

Zarządzenie nr 9A
z dnia 6 maja 2024 r.

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Lecznictwa Otwartego w Wieliczce

w sprawie: wprowadzenia w Samodzielnym Publicznym Zespole Lecznictwa Otwartego
w Wieliczce wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

Na podstawie art. 18 ust 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r., poz. 1692), w związku z art. 46 ust. 1 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r., poz. 799 t.j.), postanawia się, co następuje:

§ 1

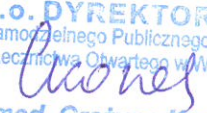
1. Wprowadza się w Samodzielnym Publicznym Zespole Lecznictwa Otwartego w Wieliczce (zwanym dalej SPZLO) **wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem**, stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia.
2. Opisy stanowisk pracy opracowane w zakresie zapobiegania zdarzeniom niepożądanym stanowią załącznik nr 2 do zarządzenia.
3. Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego stanowi załącznik nr 3 do zarządzenia.
4. Rejestr zdarzeń niepożądanych stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia.
5. Oświadczenie pracownika dotyczące zapoznania się z zarządzeniem wprowadzającym w Samodzielnym Publicznym Zespole Lecznictwa Otwartego w Wieliczce wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem stanowi załącznik nr 5 do zarządzenia.

§ 2

1. Koordynowanie procesu analizy przyczyn źródłowych wystąpienia zdarzeń niepożądanych w SPZLO powierza się pani Alicji Wojas (zwanego dalej Koordynatorem).
2. Zakres zadań i obowiązków Koordynatora określa system zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

§ 3

Niniejsze zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2024 r.

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Lecznictwa Otwartego w Wieliczce

lek. med. Grażyna Kozak

Wewnętrzny
system zarządzania jakością i bezpieczeństwem
w Samodzielnym Publicznym Zespole Lecznictwa Otwartego w Wieliczce

1. Podstawa prawna.

Zgodnie z art. 18 ust 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r., poz. 1692) (zwanej dalej „ustawą o jakości”) – podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”), jest obowiązany do posiadania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, składającego się z: zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia zdarzeniom niepożądanym.

Do obowiązków podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem należy:

- 1/ Wdrażanie rozwiązań służących identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2/ Identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3/ Określenie kryteriów i metod potrzebnych do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4/ Okresowe monitorowanie i ocenianie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5/ Monitorowanie zdarzeń niepożądanych;
- 6/ Zapewnienie dostępu do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;

7/ Prowadzenie badań opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, o której mowa w art. 20 ust 1 ustawy o jakości.

Zgodnie z art. 19 ust 1 ustawy o jakości **osobą odpowiedzialną** za prowadzenie wewnętrznego systemu jest kierownik podmiotu (Dyrektor SPZLO) wykonującego działalność leczniczą, w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwany dalej "osobą odpowiedzialną".

Do zadań **osoby odpowiedzialnej** należy:

- 1) przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego;
- 2) zapewnianie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) opracowywanie dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy.

2. Definicje.

1/ **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

2/ **osoba odpowiedzialna** – dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Lecznictwa Otwartego w Wieliczce,

3/ **personel** – osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz podmiotu wykonującego działalność leczniczą na podstawie stosunku pracy lub innego niż stosunek pracy stosunku prawnego:

- a) osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 i 1675) - w zakresie, w jakim uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej,
- b) osoby inne niż wymienione w lit. a, które uzyskały fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - w zakresie, w jakim uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej,
- c) farmaceuci - w zakresie, w jakim uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki farmaceutycznej, o których mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873 oraz z 2023 r. poz. 1234);

4/ **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Otwartego w Wieliczce;

4/ rodzaj działalności leczniczej – rodzaj działalności leczniczej, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

5/ świadczenia opieki zdrowotnej – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm., zwanej dalej "ustawą o świadczeniach");

6/ zakład leczniczy – zakład leczniczy w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

7/ zakres świadczeń:

a) jeden z zakresów świadczeń opieki zdrowotnej wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, lub

b) świadczenie opieki zdrowotnej lub grupę tych świadczeń należące do jednego z zakresów wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, które mogą być dodatkowo określone przez wskazanie profilu lub rodzaju komórki organizacyjnej, w których są udzielane, lub

c) świadczenie opieki zdrowotnej lub grupę tych świadczeń, dla których w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa się kwotę finansowania;

8/ zdarzenie niepożądane – zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu.

Nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

3. Identyfikacja wystąpienie ryzyka zdarzeń niepożądanych i zarządzanie tym ryzykiem

1/ Identyfikacja i zarządzanie ryzykiem koncentruje się głównie analizie **przyczyn źródłowych** wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

2/ Analiza **przyczyn źródłowych** obejmuje:

- a) zbieranie danych o zdarzeniach niepożądanych,
- b) mapowanie informacji,

- c) identyfikację problemów,
- d) analizowanie problemów pod względem czynników składowych,
- e) ustalenie źródłowych przyczyn,
- f) zalecenia do zmiany dotychczasowej praktyki.

3/ Zaangażowanymi w prowadzenie analizy przyczyn źródłowych wystąpienia zdarzeń niepożądanych są wszyscy pracownicy podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

4/ Koordynowanie procesu analizy o którym mowa powyżej powierza się p. Alicji Wojas (zwanego dalej Koordynatorem).

5/ Do zadań Koordynatora należy w szczególności:

- a) Kwalifikowanie zdarzeń niepożądanych do odpowiedniej kategorii ryzyka,
- b) Przeprowadzenie analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych,
- c) Zachowanie w tajemnicy tożsamości osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane oraz okoliczności umożliwiających ujawnienie jej tożsamości,
- d) Dokonanie anonimizacji analizy przyczyn źródłowych.

6/ Koordynator tworzy system zgłaszania zdarzeń niepożądanych, do którego należy zgłaszać wystąpienie wszelkich zdarzeń niepożądanych.

4. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych

1/ Każdy członek personelu podmiotu wykonującego działalność leczniczą ma obowiązek zgłoszenia wystąpienia zdarzenia niepożądanego niezwłocznie po jego stwierdzeniu.

2/ Zgłoszenia wystąpienia zdarzenia niepożądanego może dokonać także sam pacjent, jak również jego rodzina lub inna osoba.

3/ Koordynator tworzy **skrzynkę mailową: dzialania.niepozadane@spzlo.wieliczka.pl**, dedykowaną wyłącznie zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych oraz dokonuje bieżącej analizy wpływających na nią wiadomości. Informacja o skrzynce mailowej zostaje umieszczona w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w miejscu ogólnie dostępnym.

4/ Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego powinno zawierać w szczególności:

- a) Dane osobowe osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane,
- b) Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy zdarzenie niepożądane,
- c) Dane dotyczące zgłoszenia, w tym

- Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uczestniczącej w zdarzeniu niepożądanym,
- Nazwę zdarzenia wraz z kryterium,
- Czas zaistnienia zdarzenia niepożądanego,
- Miejsce wystąpienia zdarzenia niepożądanego poprzez wskazanie miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, zgodnie ze strukturą podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- Opis okoliczności, w jakich doszło do wystąpienia zdarzenia niepożądanego.

5/ Preferowaną formą zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest forma elektroniczna tj. zgłoszenie wysłane na skrzynkę mailową, o której mowa w ust 3 niniejszego dokumentu. Należy jednak dopuścić możliwość zgłaszania zdarzeń niepożądanych w innych formach, w tym w formie pisemnej bądź osobiście przez osoby wskazane w ust. 2. Ze zgłoszenia osobistego sporządza się protokół zgłoszenia zdarzenia niepożądanego.

6/ Dane dotyczące zgłoszenia zdarzenia niepożądanego zamieszcza się niezwłocznie w rejestrze zdarzeń niepożądanych, który prowadzony jest przez Kordnatora. Danymi tymi są w szczególności imię i nazwisko zgłaszającego, imię i nazwisko pacjenta oraz osób, których zgłoszenie dotyczy, dokładna data zdarzenia w miarę możliwości z podaniem godziny, miejsce zdarzenia, a także opis zdarzenia niepożądanego.

7/ Udostępnieniu nie podlegają dane osobowe pacjenta, osób uczestniczących w zdarzeniu niepożądanym oraz osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane przetwarzane w związku z przyjęciem takiego zgłoszenia.

8/ Punkt powyższy nie dotyczy udostępnienia wskazanych informacji do wiadomości sądu, prokuratora w związku z prowadzonym postępowaniem karnym lub Prezesa Funduszu, w związku z czynnościami kontrolnymi podejmowanymi wobec podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

5. Ocena zgłoszonego zdarzenia niepożądanego

1/ Zgłoszone zdarzenia niepożądane powinny zostać ocenione pod względem stopnia ich ciężkości i prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

2/ Kategoria ryzyka dla danego zdarzenia niepożądanego powinna być określona według poniższej skali punktowej:

- a) **Wysokie ryzyko** – 3 punkty,
- b) **Średnie ryzyko** – 2 punkty,
- c) **Małe ryzyko** – 1 punkt.

3/ Powyższa ocena ryzyka powinna zostać dokonana na podstawie **Matrycy oceny bezpieczeństwa** stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego dokumentu oraz poniższych wytycznych.

4/ Ze względu na stopień ciężkości zdarzenie niepożądane powinno zostać zakwalifikowane do jednego z poniższych typów:

- a) **Bardzo ciężkie** – obejmuje zgon lub znaczną i trwałą utratę funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązaną z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta;
- b) **Ciężkie** – obejmuje znaczne i trwałe ograniczenie funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta lub przeniesienie na oddział intensywnej terapii, stacji dializ lub oddział/salę intensywnego nadzoru lub konieczność zastosowania interwencji chirurgicznej;
- c) **Umiarkowane** – obejmuje przedłużony czas pobytu lub konieczność przeniesienia co najmniej dwóch pacjentów na wyższy poziom opieki z powodu wystąpienia podobnego zdarzenia w przeszłości;
- d) **Lekkie** – obejmuje brak uszczerbku na zdrowiu lub zdarzenie inne niż określone w punktach a) – c)

5/ Ze względu na stopień prawdopodobieństwa zdarzenie niepożądane powinno zostać zakwalifikowane do jednego z poniższych typów:

- a) **Częste** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi kilka razy w roku;
- b) **Sporadyczne** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi raz lub dwa razy w roku;
- c) **Rzadkie** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi raz na 2 lata lub 5 lat;
- d) **Bardzo rzadkie** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi rzadziej niż raz na 5 lat.

6/ Osoba odpowiedzialna powołuje zespół do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego zakwalifikowanego do kategorii wysokiego ryzyka **w terminie 14 dni** od daty jego wystąpienia.

7/ W przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego zakwalifikowanego do kategorii średniego lub małego ryzyka obowiązek powołania zespołu do przeprowadzenia analizy

przyczyn źródłowych tego zdarzenia jest **fakultatywny** i zależy od oceny Osoby odpowiedzialnej.

6. Analiza zdarzenia niepożądanego

1/ Dokonując analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego należy wykonać poniższe czynności:

- a) Zidentyfikowanie zdarzenia niepożądanego oraz ocena wagi tego zdarzenia,
- b) Opracowanie roboczego zarysu przebiegu zdarzenia niepożądanego,
- c) Określenie w ujęciu jakościowym i ilościowym dodatkowych czynników, które mogły doprowadzić do wystąpienia zdarzenia niepożądanego,
- d) Przeprowadzenie pogłębionej analizy zebranych materiałów w celu wstępnego określenia przyczyn źródłowych,
- e) Zidentyfikowanie przyczyny źródłowej,
- f) Opracowanie zalecenia dla każdej z ustalonych przyczyn,
- g) Opracowanie analizy końcowej,
- h) Anonimizacja danych osobowych.

2/ Przeprowadzenie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego jest obowiązkowe w przypadku zdarzeń niepożądanych zakwalifikowanych do kategorii wysokiego ryzyka, a także zdarzeń niepożądanych w zakresie:

- a) Związanym z działaniami chirurgicznymi lub procedurami inwazyjnymi,
- b) Dotyczącymi sprzętu medycznego, wyposażenia i organizacji pracy,
- c) Związanymi z zakażeniem na terenie przychodni,
- d) Innym niż wskazany w pkt a – d, związanym z leczeniem i opieką nad pacjentem tj.:
 - Mylną identyfikacją pacjenta,
 - Mylną identyfikacją procedury,
 - Początkowo mylną identyfikację miejsca operowanego,
 - Błędą diagnozę z uwagi na mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych, mylny opis badań radiologicznych, mylny opis badania histopatologicznego,
 - Uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
 - Niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,

- Pomyłkę w podaniu leku tj. poprzez podanie niewłaściwego leku, błędne ustalenie dawki leku, błędną identyfikację pacjenta, nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku, niewłaściwą drogę podania leku, zastosowanie niewłaściwej substancji do rozpuszczenia leku,
- Próbę samobójczą,
- Samobójstwo,
- Upadek pacjenta,

3/ Informacja zwrotna dotyczące przeanalizowanych zdarzeń niepożądanych wraz z wnioskami co do zmiany sposobu postępowania personelu medycznego w podobnych przypadkach przekazywana jest następnie osobom zgłaszającym zdarzenie oraz osobom w nim uczestniczącym.

7. Zespół do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego

1/ W skład zespołu do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego powinni w miarę możliwości wchodzić przedstawiciele personelu posiadający wiedzę i doświadczenie w zakresie problematyki związanej z bezpieczeństwem pacjenta oraz dający rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych im zadań konieczną do przeprowadzenia analizy przedmiotowego zdarzenia niepożądanego.

2/ Zespół do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego wybiera ze swojego składu przewodniczącego, którym powinna być osoba, której wiedza i doświadczenie w zakresie problematyki związanej z bezpieczeństwem pacjenta dają rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych mu zadań, związanych z przeprowadzeniem analizy przyczyn źródłowych przedmiotowego zdarzenia niepożądanego.

3/ Przewodniczący kieruje pracami zespołu do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego, może on również powierzyć innej osobie kierowanie pracami tego zespołu.

4/ W przypadkach uzasadnionych przedmiotem analizy przyczyn źródłowych w skład zespołu do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego mogą być powołane osoby, które nie są członkami personelu podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym wystąpiło zdarzenie niepożądane, które jednocześnie wyróżniają się wiedzą medyczną, prawniczą lub techniczną.

8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych

1/ Monitorowanie zdarzeń niepożądanych obejmuje

- a) Identyfikowanie zdarzeń niepożądanych,
- b) Zgłaszanie i rejestrowanie zdarzeń niepożądanych,
- c) Prowadzenie analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych.

2/ Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych jak również analiza przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych odbywa się zgodnie z wytycznymi zawartymi odpowiednio w punkcie 4 i 6 niniejszego dokumentu.

9. Identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

1/ Identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej polega na ocenie w jakim obszarze funkcjonowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą dochodziło, dochodzi lub może dojść do wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

2/ Przy dokonywaniu powyższej oceny należy wziąć pod uwagę:

- a) Spełnianie wymagań formalnoprawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych tj.:
 - Dysponowanie odpowiednim personelem medycznym, sprzętem i aparaturą medyczną,
 - Spełnienie określonych wymagań w odniesieniu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - Zawarcie umów na udzielanie określonych świadczeń związanych z prowadzoną działalnością leczniczą.
- b) Analizę zgłoszeń dotyczącą zdarzeń niepożądanych, skarg pacjentów oraz informacji od innych podmiotów, które dotyczą lub wskazują na możliwość albo fakt występowania nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń medycznych.

3/ W celu identyfikacji obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej podmiot wykonujący działalność leczniczą może wdrożyć **okresowe przeglądy** obszarów wymagających poprawy jakości i bezpieczeństwa

udzielanych świadczeń w celu sprawdzenia, czy w dalszym ciągu dochodzi do zdarzeń medycznych, skarg itp.

4/ W celu oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej Koordynator wdroży system pomiaru jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz będzie obowiązany do jego monitorowania **co kwartał**, przy czym pierwsze sprawdzenie nastąpi w dniu 31.12.2024r.

5/ Wyniki przeprowadzonej oceny będą następnie podawane do informacji Osoby odpowiedzialnej, celem wdrożenia przez niego odpowiednich mechanizmów służących poprawie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.

10. Badanie opinii i doświadczeń pacjentów

1/ Podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem obowiązany jest do prowadzenia badań opinii i doświadczeń pacjentów.

2/ Badanie opinii i doświadczeń pacjentów następuje na podstawie wyników przeprowadzonej wśród pacjentów podmiotu wykonującego działalność leczniczą ankiety.

3/ Ankieta może zostać przeprowadzona w formie elektronicznej lub pisemnej.

4/ W przypadku pobytu pacjenta w podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej zanonimizowane badanie opinii i doświadczeń pacjentów przeprowadza się po wypisie pacjenta z podmiotu leczniczego lub w dniu wypisu ze szpitala, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.

5/ W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą inną niż w/w informuje pacjentów, w wybrany przez siebie sposób, o możliwości wypełnienia ankiety badania opinii i doświadczeń pacjentów, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.

6/ Wyniki ankiet oraz ich analiza powinny być zamieszczane na stronie internetowej Podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakładce dotyczącej pacjentów.

7/ Uprawnienie do określenia wzoru ankiety przysługuje Ministrowi Zdrowia, który publikuje go w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego Ministra Zdrowia.

Załącznik nr 1

do system zarządzania jakością i bezpieczeństwem - **Matryca SAC oceny bezpieczeństwa.**

Matryca SAC		CIĘŻKOŚĆ ZDARZENIA			
		Bardzo ciężkie	Istotne	Umiarkowane	Lekkie
PRAWDOPODOBIENSTWO	Częste	3	3	2	1
	Sporadyczne	3	2	1	1
	Rzadkie	3	2	1	1
	Bardzo rzadkie	3	2	1	1