
	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 1/30
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM W PRZYCHODNI CLINIKA W KOSZALINIE

System wdrożony w oparciu o wymagania:


- 1) Normy PN – EN ISO 9001:2015
- 2) Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

Opracowała: Danuta Wojcieszek – Wiceprezes/ Pełnomocnik ds. SZJiB	Zatwierdził: Piotr Wojcieszek - Prezes
Data: 08.08.2024	Data: 09.08.2024


	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 2/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

Spis treści:

I. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ	4
1. ZAKRES WEWNĘTRZNEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	4
2. POWOŁANIA NORMATYWNE	4
3. TERMINY I DEFINICJE	4
4. KONTEKST ORGANIZACJI	5
4.1 ZROZUMIENIE ORGANIZACJI I JEJ KONTEKSTU/PREZENTACJA PRZYCHODNI I JEJ OTOCZENIE	6
4.1.1. Analiza pozycji na rynku usług medycznych i konkurencji	6
4.1.2. Analiza SWOT	7
4.1.3. Wpływ zmian klimatycznych na działalność Przychodni	8
4.2 ZROZUMIENIE POTRZEB I OCZEKIWAŃ ZAINTERESOWANYCH STRON	9
4.3 OKREŚLENIE ZAKRESU WEWNĘTRZNEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	9
4.4 SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I JEJ PROCESY	10
4.4.1 Mapa procesów	10
5. PRZYWÓDZTWO	12
5.1 PRZYWÓDZTWO I ZAANGAŻOWANIE	12
5.1.1 Postanowienia ogólne	12
5.1.2 Orientacja na klienta	12
5.2 POLITYKA	13
5.2.1 Ustanowienie Polityki Jakości	13
5.2.2 Komunikowanie Polityki Jakości	13
5.3 ROLE, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA	13
6. PLANOWANIE	13
6.1 DZIAŁANIA DOTYCZĄCE ZAGROZEŃ I SZANS	13
6.2 CELE JAKOŚCI I PLANOWANIE DOTYCZĄCE OSIĄGNIĘCIA TYCH CELÓW	14
6.3 PLANOWANIE ZMIAN	14
7. WSPARCIE	15
7.1 ZASOBY	15
7.1.1 Postanowienia ogólne	15
7.1.2 Ludzie	15
7.1.3 Infrastruktura	15
7.1.4 Środowisko funkcjonowania procesów/środowisko pracy	15
7.1.5 Zasoby do monitorowania i pomiarów	16
7.1.6 Wiedza organizacji	16
7.2 KOMPETENCJE	16
7.3 ŚWIADOMOŚĆ	16
7.4 KOMUNIKACJA	16
7.5 UDOKUMENTOWANE INFORMACJE	17
7.5.1 Postanowienia ogólne	17
7.5.2 Opracowywanie i aktualizowanie	17
7.5.3 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami	17
8. DZIAŁANIA OPERACYJNE/REALIZACJA WYROBU	18
8.1 PLANOWANIE OPERACYJNE I KONTROLNE/PLANOWANIE REALIZACJI USŁUGI	18
8.2 WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYROBÓW I USŁUG/PROCESY ZWIĄZANE Z KLIENTEM	18
8.2.1 Komunikacja z klientem	18
8.2.2 Określenie wymagań dotyczących usług	19
8.2.3 Przegląd wymagań dotyczących wyrobów i usług	19
8.2.4 Zmiany wymagań dla wyrobów i usług	19
8.3 PROJEKTOWANIE I ROZWÓJ WYROBÓW I USŁUG	19
8.4 NADZÓR NAD PROCESAMI, WYROBAMI I USŁUGAMI WYPROWADZONYMI NA ZEWNĄTRZ	19

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 3/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

8.4.1	Postanowienia ogólne/proces zakupów	20
8.4.2	Typ i zakres nadzoru/weryfikacja zakupionego towaru	20
8.4.3	Informacje dla usługodawców zewnętrznych.....	20
8.5	DOSTARCZANIE USŁUG	20
8.5.1	Nadzór nad produkcją i dostarczaniem usług	20
8.5.2	Identyfikacja i indentyfikowalność	21
8.5.3	Własność klienta i zewnętrznych usługodawców	21
8.5.4	Zabezpieczenie.....	22
8.5.5	Działania po dostawie.....	22
8.5.6	Nadzór nad zmianami	22
8.6	ZWOLNIENIE WYROBÓW I USŁUG	22
8.7	NADZÓR NAD WYJŚCIAMI NIEZGODNYMI.....	22
9.	OCENA EFEKTÓW DZIAŁANIA.....	23
9.1	MONITOROWANIE, POMIARY, ANALIZA I OCENA.	23
9.1.1	Postanowienia ogólne	23
9.1.2	Zadowolenie klienta	23
9.1.3	Analiza i ocena	23
9.2	AUDIT WEWNĘTRZNY	24
9.3	PRZEGLĄD ZARZĄDZANIA	24
9.3.1	Postanowienia ogólne	24
9.3.2	Dane wejściowe do przeglądu zarządzania	24
9.3.3	Dane wyjściowe z przeglądu zarządzania.....	24
10.	DOSKONALENIE.....	25
10.1	POSTANOWIENIA OGÓLNE	25
10.2	NIEZGODNOŚCI ORAZ DZIAŁANIA KORYGUJĄCE	25
10.3	DOSKONALENIE	25
II.	NADZÓR NAD WYJŚCIAMI NIEZGODNYMI I ZDARZENIAMI NIEPOŻĄDANYMI	25
1.	NADZÓR NAD NIEZGODNOŚCIAMI	25
1.1	TRYB POSTĘPOWANIA Z USŁUGĄ NIEZGODNĄ I SYTUACJĄ NIEPOŻĄDANĄ ZGŁASZANĄ PRZEZ PACJENTA / KLIENTA	26
1.2	TRYB POSTĘPOWANIA Z POZOSTAŁYMI NIEZGODNOŚCIAMI I SYTUACJAMI NIEPOŻĄDANYMI W PROCESACH	26
1.3	TRYB POSTĘPOWANIA Z NIEZGODNOŚCIAMI STWIERDZONYMI PODCZAS AUDITU WEWNĘTRZNEGO.....	26
1.3	UDOKUMENTOWANIE NIEZGODNOŚCI ORAZ PODJĘTYCH DZIAŁAŃ KORYGUJĄCYCH LUB ZAPOBIEGAWCZYCH	26
2.	NADZÓR NAD ZDARZENIAMI NIEPOŻĄDANYMI, MONITOROWANIE I IDENTYFIKOWANIE RYZYK MOŻLIWOŚCI ICH WYSTĄPIENIA	26
2.1	WYSTĄPIENIE I IDENTYFIKACJA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO.....	27
2.2	OCENA RYZYKA WYSTĄPIENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO	27
2.3	ANALIZA RYZYKA	27
2.4	REAGOWANIE NA RYZYKO	27
2.5	ZGŁASZANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH.....	27
2.6	OCENA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH I ICH KATEGORYZACJA.....	28
2.7	PODZIAŁ ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH	28
2.8	ANALIZA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH	28
2.9	WDRÓŻENIE NIEZBĘDNYCH DZIAŁAŃ KORYGUJĄCYCH I ZAPOBIEGAWCZYCH	28
III.	ZAŁĄCZNIKI	30
3.1	ZAŁĄCZNIKI DO WSZJiB.....	30
3.2	WYKAZ PROCEDUR	30
3.3	WYKAZ FORMULARZY.....	30

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 4/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

I. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ

1. ZAKRES WEWNĘTRZNEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem jest integralną częścią systemu zarządzania organizacją, która jest ukierunkowana na osiągnięcie celów spełniających odpowiednio potrzeby, oczekiwania i wymagania stron zainteresowanych. Funkcjonujący w Clinice System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem jest wdrożony i udokumentowany zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015 oraz Ustawy z dnia 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, i obejmuje cały zakres działalności Cliniki z wyłączeniem wymagań podanych w rozdziale 8.3 w zakresie „Projektowanie i rozwój wyrobów i usług”. Powyższe niestosowanie nie wpływa na zdolność Cliniki do dostarczenia usług, które spełniają wymagania klienta i wymagania mających zastosowanie przepisów, jak również na odpowiedzialność organizacji do zapewnienia zgodności jej usług medycznych oraz zwiększania zadowolenia pacjentów.

2. POWOŁANIA NORMATYWNE

W roku 2024 właściciele Przychodni Clinika podjęli decyzję o wdrożeniu Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem zgodnie z wymaganiami Normy PN-EN ISO 9001:2015 oraz Ustawy z dnia 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

3. TERMINY I DEFINICJE

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem (WSZJiB) - system do ustanowienia polityki i celów jakościowych, skoordynowania działań dotyczących kierowania organizacją i jej nadzorowania w odniesieniu do jakości, który składa się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu niezgodności i zdarzeń niepożądanych.

Zapewnienie jakości - wszystkie planowane i systematyczne, a także, jeśli to konieczne, udowodnione działania realizowane w ramach WSZJiB, służące do wzbudzania zaufania co do tego, że przychodnia spełni wymagania jakościowe.

Dośkonalenie – to systematyczny proces ciągłego poprawiania jakości opieki zdrowotnej. Obejmuje on analizę, ocenę oraz wdrażanie zmian mających na celu podnoszenie standardów usług medycznych, zwiększenie efektywności, bezpieczeństwa pacjentów oraz satysfakcji personelu i pacjentów.


Polityka Jakości – zestaw zasad, które mają na celu zapewnienie wysokiego standardu opieki medycznej oraz spełnienie wymagań pacjentów i innych interesariuszy. Formalnie wyrażone przez Zarząd Cliniki. Polityka jest spójna z całościową polityką Cliniki i stwarza ramy do ustanawiania celów jakościowych.

Procedura/Proces – ustalony, udokumentowany sposób przeprowadzenia działania lub całego procesu, opracowany, wydany, wdrożony i doskonalony przez osobę odpowiedzialną za wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

Monitorowanie – proces ciągłego obserwowania i monitorowania WSZJiB i wskaźników, w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania, identyfikowania problemów oraz szybkiego reagowania na nieprawidłowości.

Ryzyko – prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń związanych z działalnością organizacji, powodujących straty;

Szansa – to wychodzeniem ponad oczekiwania i określone cele. Szanse mogą nadarzyć się jako wynik sytuacji sprzyjającej osiągnięciu zamierzonych wyników, takich jak: zbiór okoliczności,

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 5/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

które umożliwiają pozyskanie nowych klientów, rozwój nowych usług, redukcję odpadów lub poprawę sprzedaży, świadczenie nowych usług.

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.

Nie zgodność - wystąpienie wyrobu lub usługi niezgodnej z wymaganiami lub sytuacji niepożądaną.

Przegląd WSZJiB – Przegląd wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem/ Przegląd zarządzania

Clinika/Przychodnia – Przychodnia Clinika w Koszalinie.

Osoba odpowiedzialna za WSZJiB/Pełnomocnik ds. ZSJiB – Kierownik Przychodni Clinika.

Kierownictwo Kliniki/Przychodni – Prezes, Wiceprezes

4. KONTEKST ORGANIZACJI

Misją Przychodni Clinika w Koszalinie jest:

„DBANIE O ZDROWIE FIZYCZNE I PSYCHICZNE SPOŁECZEŃSTWA”

Realizując przyjętą misję stawiamy na:

- wysoką jakość świadczonych usług przy wykorzystaniu nowoczesnych metod leczenia,
- inwestowanie w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i systemy elektronicznej dokumentacji medycznej,
- inwestowanie w rozwój i podnoszenie kwalifikacji personelu,
- zapewnienie dostępu do specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym,
- zapewnienie bezpiecznych usług medycznych,
- zaangażowanie w edukację społeczeństwa i promocję zdrowia.


Motto przewodnie:

„DZIŚ ZADBAJ O ZDROWIE, BYŚ NIE MUSIAŁ O NIM MARZYĆ, GDY BĘDZIESZ W NIEMOCY”

4.1 Zrozumienie organizacji i jej kontekstu/prezentacja Przychodni i jej otoczenie

4.1.1. Analiza pozycji na rynku usług medycznych i konkurencji

Obszarem działania Przychodni jest teren Województwa Zachodniopomorskiego, szczególnie obszar byłego Województwa Koszalińskiego a zwłaszcza miasto Koszalin i Powiat Koszaliński. Aktualnie, głównymi odbiorcami świadczeń Przychodni jest populacja

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 6/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

około 110 tys., w tym: miasto Koszalin: 104239 osób, Powiat Koszaliński: 66378 osób¹. W 2023 r. w Przychodni udzielonych zostało 21030 porad podstawowej opieki zdrowotnej, 12562 porady w poradniach specjalistycznych oraz wykonanych zostało 1734 badań endoskopowych.


W województwie zachodniopomorskim w 2022 roku opieką profilaktyczną objętych zostało 42904 dzieci zdrowych do trzeciego roku życia, udzielono 91327 porad, w tym 36825 dzieciom do 1-szego roku życia. W ramach profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży w wieku 2–19 lat przebadano 59547 osób z 123182 podlegających badaniu. Liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, u której stwierdzono schorzenia wymagające opieki czynnej, wynosiła 70465 osób i zwiększyła się w stosunku do roku 2021 o 1626 osób.

Liczba osób w wieku 19 lat i więcej objętych opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, u których stwierdzono schorzenia wymagające opieki czynnej, wynosiła 676272 i zwiększyła się o 6685 osób w stosunku do roku 2021. Z uwagi na rozpoznanie najliczniejszą grupę stanowili pacjenci leczący się z powodu chorób układu krążenia (360046 osób, wskaźnik na 10 tys. ludności – 2683,0) oraz leczenia z powodu chorób układu mięśniowo–kostnego i tkanki łącznej (319407 osób, wskaźnik na 10 tys. ludności – 2380,2), a także przewlekłych chorób trawiennych (195646 osób, wskaźnik na 10 tys. ludności – 1457,9). W przypadku nowych zachorowań w grupie osób dorosłych najczęściej występowały schorzenia układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (33837 osoby, wskaźnik na 10 tys. ludności – 252,2) i choroby układu krążenia (33234 osób, wskaźnik na 10 tys. ludności – 247,7) oraz przewlekłe choroby układu trawiennego (20771 osób, wskaźnik na 10 tys. ludności – 154,8). Duży udział w zachorowaniach osób dorosłych mają choroby cywilizacyjne związane z rozwojem gospodarczym i społecznym. Można do nich zaliczyć choroby układu krążenia, nowotwory i cukrzycę. Najwięcej nowych zachorowań na choroby układu krążenia na 10 tys. ludności zaobserwowano w powiecie drawskim (658,0), a w dalszej kolejności w mieście Koszalinie (489,2) oraz w powiecie białogardzkim (459,6), natomiast najmniej w powiecie łobeskim (28,0), a w dalszej kolejności w powiatach myśliborskim (78,8) i pyrzyckim (120,3). Najwięcej nowych zachorowań na nowotwory na 10 tys. ludności wystąpiło w powiecie drawskim (261,9), a w dalszej kolejności w mieście Koszalinie (170,5) oraz w powiecie szczecineckim (154,0), natomiast najmniej w powiecie łobeskim (6,2), a w dalszej kolejności w powiecie polickim (9,2) i choszczeńskim (34,7). Największą liczbę nowych zachorowań na cukrzycę na 10 tys. ludności zanotowano w powiecie drawskim (195,3), a w dalszej kolejności w mieście Koszalinie (134,0) oraz w powiecie szczecineckim (109,5), a najmniej w powiecie łobeskim (6,2), a w dalszej kolejności w powiecie polickim (15,2) i myśliborskim (25,6).

W 2022 roku liczba porad udzielonych kobietom w ciąży w ramach opieki profilaktycznej wyniosła 54327. Wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą ciężarną określający średnią liczbę porad przypadających na 1 kobietę ciężarną wynosił 3,7 i zmniejszył się o 0,7 w stosunku do roku 2021. Najwyższy wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą ciężarną zanotowano w powiecie sławieńskim (9,8), a w dalszej kolejności w powiatach łobeskim (8,9) oraz choszczeńskim (8,1). Najniższy wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą ciężarną odnotowano w mieście Świnoujściu (1,7), w mieście Koszalinie (1,9) oraz w powiecie świdwińskim (2,2). W 2022 r. w mieście Koszalinie opieką profilaktyczną objęto 2052 kobiety w ciąży oraz udzielono 3803 porady².

1 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2023,3,17.html>

2 Informator statystyczny ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim za 2022 rok, <https://www.gov.pl/web/uw-zachodniopomorski/informatory-statystyczne-ochrony-zdrowia>

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 7/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

Na terenie miasta Koszalina w chwili obecnej funkcjonuje 20 placówek podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast w Powiecie Koszalińskim – 17 podmiotów. W zakresie udzielanych świadczeń diagnostycznych na terenie miasta Koszalina, badania kolonoskopii i gastroskopii wykonywane są w trzech podmiotach (w tym Przychodnia Clinika)³.

Działalność Przychodni w kontekście zewnętrznym i wewnętrznym to przede wszystkim:

- przepisy prawne dotyczące przede wszystkim ochrony zdrowia - stanowią podstawę działalności Przychodni; zmieniające się przepisy prawa nadzorowane są poprzez stałe monitorowanie i uaktualnianie aktów prawnych,
- zadowolenie klienta - jako główny cel działalności, dzięki któremu Przychodnia notuje wzrost pozycji na rynku usług medycznych oraz buduje pozytywny wizerunek,
- konkurencja - w kontekście zewnętrznym stanowi źródło systematycznego rozwoju i wprowadzania kolejnych innowacyjnych rozwiązań w dziedzinie leczenia i diagnostyki, dzięki czemu Przychodnia ciągle powiększa swój udział w rynku medycznym
- czynniki demograficzne – struktura wiekowa populacji mieszkańców Koszalina i regionu, trend starzenia się społeczeństwa, migracje (napływ cudzoziemców),
- czynniki kulturowe – to nastawienie klientów do naszych produktów oraz zmiany oczekiwań klientów, które wymuszają zmiany organizacyjne w funkcjonowaniu Przychodni,
- czynniki finansowe – modele finansowania opieki zdrowotnej, koszty leczenia,
- rozwój technologii medycznych – posiadane zasoby poddawane są analizie w kontekście nowoczesnych metod diagnostycznych, leczenia,
- czynniki związane z dostawcami - to analiza kosztu usług, położenie i bliskość dostawców, koszt realizacji, warunki płatności oraz elastyczność dostosowania usług.

4.1.2. Analiza SWOT

Na podstawie wiedzy dotyczącej dotychczasowego funkcjonowania Przychodni dokonano analizy wewnętrznej placówki oceniając jej mocne i słabe strony. W wyniku tego postępowania ustalono kluczowe obszary, które rozwijane w przyszłości mogą determinować kierunki dalszego rozwoju.


Mocne strony:

- Doświadczenie i zaangażowanie najwyższego kierownictwa.
- Dość dobra akceptacja zmian przez pracowników.
- Dobrze wykształcona kadra medyczna.
- Systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez personel.
- Dobra reputacja w branży medycznej.
- Uznana jakość świadczonych usług.
- Nowoczesny i systematycznie wymieniany sprzęt medyczny.

Słabe strony:

- Brak możliwości długookresowego planowania działalności i finansów, co podyktowane jest finansowaniem świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Wysokie koszty działalności, w tym utrzymania obiektów, zakupy nowoczesnego sprzętu oraz wynagrodzeń.
- Rosnący poziom wynagrodzeń personelu zagwarantowany regulacjami prawnymi.
- Ograniczone możliwości lokalowe.

3 https://www.nfz-szczecin.pl/xw78i_gdzie_sie_leczyc.htm

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 8/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

Szanse:

- Ustabilizowanie się prawodawstwa dotyczącego funkcjonowania systemu.
- Pojawienie się nowych grup klientów.
- Kontynuacja współpracy z Oddziałem Zachodniopomorskim Narodowego Funduszu Zdrowia i systematyczny wzrost kontraktu.


Zagrożenia:

- Niski poziom finansowania publicznego i niewłaściwa alokacja środków finansowych, przy wysokiej dynamice kosztów opartych na cenach zewnętrznych wobec systemu (sprzęt medyczny, media, wynagrodzenia), oraz wzroście potrzeb zdrowotnych.
- Polityka finansowa prowadzona przez strategicznego płatnika, wyrażająca się niskim poziomem finansowania usług medycznych i ich limitowaniem.
- Powstanie wielu, aktywnych i dobrze finansowanych niepublicznych zoz, działających w wybranych segmentach rynku (głównie zabiegowych),
- Częste zmiany w zasadach kontraktowania i wykonywania świadczeń.
- Mnogość przepisów prawa w ochronie zdrowia oraz ich częste zmiany.
- Braki kadrowe, zwłaszcza personelu medycznego.
- Narastająca konkurencja.
- Epidemie, pandemie.

4.1.3. Wpływ zmian klimatycznych na działalność Przychodni

Działalność Przychodni, podobnie jak innych placówek medycznych, ma wpływ na zmiany klimatyczne, głównie poprzez zużycie energii, produkcję odpadów i emisję gazów cieplarnianych. Kluczowe aspekty w tym zakresie, to:

1. Zużycie energii – placówki ochrony zdrowia zużywają znaczne ilości energii do oświetlenia, ogrzewania, klimatyzacji oraz do zasilania sprzętu medycznego. Wytwarzanie energii, szczególnie z paliw kopalnych, przyczynia się do emisji dwutlenku węgla (CO₂) i innych gazów cieplarnianych, które przyczyniają się do globalnego ocieplenia.
2. Produkcja odpadów - działalność medyczna generuje duże ilości odpadów, w tym jednorazowych materiałów medycznych, opakowań, a także odpadów niebezpiecznych. Utylizacja tych odpadów, zwłaszcza spalanie prowadzi do emisji gazów cieplarnianych.
3. Stosowanie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku - procedury endoskopowe wymagają używania jednorazowych narzędzi i materiałów, które po użyciu stają się odpadami medycznymi. Produkcja tych narzędzi, ich transport oraz utylizacja generują emisje gazów cieplarnianych.
4. Emisje chemiczne – w Przychodni używane są środki dezynfekujące i chemikalia, które mogą wpływać na środowisko. Procesy ich produkcji, a także same środki, mogą emitować substancje szkodliwe dla klimatu, w tym np. formalina do utrwalania wycinków histopatologicznych.
5. „Wiek” używanego sprzętu i aparatury medycznej – starsze urządzenia medyczne zużywają więcej energii jak również może emitować większe ilości substancji szkodliwych. Starsze urządzenia działają wolniej i mniej efektywnie, co prowadzi do większego zużycia energii i zasobów. Ponadto starsze urządzenia są bardziej awaryjne, co generuje dodatkowe odpady, które mogą być trudne do recyklingu z powodu użycia przestarzałych materiałów.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 9/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

Aby zmniejszyć negatywny wpływ na klimat, Przychodnia wdraża różne rozwiązania, takie jak: optymalizacja zużycia energii, racjonalna gospodarka odpadami medycznymi, stosowanie nowoczesnego sprzętu medycznego, nadzorowanie warunków środowiska pracy. Wprowadzenie bardziej zrównoważonych praktyk nie tylko zmniejsza ślad węglowy, ale również przyczynia się do ochrony środowiska.

4.2 Zrozumienie potrzeb i oczekiwań zainteresowanych stron

Stronami zainteresowanymi dostarczaniem usług przez Przychodnię są: pacjent i jego rodzina, kontrahenci zewnętrzni, personel, Narodowy Fundusz Zdrowia, instytucje administracji publicznej. Przychodnia monitoruje i analizuje potrzeby, oczekiwania i wymagania zainteresowanych stron poprzez ankiety, reklamacje, kontrole, informacje medialne, akty prawne.

Przychodnia przeanalizowała wpływ zmian klimatycznych na jej działalność i podjęła stosowne działania. Aby zmniejszyć negatywny wpływ na klimat, Przychodnia wdraża różne rozwiązania, takie jak: optymalizacja zużycia energii, racjonalna gospodarka odpadami medycznymi, stosowanie nowoczesnego sprzętu medycznego, nadzorowanie warunków środowiska pracy. Wprowadzenie bardziej zrównoważonych praktyk nie tylko zmniejsza ślad węglowy, ale również przyczynia się do ochrony środowiska.

4.3 Określenie zakresu wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem jest wdrożony i udokumentowany zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015 oraz Ustawy z dnia 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

W Przychodni system ten obejmuje następujące elementy:

- strukturę organizacyjną, w tym opis stanowisk pracy wraz z określeniem odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków,
- procesy, opisujące zidentyfikowane procesy i powiązania pomiędzy nimi,
- procedury i instrukcje, ustalające sposoby postępowania,
- zasoby niezbędne do zarządzania jakością, w tym personel, infrastrukturę, środowisko pracy, informację i dostawców,
- nadzór nad dostawcami usług medycznych.

Zakres Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz diagnostyki.


Dokumentacja Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem zawarta jest w niniejszym opracowaniu.

Dokumenty związane z WSZJiB

- Wszystkie dokumenty w oparciu o które działa Przychodnia zostały zidentyfikowane, zebrane i spisane oraz komunikowane personelowi.
- Dokumenty wewnętrzne są przeglądane i podlegają aktualizacji co najmniej raz na 2 lata, przez wyznaczoną osobę. W przypadkach koniecznych aktualizację wykonuje się na bieżąco.

4.4 System zarządzania jakością i jego procesy


Realizując podejście procesowe zidentyfikowano procesy realizowane w Przychodni. Przeanalizowano wykonywane usługi i na tej podstawie zidentyfikowano procesy główne, tj. takie, których realizacja przynosi klientom szereg korzyści, które bezpośrednio wpływają na

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 10/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

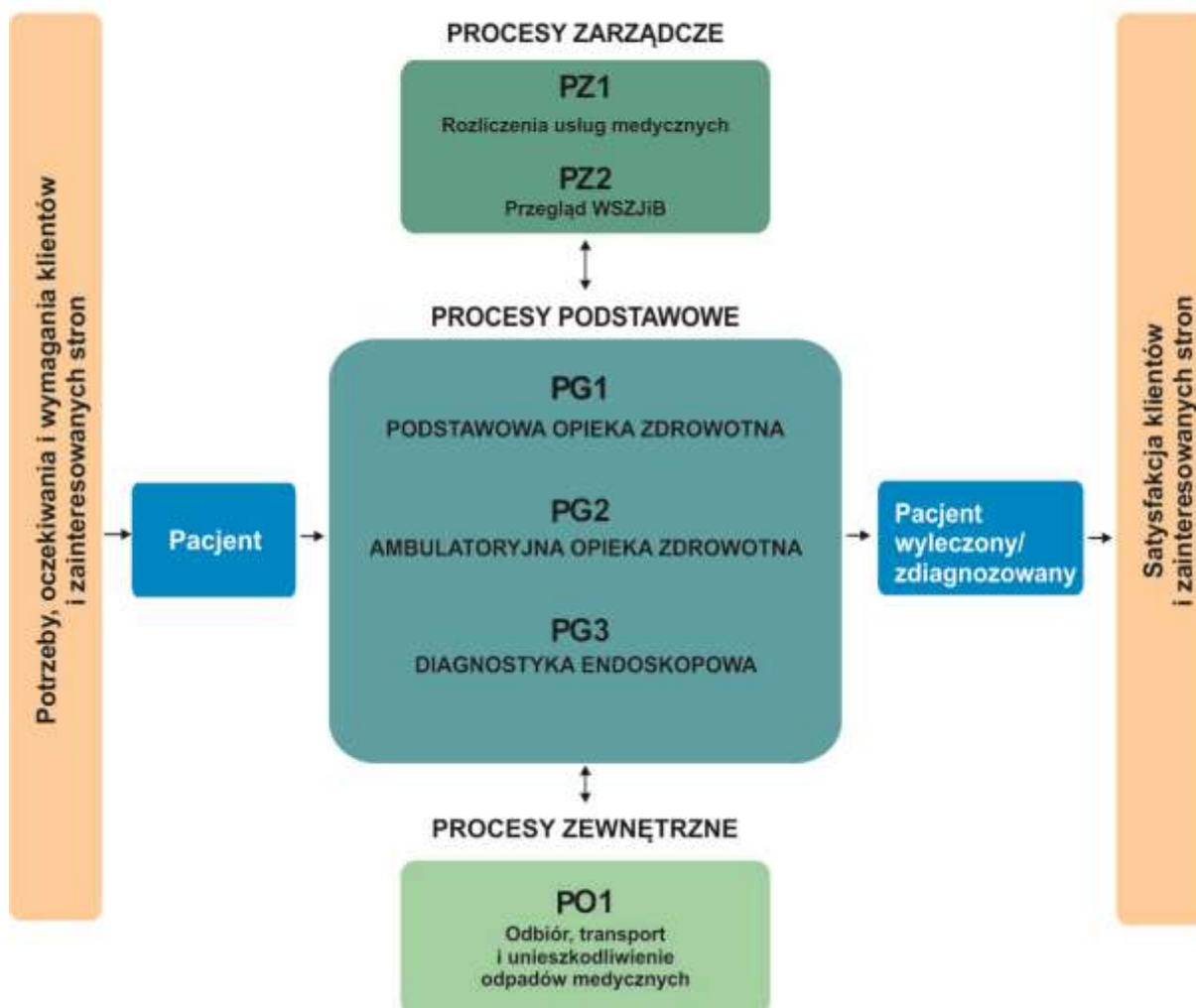
jego zdrowie, komfort i satysfakcję z usług medycznych, procesy zarządcze a także procesy zlecane na zewnątrz. Ponadto zidentyfikowano powiązania pomiędzy procesami oraz ryzyka, jakie mogą wystąpić w trakcie realizacji. Ryzyka, są monitorowane w celu ograniczenia negatywnych skutków.

Obecnie zidentyfikowano 3 procesy główne, 2 procesy zarządcze i 1 proces zlecany na zewnątrz. Procesy i ich powiązania przedstawiono na Mapie Procesów. Każdy z procesów został szczegółowo opisany w Kartach procesów, które stanowią załączniki do WSZJiB. Standardy, jakie mają spełniać usługi świadczone przez Przychodnię określono w oparciu o analizę potrzeb, wymagań i oczekiwań klientów, uwzględniając wymagania sztuki medycznej, postanowienia przepisów a także analizę działania konkurencji. Potrzeby, wymagania i oczekiwania klientów przekształcono w cele, jakie Przychodnia ma realizować w zidentyfikowanych procesach. Celom poszczególnych procesów nadano odpowiednie mierniki i kryteria realizacji. Mierzalność celów jest dla Przychodni kryterium zasadniczym, umożliwiającym zarządzanie procesami i ich dalsze doskonalenie.

4.4.1 Mapa procesów


	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 11/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

PROCESY ZIDENTYFIKOWANE W PRZYCHODNI CLINIKA



4.4.2 Procesy główne są udokumentowane, zapewniono dla nich odpowiednie zasoby i wyznaczono właścicieli odpowiedzialnych za ich przebieg i realizację, zawarto wymagania dotyczące monitorowania, pomiarów oraz ryzyk i szans.

Osoby odpowiedzialne za procesy podejmują odpowiednie działania, aby zapewnić osiągnięcie wyznaczonych celów oraz regularnie analizują wyniki monitorowania. Co najmniej raz w roku jest dokonywana ocena skuteczności i efektywności procesów. Wyniki realizacji procesów omawiane są każdorazowo na Przeglądzie WSZJiB.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 12/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

5. PRZYWÓDZTWO

5.1 Przywództwo i zaangażowanie

5.1.1 Postanowienia ogólne

Kierownictwo Przychodni, mając na uwadze satysfakcję klientów, spełnianie wymagań obowiązujących przepisów prawnych oraz spełnianie oczekiwań personelu określili zasady funkcjonowania i podjęli decyzję o wdrożeniu Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem zgodnie z wymaganiami Normy PN-EN ISO 9001:2015 oraz Ustawy z dnia 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który jest ciągle doskonalony.

Kierownictwo ustanowiło także Politykę Jakości oraz cele dotyczące jakości. Dokonują systematycznych Przeglądów WSZJiB, podejmują decyzje o kierunkach doskonalenia i rozwoju, zapewniają zasoby umożliwiające realizację Polityki Jakości i doskonalenie Systemu.

Pełnomocnik ds. SZJiB nadzoruje WSZJiB, ustala Program auditów oraz ich wykonanie, wdraża zmiany jakościowe oraz przygotowuje i przeprowadza Przegląd WSZJiB.

5.1.2 Orientacja na klienta


Kierownictwo Przychodni zapewnia, że wszystkie działania oraz prowadzona polityka ma na celu dostarczanie usług spełniających wymagania klienta oraz dążenie do zwiększania jego zadowolenia poprzez stosowanie systemu, procesów doskonalenia, zgodności z wymaganiami klienta i prawa. Przychodnia monitoruje zadowolenie klienta poprzez ankietę, analizę reklamacji i wzrost sprzedaży usług. Przychodnia monitoruje ryzyka i szanse, które mogą mieć wpływ na procesy i zgodność usług.

W Przychodni wdrożony został ujednolicony tryb postępowania z opiniami klientów, zawartymi w ankietach, skargach i opiniach.

Satysfakcja pacjentów badana jest przy wykorzystaniu opracowanego kwestionariusza ankiety – wzór ankiety stanowi formularz FJ2. Ankiety są dostępne dla pacjentów w poczekalni oraz dystrybuowane przez pracowników rejestracji. Analiza ankiet sporządzana jest raz w roku przez Pełnomocnika ds. SZJiB; jej wyniki omawiane są z personelem. W oparciu o opinie ankietowanych pacjentów wdrażane są działania korygujące i zapobiegawcze.

Poziom satysfakcji kontrahentów, z którymi Przychodnia współpracuje w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych (badania) oceniany jest na podstawie informacji zwrotnych od klientów, przekazywanych kierownikowi. Wyniki badania poziomu satysfakcji pacjentów i kontrahentów omawiane są na Przeglądzie WSZJiB.

Wszystkie skargi, które składane są osobiście, jak również te przekazywane listownie lub na adres e-mail rozpatrywane są przez kierownika. W przypadku uznania zasadności skargi kierownik sporządza Kartę niezgodności, którą przekazuje do właściciela procesu/osoby, której skarga dotyczy. Osoba ta zobowiązana jest do określenia i wdrożenia działań korygujących i zapobiegawczych. Zgodę na wdrożenie działań korygujących i zapobiegawczych każdorazowo wydaje kierownik Przychodni. Skargi omawiane są na Przeglądzie WSZJiB.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 13/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

5.2 Polityka

5.2.1 Ustanowienie Polityki Jakości

Polityką Jakości Przychodni jest dążenie do stałego podnoszenia standardów naszych usług medycznych oraz zapewnienia pełnej satysfakcji naszych pacjentów poprzez zaangażowanie całego personelu.

Kierownictwo Przychodni ustanowiło Politykę Jakości, która jest obowiązująca dla całego personelu - Polityka Jakości stanowi załącznik nr 1 do WSZJiB.

Podstawowym celem działalności Przychodni jest podejmowanie działań mających na celu profilaktykę, przywracanie i poprawę zdrowia w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz diagnostykę, zgodnie z wymaganiami prawnymi i standardami postępowania medycznego.

5.2.2 Komunikowanie Polityki Jakości

Polityka Jakości jest rozpowszechniona i ogólnie dostępna w Przychodni. Wszyscy pracownicy znają i rozumieją Politykę Jakości oraz realizują jej zapisy. Ponadto Polityka jakości jest zamieszczona na dysku wspólnym dla personelu oraz na stronie internetowej Przychodni dla wszystkich stron zainteresowanych.

5.3 Role, odpowiedzialność i uprawnienia

Przedstawicielem kierownictwa Przychodni ds. Systemu Zarządzania Jakością i WSZJiB jest Pełnomocnik ds. SZJiB, który jest odpowiedzialny za:

- wdrożenie WSZJiB na zgodność z wymaganiami norm PN-EN ISO 9001:2015 oraz ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta,
- nadzorowanie prac wdrożeniowych,
- wydawanie poleceń pracownikom w zakresie WSZJiB,
- reprezentowanie Przychodni w zakresie WSZJiB,
- uczestniczenie w identyfikacji procesów, ryzyk i opracowaniu Polityki Jakości,
- zapewnienie, że procesy WSZJiB są ustanowione, wdrożone i utrzymane,
- planowanie auditów wewnętrznych, wdrażanie działań korygujących i zapobiegawczych,
- przedstawianie sprawozdań dotyczących funkcjonowania WSZJiB na Przeglądzie WSZJiB.

Zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności wszystkich pracowników znajdują się w ich aktach osobowych oraz w szczegółowych opisach stanowisk pracy.


6. PLANOWANIE

6.1 Działania dotyczące zagrożeń i szans

6.1.1 W celu ujednoczenia zasad postępowania została wdrożona procedura PJ 6.1 „Zarządzanie ryzykiem”.

6.1.2 Personel Przychodni potrafi zidentyfikować i oszacować ryzyka w swoich obszarach oraz określa działania do nich się odnoszące. Ocena skuteczności działań jest analizowana przez Pełnomocnika ds. SZJiB, który monitoruje podjęte działania. Przegląd i ocena ryzyk i szans prowadzona jest raz w roku i omawiana na Przeglądzie WSZJiB.

Przychodnia przeanalizowała wpływ zmian klimatycznych na jej działalność i podjęła stosowne działania. Aby zmniejszyć negatywny wpływ na klimat, Przychodnia wdraża różne rozwiązania, takie jak: optymalizacja zużycia energii, racjonalna gospodarka odpadami medycznymi, stosowanie nowoczesnego sprzętu medycznego, nadzorowanie warunków

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 14/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

środowiska pracy. Wprowadzenie bardziej zrównoważonych praktyk nie tylko zmniejsza ślad węglowy, ale również przyczynia się do ochrony środowiska.

6.2 Cele jakości i planowanie dotyczące osiągnięcia tych celów

6.2.1 Cele jakościowe wpisano do Polityki Jakości. Cele procesowe określono w procesach, natomiast cele taktyczne ustala się na Przeglądzie WSZJiB, w wyniku decyzji podejmowanych dla doskonalenia organizacji. Wszystkie cele są spójne z Polityką Jakości i stanowią jeden z elementów oceny podczas Przeglądu WSZJiB. Cele jakościowe stanowią załącznik nr 2 do WSZJiB.

Główne cele jakości określone w Przychodni, to:

1. Badanie potrzeb i poziomu satysfakcji pacjentów
2. Zwiększenie zakresu zakontraktowanych usług medycznych
3. Pozyskanie nowych klientów
4. Doposażenie Przychodni w sprzęt specjalistyczny
5. Zwiększenie dostępności do opieki lekarskiej i pielęgniarskiej
6. Wdrożenie Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem zgodnie z wymaganiami Normy PN-EN IS 9001 oraz Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta i uzyskanie certyfikacji

6.2.2


Cele są realizowane między innymi przez:

- Świadczenie usług medycznych w oparciu o wymagania określone w normie PN-EN ISO 9001, ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta i przepisach zewnętrznych, przy uwzględnieniu zidentyfikowanego ryzyka i szans
- Zapewnienie wysokiego poziomu usług medycznych z uwzględnieniem dostępnych nowoczesnych metod diagnostyczno-terapeutycznych, spełniających wymagania i oczekiwania pacjentów
- Dążenie do umacniania zaufania pacjentów poprzez przestrzeganie praw pacjenta i kultury pracy oraz zachowanie bezpieczeństwa danych osobowych
- Systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu oraz pozyskiwanie kadry z zewnątrz
- Podnoszenie jakości w zakresie infrastruktury i wyposażenia w specjalistyczny sprzęt medyczny
- Dbanie o środowisko, zapobieganie i zmniejszanie zanieczyszczeń poprzez prowadzenie racjonalnej gospodarki materiałowej, stały monitoring zużycia mediów i wytwarzanych odpadów, zwłaszcza odpadów medycznych
- Zapewnienie pracownikom optymalnych warunków środowiska pracy

6.3 Planowanie zmian

WSZJiB zaplanowano w oparciu o potrzeby, wymagania i oczekiwania pacjentów oraz wszystkich zainteresowanych. Na tej podstawie określono Politykę i Cele Jakości, które są monitorowane i oceniane.

Procesy realizujące potrzeby klientów zostały udokumentowane i zarządzają nimi właściciele procesów. Właściciele procesów przeprowadzają minimum raz do roku ocenę skuteczności procesów, monitorują ryzyka i szanse i przygotowują propozycje w zakresie doskonalenia procesów. Pełnomocnik ds. SZJiB przeprowadza raz w roku (co 12 miesięcy) Przegląd

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 15/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

WSZJiB. Szczegółowy opis zawarty jest w karcie procesu PZ2 „Przeгляд Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem”.

7. WSPARCIE

7.1 Zasoby

Zarządzanie zasobami ma na celu zaspokojenie potrzeb Przychodni w zakresie zasobów: ludzkich, infrastruktury, środowiska pracy i finansowych, potrzebnych do:

- utrzymania i doskonalenia skuteczności wdrożonego WSZJiB,
- zwiększania zadowolenia klientów oraz wszystkich stron zainteresowanych poprzez spełnianie ich wymagań w zakresie świadczonych usług.

7.1.1 Postanowienia ogólne

Przychodnia zapewnia zasoby potrzebne do wdrożenia i utrzymywania systemu, ciągłego doskonalenia jego skuteczności oraz do zwiększania zadowolenia klienta przez spełnienie jego wymagań.

Spełnianie wymagań klientów możliwe jest dzięki zapewnianiu środków na rozpoznawanie ich potrzeb i oczekiwań, oraz na realizowanie możliwych do wprowadzenia rozwiązań.

7.1.2 Ludzie

Kierownictwo Przychodni powołało Pełnomocnika ds. SZJiB, który jest odpowiedzialny za WSZJiB. Kierownictwo podjęło współpracę z podmiotem zewnętrznym w celu wdrożenia WSZJiB oraz przeprowadzania auditów wewnętrznych. Kierownictwo zapewniło środki na szkolenia dla personelu w zakresie wdrożonego WSZJiB.

7.1.3 Infrastruktura

Do podstawowej infrastruktury Przychodni należą pomieszczenia, w których funkcjonuje Przychodnia, instalacje oraz wyposażenie spełniające wymogi obowiązujących przepisów prawa oraz wymagania producenta.

Urządzenia medyczne posiadają założone Paszporty Techniczne. Urządzenia, które tego wymagają, posiadają świadectwa legalizacji.

Za nadzór nad dokumentacją budynków, instalacji i urządzeń, w tym za planowanie okresowych przeglądów odpowiedzialny jest Kierownik.

Remonty i naprawy prowadzi się w oparciu o wyniki przeglądów, bądź w następstwie zgłaszanych awarii.

W przypadku wystąpienia awarii personel bezzwłocznie powiadamia kierownika oraz oznacza niesprawny sprzęt/aparaturę tabliczką informacyjną „UWAGA AWARIA LUB NAPRAWA - NIE URUCHAMIAĆ, NIE WŁĄCZAĆ”


Nadzór nad zainstalowanym w Przychodni sprzętem komputerowym i oprogramowaniem sprawuje Informatyk.

7.1.4 Środowisko funkcjonowania procesów/środowisko pracy

Warunki środowiska pracy wpływają pozytywnie na bieżącą realizację procesów, warunki udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjentom oraz warunki pracy personelu.

Przychodnia zapewnia odpowiednie warunki pracy wypełniając ustawowe wymagania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony zdrowia pracowników.

Przychodnia współpracuje z podmiotem zewnętrznym w zakresie bhp, którego zadaniem jest nadzorowanie zgodności środowiska pracy z wymaganiami przepisów oraz kontrolowanie

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 16/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

warunków pracy. W Przychodni funkcjonuje Poradnia Medycyny Pracy, w której przeprowadzane są okresowe badania pracowników.

W Przychodni wdrożona została Procedura „Zapewnienie ochrony przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi”, Procedura „Postępowanie po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał mogący przenosić zakażenie HIV, HCV, i inne czynniki szerzące się drogą krwi” oraz Procedura „Postępowanie z odpadami medycznymi”. Ponadto przeprowadzona została analiza ryzyka zawodowego z uwzględnieniem zagrożeń epidemiologicznych w tym pandemii, technicznych oraz kontaktu z substancjami niebezpiecznymi.

7.1.5 Zasoby do monitorowania i pomiarów

7.1.5.1 Postanowienia ogólne

Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w Przychodni oraz w miejscu zamieszkania pacjenta oraz dokonuje się monitorowania i pomiarów odpowiednich parametrów stanu pacjenta oraz środowiska, w którym przebywa.

7.1.5.2 Spójność pomiarowa /identyfikowalność pomiarów

Bezpośredni nadzór nad wyposażeniem do monitorowania i pomiarów sprawuje kierownik, lekarze oraz pielęgniarki/położne udzielające świadczeń zdrowotnych.

Wyposażenie poddawane jest kontrolom wewnętrznym i zewnętrznym, przeprowadzanym w określonych terminach lub według potrzeby.

7.1.6 Wiedza organizacji

Utrzymywanie i aktualizacja wiedzy i doświadczenia personelu jest wspierane poprzez szkolenia, konferencje, wymianę doświadczeń, zasięganie opinii i konsultacji. Wiedza w postaci dokumentów, instrukcji, procedur oraz wybranych materiałów szkoleniowych i prezentacji jest gromadzona na dysku wspólnym, do którego dostęp ma personel. Szkolenia przeprowadzane są w oparciu o Plan szkoleń (formularz FJ8) sporządzany na dany rok przez kierownika Przychodni. Z każdego szkolenia wewnętrznego sporządzana jest lista obecności (formularz FJ9). Natomiast informacja o realizacji szkoleń za dany rok znajduje się w Rejestrze szkoleń za dany rok (formularz FJ10).


7.2 Kompetencje

Personel Przychodni posiada odpowiednie kwalifikacje do wykonywania powierzonych im zadań. Kwalifikacje, uprawnienia i odpowiedzialności pracowników uregulowane są w ustawach o zawodach medycznych i rozporządzeniach resortowych oraz innych przepisach regulujących wykonywanie zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Corocznie określane są potrzeby szkoleniowe, w wyniku czego planowane i organizowane są szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne dla personelu.

Przychodnia zapewnia środki na szkolenia niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług. Ocenę skuteczności szkoleń na bieżąco dokonuje kierownik.

7.3 Świadomość

Personel Przychodni jest świadomy wymagań WSZJiB, zwłaszcza w zakresie znajomości: Polityki Jakości, celów jakości oraz postępowanie w przypadku stwierdzenia niezgodności lub zdarzenia niepożądanego.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 17/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

7.4 Komunikacja

Kierownictwo przychodni ustanowiło i wdrożyło właściwe procesy komunikacyjne. Komunikacja wewnętrzna funkcjonuje głównie na zasadzie przekazywania odpowiednich informacji pomiędzy określonymi procesami, jako połączenie odpowiednich wyjść i wejść procesów. Komunikacja odbywa się poprzez pocztę elektroniczną, system medyczny, dysk wspólny, spotkania bądź za pomocą tradycyjnych metod, czyli w formie ustnej lub pisemnej.

7.5 Udokumentowane informacje

7.5.1 Postanowienia ogólne

Dokumentacja Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem obejmuje:

- Księgę Jakości, zawierającą min.: Politykę Jakości i Cele Jakości, mapę procesów,
- Procedury i formularze,
- Karty Procesów.

Działania w poszczególnych obszarach WSZJiB są dokumentowane odpowiednimi zapisami prowadzonymi przez personel, a w szczególności zapisami w dokumentacji medycznej. Podstawowym zbiorem zapisów w procesach świadczenia usługi medycznej są zapisy w Historii Zdrowia i Choroby, Karta uodpornienia, Karta badania profilaktycznego i innych dokumentach. Dokumentacja prowadzona jest w formie elektronicznej oraz w przypadku określonych rodzajów dokumentów, w papierowej.

7.5.2 Opracowywanie i aktualizowanie

Zasady tworzenia, identyfikacji, opisu i formatu zapisów w dokumentacji oraz sposoby i czas archiwizacji ustalono zgodnie z obowiązującymi przepisami.


7.5.3 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami

7.5.3.1 Przychodnia nadzoruje następującą dokumentację i dane:

- akty prawne zewnętrzne (ustawy, rozporządzenia)
- dokumenty organizacyjne (wpisy do rejestrów, statut, schemat organizacyjny, regulamin)
- dokumenty WSZJiB,
- szczegółowe opisy stanowisk pracy,
- dokumentację techniczną i infrastruktury,
- umowy z klientami,
- dokumentację statystyczną,
- dokumentację finansową,
- dokumentację medyczną.

Przychodnia nadzoruje zapisy:

- z Przeglądu WSZJiB,
- dotyczące wykształcenia, szkoleń, umiejętności i doświadczenia personelu
- z planowania i realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych (w dokumentacji medycznej),
- z walidacji
- z postępowania z własnością klienta,
- zapewniające identyfikację i identyfikowalność,
- z doboru i oceny dostawców,

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 18/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

- dotyczące sprzętu medycznego, infrastruktury, urządzeń technicznych i wyposażenia
- z auditów wewnętrznych, w tym ze stwierdzonych niezgodności,
- z przeprowadzonych działań korygujących, naprawczych, zapobiegawczych i doskonalących.

7.5.3.2 Wszystkie dokumenty stosowane w Przychodni są uprzednio analizowane i zatwierdzone, a personel ma stały dostęp do odpowiednich dokumentów.

Każdy pracownik Przychodni ma prawo wnioskować o zmianę treści dokumentu WSZJiB. Wniosek w formie ustnej lub pisemnej powinien być skierowany do Pełnomocnika ds. SZJiB. W przypadku uznania propozycji zmiany za zasadną Pełnomocnik ds. SZJiB dokonuje zmiany w dokumentacji.

Zaktualizowany dokument ma nadany kolejny nr wydania.

Personel ma dostęp do aktualnych dokumentów na dysku wspólnym.

8. DZIAŁANIA OPERACYJNE/REALIZACJA WYROBU

8.1 Planowanie operacyjne i kontrolne/planowanie realizacji usługi

W celu zwiększenia skuteczności i efektywności działania w roku 2024 właściciele Przychodni Clinika podjęli decyzję o wdrożeniu Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem zgodnie z wymaganiami Normy PN-EN ISO 9001:2015 oraz Ustawy z dnia 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, opartego o procesowe podejście do zarządzania, rozumiane jako skoncentrowanie działalności na realizowanych procesach, w których dostarczane są usługi medyczne.


Koncentracja na procesach ma doprowadzić do zmiany obecnej funkcjonalnej struktury organizacyjnej w strukturę procesową, do ich dalszego ciągłego doskonalenia, poprawy skuteczności i efektywności działania oraz do wzrostu satysfakcji jego klientów.

Przeanalizowano wykonywane usługi oraz ich „cykle życiowe” i na tej podstawie zidentyfikowano procesy główne, tj. takie, w których następuje dostarczanie wartości dodanej klientom, procesy zarządcze oraz zlecane na zewnątrz.

Obecnie zidentyfikowano 3 procesy główne, 2 procesy zarządczych i 1 proces zlecany na zewnątrz. Procesy i ich powiązania przedstawiono na Mapie Procesów. Każdy z procesów został szczegółowo opisany w Kartach procesów, które stanowią załączniki do WSZJiB.

Standardy, jakie mają spełniać świadczone usługi określono w oparciu o analizę potrzeb, wymagań i oczekiwań klientów, uwzględniając wymagania sztuki medycznej, postanowienia przepisów a także analizę działania konkurencji. Potrzeby, wymagania i oczekiwania klientów przekształcono w cele, jakie Przychodnia ma realizować w zidentyfikowanych procesach. Określono również potrzeby biznesowe Przychodni, które są realizowane w zidentyfikowanych procesach. Celom poszczególnych procesów nadano odpowiednie mierniki i kryteria realizacji. Mierzalność celów jest dla Przychodni kryterium zasadniczym, umożliwiającym zarządzanie procesami i ich dalsze doskonalenie. W każdym procesie zidentyfikowano i oszacowana ryzyka, które są monitorowane w celu ograniczenia negatywnych skutków. W procedurach wewnętrznych zawarto wymagania dotyczące monitorowania, pomiarów, weryfikacji, kontroli i badań, mających potwierdzić zgodność usługi z wymaganiami, w tym badań końcowych. Zapisy potwierdzające spełnienie lub niespełnienie wymagań, zawarte są w odpowiedniej dokumentacji medycznej.

Odpowiedzialni za procesy podejmują odpowiednie działania, aby zapewnić osiągnięcie wyznaczonych celów procesów. Wyniki obrazujące osiągnięcie tych celów są regularnie analizowane i prezentowane.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 19/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

Co najmniej raz w roku są prowadzone oceny skuteczności i efektywności procesów. Wyniki tych ocen wykorzystywane są do podejmowania działań doskonalących procesy.

8.2 Wymagania dotyczące wyrobów i usług/procesy związane z klientem

8.2.1 Komunikacja z klientem

Komunikacja bezpośrednia z klientem realizowana jest przez personel w kontaktach interpersonalnych (informowanie o stanie zdrowia i przebiegu leczenia, edukacja zdrowotna, organizacja pracy i zakres usług). Komunikacja pośrednia realizowana jest przez: bezpośrednio przez kontakt osobisty, stronę internetową, korespondencję oraz tablice ogłoszeń. Komunikacja ma na celu poinformowanie klienta o możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych oraz oferowanych usługach.

W Przychodni prowadzona jest również ankieta satysfakcji pacjenta/klienta, której wyniki wykorzystywane są do bieżącej oceny jakości usług oraz ich doskonalenia.

Pacjenci Przychodni lub ich prawni opiekunowie wyrażają pisemną zgodę na planowane postępowanie diagnostyczne lub/i terapeutyczne przy wykorzystaniu zatwierdzonych formularzy zgód.

8.2.2 Określenie wymagań dotyczących usług

Przychodnia dostosowała warunki świadczenia usług i ich zakres do wymagań:

- ustawowych (o działalności leczniczej, o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o zawodach medycznych, ubezpieczeniu, prawie budowlanym) i innych przepisów dotyczących ochrony zdrowia,
- zdefiniowanych w umowach z NFZ i innymi płatnikami,
- potrzeb i oczekiwań klientów zgłaszanych personelowi oraz w ankietach badających satysfakcję pacjenta/klienta,
- osiągnięć i wytycznych współczesnej medycyny.

8.2.3 Przegląd wymagań dotyczących wyrobów i usług

Przychodnia analizuje potrzeby, wymagania i oczekiwania pacjenta/klienta/płatnika oraz określa własne zdolności do ich spełnienia. Rozbieżności pomiędzy stronami są wyjaśniane i usuwane zgodnie z możliwościami realizacji usługi przez Przychodnię.


Przychodnia przechowuje i archiwizuje dokumentację dotyczącą i uwzględniającą wymagania i oczekiwania klientów, oraz dokumentację wprowadzanych zmian i działań doskonalących zgodnie z przyjętymi zasadami i obowiązującymi przepisami prawa.

8.2.4 Zmiany wymagań dla wyrobów i usług

Zmiany sposobu udzielania świadczenia oraz wymagania, jakiemu powinno odpowiadać udzielanie konkretnego świadczenia medycznego są wprowadzane zgodnie z zapisami aktów prawnych oraz wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i innych płatników.

8.3 Projektowanie i rozwój wyrobów i usług

W Przychodni nie projektuje się nowych typów usług medycznych, w związku, z czym wyłączono realizację wymagania punktu 8.3 Normy PN-EN ISO 9001:2015 z obowiązującego SZJiB. Wyłączenie procesu projektowania usług nie wpływa na zdolność organizacji do dostarczania usług, które spełniają wymagania klienta oraz wymagania mających zastosowanie przepisów, łącznie z odpowiedzialnością organizacji.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 20/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

8.4 Nadzór nad procesami, wyrobami i usługami wyprowadzonymi na zewnątrz

Przychodnia dokonuje zakupu wyrobów/usług u dostawców, którzy wpisani są do „Rejestru/Oceny dostawców” (formularz FJ3) i uzyskali najlepsze oceny.

Zakupione wyroby po dostawie są sprawdzane przez kierownika lub upoważnionego pracownika pod względem ilościowym i jakościowym, na zgodność z zamówieniem i przekazywane do poszczególnych gabinetów.

Wyroby wadliwe lub niezgodne z zamówieniem są oznakowane i składowane w wydzielonym miejscu i nie są używane do czasu ich wymiany lub nie zostają przyjęte i podlegają zwrotowi do dostawcy.

Weryfikacja usług jest dokonywana w oparciu o zapisy jakości dokumentujące ich wykonanie oraz na podstawie opinii wydawanej przez obsługiwane jednostki.

W przypadku gdy Przychodnia zleca na zewnątrz realizację jakiegokolwiek usługi, która ma wpływ na zgodność usługi z wymaganiami, wówczas w informacji dotyczącej zakupów, kierownik w zamówieniu podaje odpowiednie ustalenia dotyczące weryfikacji i metodę zwalniania.

8.4.1 Postanowienia ogólne/proces zakupów

Przychodnia szczegółowo określa wymagania dotyczące kupowanych wyrobów i usług.

Dla dostawców wyrobów gotowych oraz usług medycznych i niemedycechnych prowadzony jest Rejestr / Ocena Dostawców.

Za dokonywanie zakupów i nadzór nad dostawcami odpowiedzialny jest kierownik.

8.4.2 Typ i zakres nadzoru/weryfikacja zakupionego towaru

Po dostawie zamówionego wyrobu/towaru kierownik dokonuje oceny dostawy zgodnie z przyjętymi kryteriami. Kwalifikowanie personelu medycznego – dostawców usług medycznych dokonuje kierownik na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej, przedstawionych referencji i kwalifikacji zawodowych.

8.4.3 Informacje dla usługodawców zewnętrznych

Dokumenty dotyczące zakupów zawierają wszystkie potrzebne dane, a kupowany wyrób jest w każdym przypadku oceniany według obowiązujących kryteriów.

8.5 Dostarczanie usług


Dostarczanie usługi prowadzone jest w Przychodni w warunkach nadzorowanych i jest realizowane przez kompetentny i wyszkolony personel, przy użyciu właściwego sprzętu oraz wyposażenia do monitorowania i pomiarów na zasadach opisanych w procesach. Wykaz procesów oraz powiązań między nimi przedstawiono w mapie procesów – pkt.4.4.1

8.5.1 Nadzór nad produkcją i dostarczaniem usług

Przychodnia nadzoruje procesy rozliczeń z klientami w oparciu o wymagania ustawowe i inne przepisy prawne oraz wcześniejsze ustalenia z klientami.

Przychodnia planuje dostarczanie usług medycznych w oparciu o:

- umowy zawarte z płatnikami,
- popyt na usługi świadczone przez Przychodnię,
- plany przyjęć,
- listy oczekujących,
- dostępność personelu,
- bieżącą sytuację finansową.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 21/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

Przychodnia nadzoruje dostarczanie usług medycznych przez:

- nadzorowanie wszystkich procesów,
- wczesne informowanie pacjenta bądź przedstawiciela ustawowego/faktycznego opiekuna o możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych,
- zapewnienie odpowiednich procedur i instrukcji,
- stosowanie właściwego wyposażenia do realizacji usług,
- prowadzenie właściwego monitorowania i pomiarów podczas realizacji usług.

W celu zapewnienia, że dany pacjent zostanie poddany odpowiednim procedurom medycznym w Przychodni określono i wprowadzono w życie właściwe zasady postępowania. Pacjenci bądź przedstawiciele ustawowi/faktyczni opiekunowie informowani są o wszystkich etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego i uczestniczą w nim w sposób świadomy. Dokumentacja medyczna, powstająca podczas realizacji usługi, zabezpieczana jest przed dostępem osób nieupoważnionych.

Leki przechowywane są w zamkniętych szafach, do których dostęp mają tylko uprawnione osoby. Daty ważności leków sprawdzane są okresowo i każdorazowo przed podaniem pacjentowi. Szeroko rozumiane środki medyczne oraz dezynfekcyjne poddawane są kontroli przy dostawie oraz przed użyciem.

Materiał do badań laboratoryjnych jest odpowiednio pobierany i zabezpieczony we właściwy sposób zgodnie z wytycznymi uzgodnionymi z podmiotem zewnętrznym świadczącym usługi laboratoryjne.

Sprzęt służący do realizacji usługi medycznej podlega kontroli zgodnie, która gwarantuje, że używane są tylko w pełni sprawne urządzenia. Urządzenia niesprawne lub nie nadające się w danym momencie do użycia są czytelnie oznakowywane. W Przychodni prowadzony jest „Wykaz nadzorowanych urządzeń technicznych i do pomiarów”, który stanowi formularz FJ 4. Warunki pobytu pacjentów w Przychodni są zgodne z wymaganiami medycznymi i sanitarno-epidemiologicznymi.

Pacjenci diagnozowani w pracowni diagnostycznej pozostają pod opieką pracownika medycznego (lekarz, pielęgniarka) do momentu zakończenia badań.

W warunkach pandemii czas, rodzaj i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych jak również organizacja funkcjonowania Przychodni uzależnione są od decyzji organów administracji rządowej i samorządowej. W okresie tym obowiązują procedury, instrukcje uwzględniające zagrożenie epidemiologiczne.

8.5.2 Identyfikacja i indentyfikowalność

Plan postępowania medycznego dla danego pacjenta identyfikowany jest na podstawie zapisów w indywidualnej dokumentacji medycznej (Historia Zdrowia i Choroby).


Pacjenci Przychodni są identyfikowani na podstawie:

- zapisów w dokumentacji medycznej indywidualnej (Historia Zdrowia i Choroby) i dokumentacji medycznej zbiorczej,

Identyfikacja pacjentów uprzednio objętych opieką Przychodni jest zapewniona dzięki informacjom zapisanym w komputerowej bazie danych oraz archiwizowaniu dokumentacji medycznej.

Identyfikacja statusu pacjenta jest zapewniana przez system profesjonalnych badań i potwierdzona jest właściwymi zapisami w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej.

Identyfikacja materiału biologicznego pobranego od pacjenta i przesyłanego do badania laboratoryjnego zapewniona jest poprzez oznakowywanie wszystkich pojemników

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 22/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

zawierających materiał przeznaczony do badań unikalnym kodem paskowym, lub imieniem i nazwiskiem pacjenta wraz z nr PESEL. Identyczne dane znajdują się na skierowaniu.

Personel dokonuje autoryzowanych wpisów w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej, co zapewnia identyfikację osób, które świadczyły usługę medyczną.

Identyfikowalność w Przychodni zapewniona jest przez zapisy identyfikujące przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i jego wyniku u poszczególnych pacjentów.

8.5.3 Własność klienta i zewnętrznych usługodawców

Własność klienta jest odpowiednio identyfikowana, weryfikowana i zabezpieczana. Przedmioty będące własnością klienta są składowane w wydzielonym miejscu oraz nadzorowane przez kierownika.

8.5.4 Zabezpieczenie

W Przychodni stosuje się postępowanie mające na celu zabezpieczenie pacjenta przed pogorszeniem stanu jego zdrowia z winy Przychodni. Są to:

- świadczenie usługi medycznej zgodnie z obowiązującymi standardami sztuki medycznej i odpowiednimi przepisami.
- zapewnienie warunków spełniających wymagania sanitarno-epidemiologiczne
- nadzór nad ochroną danych osobowych pacjenta poprzez:
 - system komputerowy z ograniczonym dostępem
 - nadzór nad indywidualną dokumentacją medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
 - zapisami i wymaganiami Rozporządzenia RODO

8.5.5 Działania po dostawie


Pacjenci otrzymują po zakończeniu świadczenia opis porady/zalecenia/wynik oraz jeżeli jest taka potrzeba e-receptę/e-skierowanie. Każdy pacjent otrzymuje informację o podjętym działaniu, zastosowanych wyrobach, wskazówki dotyczące dalszego postępowania, oraz zostaje wyedukowany w zakresie dla niego niezbędnym. Ocena skuteczności usług zostaje dokonana na podstawie ankiet satysfakcji, opinii, oceny przebiegu procesu udzielania świadczeń.

8.5.6 Nadzór nad zmianami

W zakresie procedur medycznych ustalone są sposoby mierzenia i monitorowania, które prowadzone są w trakcie świadczenia usługi. Ustalone są kryteria, które powinny być spełnione. Wyznaczone osoby są uprawnione do podejmowania decyzji dotyczących zakończenia usługi. Właściwe zapisy prowadzone są w indywidualnej dokumentacji medycznej.

8.6 Zwolnienie wyrobów i usług

O sposobie leczenia i jego zakończeniu decyduje lekarz/pielęgniarka/położna nadzorujący przebieg udzielania świadczenia zdrowotnego. Decyzję podejmują na podstawie własnej wiedzy, kompetencji oraz wyników skuteczności procesu diagnostyki/porady/leczenia. Fakt zakończenia udzielania świadczenia jest potwierdzony poprzez wydanie opis porady/zalecenia/wynik oraz jeżeli jest taka potrzeba e-receptę/e-skierowanie. Pacjent ma prawo do rezygnacji z udzielenia mu świadczenia zdrowotnego, fakt taki zostaje potwierdzony wpisem przez pacjenta i lekarza prowadzącego w dokumentacji medycznej.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 23/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

8.7 Nadzór nad wyjściami niezgodnymi

Działalność Przychodni ukierunkowana jest na świadczenie usług na najwyższym poziomie. Do najistotniejszych elementów takiego podejścia należą:

- zapewnienie odpowiedniej liczby personelu,
- zatrudnianie personelu o odpowiednio wysokich kwalifikacjach zawodowych
- stosowanie możliwie najwyższej klasy sprzętu, urządzeń i materiałów
- ciągłe szkolenie personelu
- systematyczna analiza wszystkich aspektów działalności Przychodni.

Pomimo tego, w trakcie realizacji usługi medycznej mogą zdarzyć się przypadki niedotrzymania warunków umowy, błędy w sztuce medycznej, zdarzenia niepożądane oraz błędy w zapisach wyników badań diagnostycznych i inne sytuacje mające wpływ na jakość i skuteczność usługi medycznej.

Przy podejrzeniu popełnienia błędu w sztuce medycznej, zdarzenia niepożądanego lub braku skuteczności udzielonego świadczenia przypadek podlega indywidualnej, szczegółowej analizie przez zespół powołany każdorazowo przez Kierownika.

9. OCENA EFEKTÓW DZIAŁANIA

9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena.

9.1.1 Postanowienia ogólne

Przychodnia mierzy i monitoruje procesy realizacji usług oraz osiągnięcie zaplanowanych celów, a w szczególności:


- mierzy i monitoruje stan pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych
- mierzy skuteczność zidentyfikowanych procesów i realizacji przyjętych celów
- ocenia skuteczność WSZJiB w trakcie auditów wewnętrznych
- mierzy zadowolenie pacjentów
- analizuje wyniki pomiarów i monitorowania w celu doskonalenia procesów WSZJiB.

W celu nadzorowania zdolności procesów do osiągnięcia zaplanowanych wyników Przychodnia stosuje odpowiednie metody monitorowania realizacji procesów po to, aby ocenić ich funkcjonowanie, zdolność do realizowania potrzeb klientów i pacjentów, a także potrzeb własnych Przychodni.

Pomiary i monitorowanie procesów obejmują m.in. zagadnienia dotyczące realizacji wykonania kontraktu z NFZ, diagnozowania i leczenia, a także postrzegania przez pacjentów i klientów przebiegu realizacji świadczonych usług.

Zdolność procesów do dostarczania zaplanowanych wyników jest monitorowana oraz mierzona przez właścicieli procesów na podstawie analiz prowadzonych działań oraz przyjętych miar i kryteriów skuteczności / efektywności procesów.

W przypadku, gdy zaplanowane wyniki nie są osiągnięte, przeprowadzana jest analiza przyczyn zaistniałej sytuacji i podejmowane są działania korygujące i/lub działania doskonalące. Analizy przyczyn dokonuje właściciel danego procesu wraz z Pełnomocnikiem ds. SZJiB. Wyniki monitorowania i pomiarów procesów stanowią dane wejściowe do Przegląd WSZJiB.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 24/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

9.1.2 Zadowolenie klienta

W Przychodni monitorowany jest stopień zadowolenia klientów i pacjentów ze świadczonych usług. Źródłem informacji o oczekiwaniach pacjentów, stopniu ich spełnienia oraz ocenie działalności są:

- opinie umieszczane w segregatorze skarg i opinii
- wyniki ankiet satysfakcji pacjentów
- listy i reklamacje pisemne
- informacje ukazujące się w mediach

Informacje te są regularnie analizowane przez Kierownika oraz Pełnomocnika ds. SZJiB. Wyniki analiz są na bieżąco omawiane z pracownikami. Analizy te są podstawą do wdrożenia działań korygujących. Służą one doskonaleniu pracy, uwzględniając stale rosnące oczekiwania pacjentów.

9.1.3 Analiza i ocena

W Przychodni zbiera i analizuje się dane pozwalające ocenić przydatność i skuteczność WSZJiB, jak również ocenić jego efektywność i wskazać możliwości doskonalenia. Uwzględnia się dane dotyczące działalności Przychodni i funkcjonowania procesów, dane monitorowania świadczonych usług, dane z auditów wewnętrznych i zewnętrznych oraz dane z pomiarów zadowolenia pacjentów i klientów oraz ocenę dostawców.

W zakresie działalności Przychodni analizuje się statystyczne dane medyczne i dane finansowe. Analizę danych finansowych prowadzi na bieżąco Kierownik Przychodni.

Analiza danych dotyczących satysfakcji różnych grup klientów służy do identyfikowania obszarów wymagających przeorganizowania lub wprowadzenia udoskonaleń.

Pracownicy na bieżąco przeprowadzają analizy medyczne, których wyniki służą do podejmowania adekwatnych decyzji i stanowią dane wejściowe do Przeglądu WSZJiB.

9.2 Audyt wewnętrzny

9.2.1 W Przychodni przeprowadzane są planowe audyty wewnętrzne obszarów oraz procesów w celu określenia czy WSZJiB jest zgodny z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015, przepisami ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta oraz przyjętymi ustaleniami dotyczącymi realizowanych usług oraz w celu znajdowania nowych możliwości doskonalenia WSZJiB.

9.2.2. Audyty planowe odbywają się wg przyjętego Programu auditów. W sytuacjach szczególnych mogą być wykonywane celowe audyty pozaplanowe. Program auditów stanowi formularz FJ 5.

Audyty prowadzone są przez konsultanta zewnętrznego, który posiada kwalifikacje i uprawnienia.


9.3 Przegląd zarządzania

9.3.1 Postanowienia ogólne

Kierownictwo Przychodni dokonuje, co najmniej raz na 12 miesięcy analizy przeglądu WSZJiB w celu zapewnienia jego stałej przydatności, adekwatności i skuteczności.

9.3.2 Dane wejściowe do przeglądu zarządzania

Zakres przeglądu zarządzania obejmuje następujące dane wejściowe:

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 25/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

- ocena realizacji i adekwatności polityki oraz celów jakości w okresie objętym Przeglądem WSZJiB,
- ocena realizacji ustaleń z poprzedniego Przeglądu WSZJiB,
- wyniki auditów wewnętrznych oraz ocenę skuteczności podejmowanych działań korygujących, zapobiegawczych i działań doskonalących,
- ocena skuteczności i efektywności procesów w osiągnięciu wyznaczonych celów oraz propozycje dotyczące ich doskonalenia,
- ocena aktualności, adekwatności procedur i instrukcji,
- propozycje dotyczące doskonalenia,
- informacje zwrotne od pacjentów/klientów,
- zmiany mogące mieć wpływ na WSZJiB,
- działania uwzględniające ryzyka i szanse,
- analizę zasobów,
- ocena dostawców.

9.3.3 Dane wyjściowe z przeglądu zarządzania

Zakres przeglądu zarządzania dotyczący danych wyjściowych obejmuje wszelkie decyzje i działania związane z:

- polityką oraz celami jakości na nadchodzący rok
- zadaniami do realizacji w nadchodzącym roku dotyczące: celów jakości, doskonalenia WSZJiB, doskonalenia procesów
- doskonaleniem usług w powiązaniu z wymaganiami klienta
- decyzjami dotyczącymi potrzeb, infrastruktury, personelu, środowiska pracy oraz zasobów
- oceną aktualności dokumentacji WSZJiB.

Z Przeglądu zarządzania pełnomocnik ds. SZJiB sporządza raport, który przedstawia kierownictwu.

10. DOSKONALENIE

10.1 Postanowienia ogólne


Polityka Jakości i Cele dotyczące jakości zobowiązują Przychodnię do ciągłego doskonalenia WSZJiB i oferowania usług zapewniających coraz większą satysfakcję klientów. Przychodnia wdrożyła procesowe podejście do zarządzania jakością, aby skuteczniej i efektywniej realizować określone cele w zakresie zarządzania oparte na zidentyfikowanych potrzebach, wymaganiach i oczekiwaniach oraz zapewniać większe zadowolenie jego klientów.

10.2 Niezgodności oraz działania korygujące

W przypadku stwierdzenia niezgodności z obowiązującym w Przychodni WSZJiB lub wykrycia sytuacji niepożądaney podejmowane są działania zgodnie z rozdziałem II.

10.3 Doskonalenie

Wprowadzona ocena skuteczności i efektywności procesów oraz nieodłączne podejmowanie działań w formie działań korygujących lub doskonalących ukierunkowuje WSZJiB na ciągłe jego doskonalenie. Regularnie prowadzone audyty wewnętrzne procesów stanowią pomoc we wskazywaniu obszarów, w których możliwe lub konieczne jest doskonalenie. Pełnomocnik ds. SZJiB w sposób ciągły monitoruje przebieg procesów, modyfikuje je i udoskonala. Doskonalenie procesów jest wspomagane przez ciągłe podnoszenie

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 26/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

kwalifikacji personelu, wprowadzanie nowych procedur, realizację kolejnych inwestycji remontowo – sprzętowych, a także zaangażowanie pracowników.

Działania zapobiegawcze i doskonalące wprowadzane są po stwierdzeniu potrzeby udoskonalenia istniejącego WSZJiB.

W ramach prowadzonego procesowego podejścia do zarządzania jakością analizuje się wszelkie możliwe ryzyko w procesach, które może spowodować, że cele procesów, w tym zadowolenie klienta, nie zostaną osiągnięte.

II. NADZÓR NAD WYJŚCIAMI NIEZGODNYMI I ZDARZENIAMI NIEPOŻĄDANYMI

1. NADZÓR NAD NIEZGODNOŚCIAMI

Niezgodność – niespełnienie wymagań; w kontekście zarządzania jakością niezgodność oznacza, że usługa, proces nie spełnia określonych standardów, przepisów, wymagań, które zostały zdefiniowane przez organizację lub instytucje zewnętrzne.

W przypadku stwierdzenia niezgodności z obowiązującym w Przychodni WSZJiB lub wykrycia sytuacji niepożądanego podejmowane są działania korygujące. Mają one na celu wyeliminowanie przyczyny wykrytej niezgodności lub sytuacji niepożądanego i niedopuszczenie do ponownego jej wystąpienia.


Działania korygujące realizowane są w możliwie najkrótszym czasie przez właściwe osoby.

1.1 Tryb postępowania z usługą niezgodną i sytuacją niepożądaną zgłaszaną przez pacjenta / klienta

- W przypadku zgłoszenia przez klienta lub pacjenta niepożądanego zdarzenia lub niezgodności w procesie, właściciel procesu lub pracownik bezzwłocznie podejmuje działania naprawcze, o ile jest to możliwe.
- Jeśli nie jest to możliwe, wówczas właściciel procesu lub pracownik informuje Kierownictwo. Kierownik analizuje sytuację i podejmuje decyzję co do sposobu usunięcia niezgodności lub sytuacji niepożądanego i terminu wykonania, informując o tym pacjenta lub klienta.
- Pełnomocnik ds. SZJiB ocenia skuteczność wdrożonych działań naprawczych.

1.2 Tryb postępowania z pozostałymi niezgodnościami i sytuacjami niepożądanymi w procesach

- Właściciel procesu analizuje sytuację, w której wystąpiła niezgodność lub niepożądana sytuacja.
- Właściciel procesu przedstawia Kierownikowi propozycję dotyczącą:
 - sposobu usunięcia niezgodności lub niepożądanego sytuacji;
 - uniemożliwienia dalszego postępowania;
- Kierownik podejmuje decyzję w zakresie rodzaju i zakresu wdrożonych działań naprawczych oraz wyznacza osobę odpowiedzialną za sprawdzenie skuteczności wdrożonych działań.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 27/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

1.3 Tryb postępowania z niezgodnościami stwierdzonymi podczas auditu wewnętrznego

W przypadku twierdzenia niezgodności podczas auditu, auditor wystawia Kartę niezgodności/wymaganie działań korygujących lub zapobiegawczych, którą przekazuje właścicielowi procesu w celu określenia działań korygujących i/lub zapobiegawczych, terminu ich wdrożenia oraz osób odpowiedzialnych.

Auditor omawia stwierdzoną niezgodność/niezgodności z Pełnomocnikiem ds. SZJiB.

1.3 Udokumentowanie niezgodności oraz podjętych działań korygujących lub zapobiegawczych

Każdorazowo, w przypadku stwierdzenia niezgodności, osoba, która ją stwierdziła zobowiązana jest wystawić Kartę niezgodności/wymaganie działań korygujących lub zapobiegawczych, która stanowi formularz FJ 6.

2. NADZÓR NAD ZDARZENIAMI NIEPOŻĄDANYMI, MONITOROWANIE I IDENTYFIKOWANIE RYZYK MOŻLIWOŚCI ICH WYSTĄPIENIA

Zdarzenie niepożądane (definicja wg ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta) - 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.

Sytuacja grożąca wypadkiem: incydent, który mógł spowodować szkodę, do której jednak nie doszło, na przykład dzięki szybkiej interwencji.

2.1 Wystąpienie i identyfikacja zdarzenia niepożądanego

Zdarzenia niepożądane mogą wystąpić na każdym etapie udzielania świadczeń medycznych, tj. od momentu przyjęcia pacjenta do Przychodni do chwili zakończenia udzielania świadczeń medycznych.


Metody identyfikacji zdarzeń niepożądanych:

- w czasie rzeczywistym lub później przez personel, pacjenta, osoby trzecie
- przeglądy dokumentacji medycznej
- audyty i kontrole
- skargi i roszczenia pacjentów i ich bliskich
- analiza SWOT

2.2 Ocena ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego

W Przychodni podjęto działania mające na celu ocenę prawdopodobieństwa wystąpienia każdego zidentyfikowanego ryzyka oraz jego potencjalne skutki dla zdrowia pacjenta, bezpieczeństwa pacjenta i działalności Przychodni.

Ocenę ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych dokonuje Pełnomocnik ds. SZJiB zgodnie z Procedurą PJ 6.1 „Zarządzanie ryzykiem”.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 28/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

2.3 Analiza ryzyka

Pełnomocnik ds. SZJiB analizuje zidentyfikowane ryzyka i ocenia ich znaczenie dla zdrowia pacjenta, bezpieczeństwa pacjenta i działalności Przychodni oraz określa, które ryzyka wymagają dalszych działań.

2.4 Reagowanie na ryzyko

Kierownictwo podejmuje działania mające na celu zminimalizowanie ryzyka lub zapobieganie wystąpieniu zdarzenia niepożądanego poprzez: np. opracowanie procedur postępowania w sytuacjach awaryjnych, wdrożenia szkoleń dla pracowników, zakupu odpowiedniego sprzętu, wdrożenia systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych i ich analizy.

2.5 Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych

O każdym zaistnieniu zdarzenia niepożądanego należy niezwłocznie poinformować kierownictwo Przychodni a w przypadku ich nieobecności – obecnego lekarza. Bezzwłocznie po zdarzeniu należy udzielić niezbędnej pomocy pacjentowi, w celu zapobieżenia dalszym konsekwencjom zdarzenia niepożądanego. Osoba stwierdzająca zdarzenie niepożądane zobowiązana jest wypełnić formularz „Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego”, który stanowi formularz FJ 7 i przekazać go Pełnomocnikowi ds. SZJiB.

Formularz udostępniony jest na dysku wspólnym; należy wypełnić go elektronicznie lub odręcznie.

Jeżeli w wyniku zdarzenia niepożądanego wdrożone zostały dodatkowe badania diagnostyczne/procedury medyczne lub gdy skutek zdarzenia wynosi 3 w skali SAC, osoba stwierdzająca zdarzenie niepożądane zobowiązana jest wypełnić również Kartę niezgodności/wymaganie działań korygujących lub zapobiegawczych.

2.6 Ocena zdarzeń niepożądanych i ich kategoryzacja

W celu dokonania oceny zdarzenia niepożądanego wykorzystywana jest Matryca bezpieczeństwa SAC (ang. safety assessment code), która klasyfikuje zdarzenia niepożądane w celu określenia stopnia powagi i wpływu danego zdarzenia na pacjenta i organizację. Kategorię ryzyka określa się na podstawie stopnia ciężkości zdarzenia oraz oceny prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Skala jest 3-punktowa:


- 1) wysokie ryzyko – 3 punkty
- 2) średnie ryzyko – 2 punkty
- 3) małe ryzyko – 1 punkt

2.7 Podział zdarzeń niepożądanych

- Zgon pacjenta
- Trwałe lub znaczne inwalidztwo
- Zdarzenia związane z leczeniem i opieką nad pacjentem
- Zdarzenie dotyczące farmakoterapii
- Zdarzenia dotyczące wyrobów medycznych/sprzętu
- Zdarzenia dotyczące organizacji pracy

2.8 Analiza zdarzeń niepożądanych

Pełnomocnik ds. SZJiB po otrzymaniu zgłoszenia o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego przeprowadza wstępną analizę, stosownie do dotkliwości zdarzenia. Dokonując analizy zdarzenia niepożądanego wskazuje na nieprawidłowości procesowe i stymuluje wprowadzenie działań naprawczych. W przypadku zdarzeń niepożądanych, których skutek został określony na poziomie SAC3 przeprowadzana jest analiza przyczyn źródłowych RCA

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 29/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

(ang. *root cause analysis*), która polega na zebraniu istotnych informacji o okolicznościach wystąpienia zdarzenia, przyporządkowaniu tych danych, rozpoznaniu kluczowych problemów i przeanalizowaniu ich. Celem analizy jest przede wszystkim określenie przyczyn źródłowych oraz sformułowanie wniosków w raporcie końcowym, a następnie wdrożeniem działań korygujących i poinformowanie personelu.

W celu dokonania analizy RCA Pełnomocnik ds. SZJiB każdorazowo powołuje zespół ekspercki składający się ze specjalistów w danej dziedzinie oraz innego personelu medycznego lub niemedycznego.

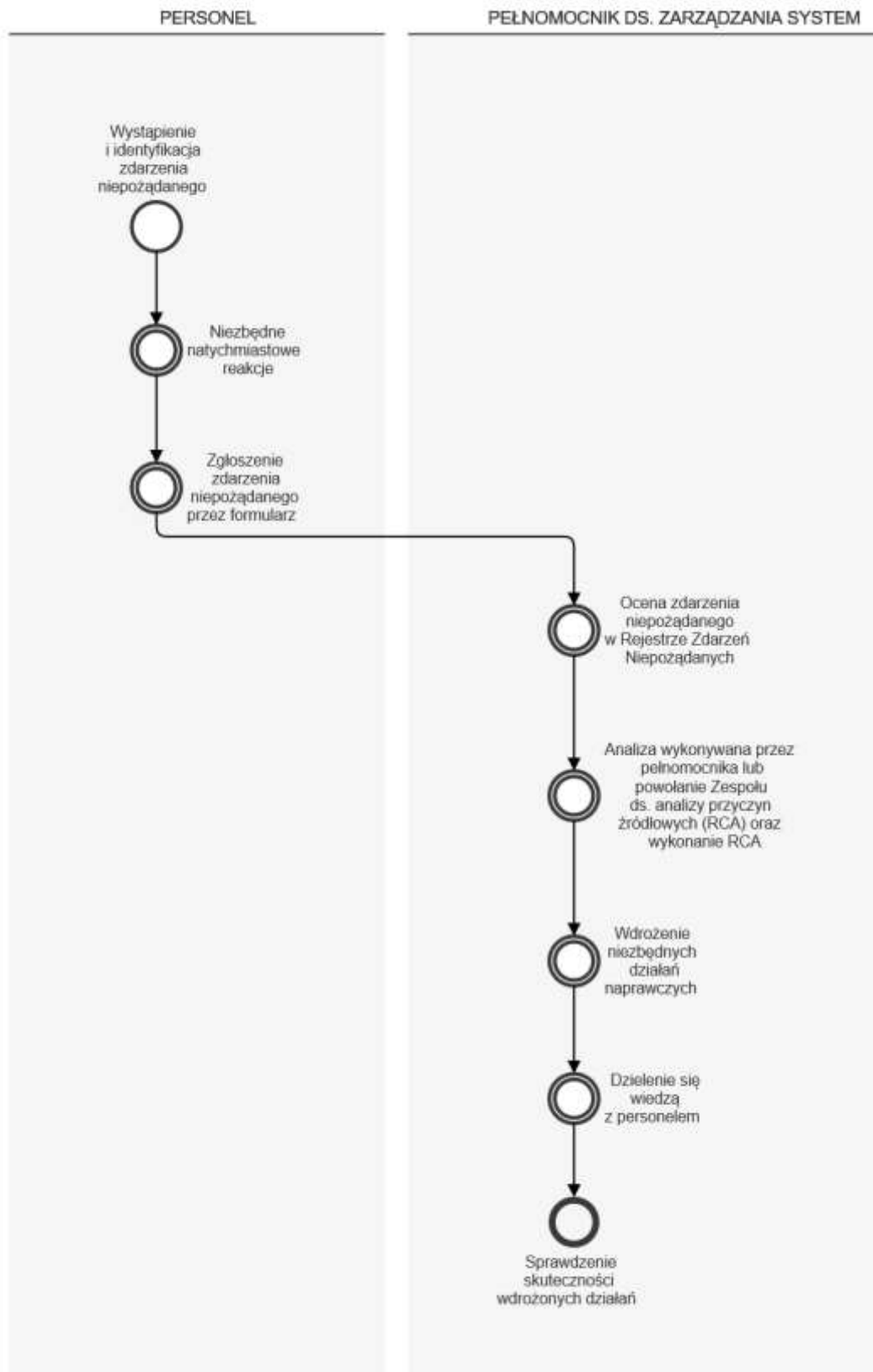
Raz na 6 miesięcy Pełnomocnik ds. SZJiB sporządza raport dotyczący zdarzeń niepożądanych, jakie miały miejsce w Przychodni. Raport zatwierdza kierownictwo; z raportem zapoznaje się personel.

2.9 Wdrożenie niezbędnych działań korygujących i zapobiegawczych

Po dokonaniu analizy zdarzenia niepożądanego dla każdej z ustalonych przyczyn jego wystąpienia, zespół opracowuje rekomendacje działań korygujących i zapobiegawczych, z określeniem osób odpowiedzialnych za ich wdrożenie w określonym terminie. Pełnomocnik ds. SZJiB ocenia skuteczność wdrożonych działań.


Wdrożone działania korygujące i zapobiegawcze oraz ich ocena udokumentowana jest w Kracie niezgodności/wymaganie działań korygujących lub zapobiegawczych.

Schemat zarządzania zdarzeniem niepożądanym



III.

Z
A
Ł
A.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 31/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

CZNIKI

3.1 Załączniki do WSZJiB

Załącznik nr 1 - Polityka Jakości

Załącznik nr 2 - Cele jakościowe

3.2 Wykaz procedur i instrukcji

Procedura PJ 6.1 „Zarządzanie ryzykiem”

Procedura „Zapewnienie ochrony przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi”.

Procedura „Postępowanie po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał”. mogący przenosić zakażenie HIV, HCV, i inne czynniki szerzące się drogą krwi”.

Procedura „Postępowanie z odpadami medycznymi”.

Procedura dezynfekcji małych i trudno dostępnych powierzchni.

Procedura dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem organicznym.

Procedura mycia i dezynfekcji lodówek.

Procedura konserwacji i serwisowania urządzenia chłodniczego, w którym są przechowywane preparaty szczepionkowe.

Procedura postępowania w przypadku wyłączenia prądu lub awarii urządzenia chłodniczego, w którym są przechowywane preparaty szczepionkowe.

Procedura higienicznego mycia rąk.

Procedura chirurgicznej dezynfekcji rąk.

Procedura bezpiecznego stosowania preparatów dezynfekcyjnych.

Procedura dezynfekcji wszystkich powierzchni.

Procedury higieniczne dotyczące personelu.

Procedura mycia i dezynfekcji endoskopów.

Procedura postępowania podczas pracy w pracowni endoskopowej.

Procedura dezynfekcji ssaka.

Procedura zapewniająca ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.

Procedura przyjmowania i przechowywania preparatów szczepionkowych

Procedura postępowania z przeterminowanymi szczepionkami.

Procedura postępowania z przeterminowanymi lekami.

Procedura postępowania po zranieniu lub kontakcie z materiałem zakaźnym.

Procedura zapobiegania przypadkom zranienia personelu medycznego i pomocniczego.

Procedura mycia i dezynfekcji w przychodni.

Procedura rozmowy z pacjentem jako element wspomagający terapię.

Procedury w dobie COVID

Organizacja pracy placówki w dobie COVID.

Procedura zarządzania przepływem prac.

Procedura ochrony pracowników.

Procedura podejmowania działań naprawczych.

Procedura zapobiegania przypadkom zranienia personelu medycznego.

Procedura stosowania środków ochrony osobistej.

Procedura zapobiegania zakażeniom.


Procedura edukacji dla pacjenta – szczepienia.

Edukacja dotycząca szczepień na COVID.

Procedura zarządzania pacjentem podejrzanym – COVID.

Kwalifikacja do szczepień COVID.

Procedura leczenia anafilaksji- wstrząs po podaniu szczepionki.

	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 32/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1


Przechowywanie szczepionek.
 Przygotowanie punktu szczepień.
 Procedura utylizacji szczepionek.
 Procedura postępowania p/wstrząsowego.
 Procedura zgłaszania NOP.
 Procedura postępowania z odpadami medycznymi.
 Procedura przygotowania pomieszczeń i zapewnienia bezpieczeństwa.
 Procedura mycia i dezynfekcji gabinetu diagnostycznego – zabiegowego.
 Procedura mycia powierzchni ogólnodostępnych.
 Dezynfekcja powietrza.
 Procedura mycia i dezynfekcji gabinetu lekarskiego.
 Procedura mycia i dezynfekcji pomieszczeń higieniczno – sanitarnych.
 Procedura mycia i dezynfekcji pomieszczeń socjalnych.

Obowiązkowe Instrukcje BHP

Eksploatacja lampy bakteriobójczej.
 Mycie i dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego.
 Instrukcja BHP dla personelu medycznego.
 Instrukcja BHP dla pielęgniarek.
 Instrukcja BHP na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.
 Instrukcja BHP przy pracy z substancją – formaliną.
 Instrukcja BHP przy obsłudze ssaka medycznego.
 Instrukcja BHP przy obsłudze diatermii.
 Instrukcja BHP przy obsłudze spirometru.
 Instrukcja BHP przy dezynfekcji chemicznej.
 Instrukcja BHP obowiązująca wszystkich pracowników.
 Instrukcja ryzyko zawodowe, zasady bezpiecznej pracy.
 Instrukcja BHP przy obsłudze hydrantu wewnętrznego.
 Instrukcja BHP przy obsłudze gaśnicy proszkowej.
 Instrukcja BHP dla pań sprzątających.
 Instrukcja przeciwpożarowa. Ogólne zasady ochrony przeciwpożarowej.
 Instrukcja przeciwpożarowa. Profilaktyka przeciwpożarowa dla wszystkich pracowników.
 Instrukcja pierwszej pomocy. Postępowanie w przypadku porażenia prądem elektrycznym.
 Obrazkowa skrócona instrukcja udzielania pierwszej pomocy medycznej.
 Instrukcja pierwszej pomocy - postępowanie z osobą nieprzytomną.
 Instrukcja pierwszej pomocy. Podstawowe podtrzymanie życia.

3.3 Wykaz formularzy

FJ 1 - Załącznik nr 1 do PJ 6.1 „Rejestr ryzyk”
 FJ 2 - Ankieta satysfakcji pacjentów
 FJ 3 - Rejestr/Ocena dostawców
 FJ 4 - Wykaz nadzorowanych urządzeń technicznych i do pomiarów
 FJ 5 - Program auditów
 FJ 6 - Karta niezgodności/wymaganie działań korygujących lub zapobiegawczych
 FJ 7 - Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego
 FJ 8 - Plan szkoleń
 FJ 9 - Lista obecności
 FJ 10 - Rejestr szkoleń za dany rok

 <p>PRZYSZODNIA Clinika</p>	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM	Strona: 33/31
	Data wydania: 09.08.2024 r.	Wydanie nr: 1

FJ 11 – Karty celów jakościowych – realizacja

FJ 12 – Realizacja procesów