów na porady i wizyty,
- praw pacjenta,
- numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia,
- trybu składania skarg i wniosków,
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie,
- odpłatności za świadczenia zdrowotne,

w tym samym miejscu na tablicy, np. korkowej, zawieszanej na ścianie korytarza, w miejscu widocznym i ogólnodostępnym na terenie poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala świadczących usługi medyczne (izby, kliniki, oddziały, poradnie, pracownie), w taki sposób, aby każdy pacjent mógł bez przeszkód zapoznać się z treścią komunikatu.

Ponadto zalecam wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za aktualizację informacji w przedmiotowym zakresie i jej przygotowanie z tym, że nadzór nad treścią informacji udostępnianej pacjentom powinien należeć do Dyrektora Szpitala, a treść powinna być konsultowana z Działem Organizacyjno-Prawnym Szpitala.

Jednocześnie w nieprzekraczalnym terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, zobowiązuje Pana Dyrektora do przedstawienia pisemnej informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu zaleceń, bądź o działaniach podjętych w celu ich realizacji lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Szczecin, 12.09.2012 r.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Ciechanowicz

Rektor PUM