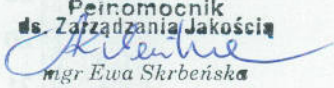
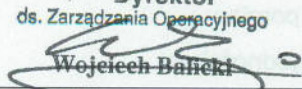



KSIĘGA JAKOŚCI

Wydanie 4 obowiązuje od 2 lutego 2015r.


JEST TO OFICJALNY I PODLEGAJĄCY EWIDENCJI DOKUMENT I NIE MOŻE BYĆ POWIELANY BEZ ZGODY SZPITALA

Opracował:	Sprawdził:	Zatwierdził:
Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością	Dyrektor ds. Zarządzania Operacyjnego	Prezes Zarządu/ Prokurent
Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością  mgr Ewa Skrbeńska	Dyrektor ds. Zarządzania Operacyjnego  Wojciech Bałucki	 Prokurent Szpital Sredzki Sp. z o.o. w Środzie Wlkp.

Paweł Dopierala

Spis treści

1. PREZENTACJA SZPITALA	4
2. ZAKRES SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZASTOSOWANE WYŁĄCZENIA	6
3. WŁADZE SZPITALA I PRAWNA PODSTAWA DZIAŁALNOŚCI	6
4. POLITYKA JAKOŚCI	7
5. DEFINICJE I TERMINOLOGIA	8
6. OPIS SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ	8
6.1 PODEJŚCIE PROCESOWE	8
6.2 DOKUMENTACJA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ	11
6.3 KSIĘGA JAKOŚCI	11
6.3.1 Zasady opracowania i zatwierdzenia Księgi Jakości	11
6.3.2 Uaktualnianie Księgi Jakości	11
6.3.3 Rozpowszechnianie Księgi Jakości	12
6.4 NADZÓR NAD DOKUMENTAMI I ZAPISAMI	12
6.5 ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA	12
6.5.1 Orientacja na pacjenta	13
6.5.2 Polityka jakości	13
6.5.3 Planowanie	14
6.5.4 Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja	14
6.6 ZARZĄDZANIE ZASOBAMI	15
6.6.1 Zasoby ludzkie	15
6.6.2 Infrastruktura	15
6.6.3 Środowisko pracy	16
6.7 REALIZACJA USŁUGI	16
6.7.1 Planowanie realizacji usługi	16
6.7.2 Procesy związane z klientem	17
6.7.3 Projektowanie i rozwój	17
6.7.4 Zakupy	18
6.7.5 Dostarczanie usługi	18
6.7.6 Nadzorowanie urządzeń do monitorowania i pomiarów	20
6.8 POMIARY, ANALIZY I DOSKONALENIE	20
6.8.1 Zadowolenie pacjenta	20
6.8.2 Audit wewnętrzny	20
6.8.3 Monitorowanie i pomiary	20
6.8.4 Nadzór nad niezgodnościami	21
6.8.5 Analizowanie danych	21

 SZPITAL ŚREDZKI		Szpital Średzki Spółka z o.o. ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wlkp.	
KJ	KSIĘGA JAKOŚCI		Wydanie: 4 Data: 02.02.2015r. Strona: 4 z 22

1. PREZENTACJA SZPITALA

Kamień węgielny pod obecny Szpital Powiatowy położono 14 lipca 1914 roku. Pamiątką po tej uroczystości jest tablica umieszczona nad głównym wejściem.

Oddanie do użytku Szpitala nastąpiło 6 listopada 1916 roku. Jednorazowo mogło się wtedy leczyć 50 chorych. Godnym zauważenia jest bardzo krótki cykl realizacji obiektu. Szpital pobudowany został z funduszy społecznych, zgromadzonych przez parafię średzką i ofiarowanych przez znaczących obywateli ówczesnego powiatu średzkiego. Właścicielem Szpitala było Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo, w październiku 1949 roku nastąpiło jego przejęcie na własność państwa.

Ciekawostką jest treść reklamy szpitala z 1937 roku, która brzmiała następująco: „ Położony w pięknym parku, wyposażony w najnowocześniejsze aparaty do fizykoterapii, jest jedynym w Polsce zakładem posiadającym Oddział Leczenia Sympatykoterapią”. W tym czasie Szpital dysponował 105 łózkami.

26 sierpnia 1939 roku oddział sanitarny Wojska Polskiego z trzema lekarzami zamienił Szpital cywilny na wojskowy. Już 1 września przyjęto pierwszych rannych. Hitlerowcy przejęli budynki w październiku 1939 roku. Dla ludności polskiej w 1944 roku Niemcy wybudowali barak. Obecnie na tym miejscu mieści się nowo wybudowane skrzydło Szpitala.

W końcowych dniach okupacji hitlerowskiej 20 stycznia 1945 roku podczas ewakuacji niemieckich pacjentów wywieziono ze Szpitala pościele, koce, bieliznę, lekarstwa, część instrumentarium. Pozostały jednak aparaty rentgenowskie i fizykoterapeutyczne. Trzy dni później Szpital przyjął pierwszych rannych żołnierzy sowieckich. Każdego dnia docierały nowe transporty. Liczba hospitalizowanych wzrosła do 300 osób. W roku zakończenia wojny Szpital liczył 105 łózek i zatrudniał 45 osobowy personel. W 1951 roku wykwaterowano z drugiego piętra Szpitala mieszkające tam pielęgniarki i salowe. Uzyskano w ten sposób dodatkowo 21 łózek. Pozwolono mieszkać jedynie Siostrom Miłosierdzia, które z chwilą oddania do użytku nowego gmachu klasztorowego w 1974 roku opuściły zajmowane pomieszczenia w szpitalu. W wyniku podjętych działań adaptacyjnych w latach 1951-1974 liczba łózek zwiększyła się do 180.

Siostry Miłosierdzia powróciły do pracy w szpitalu po zmianach ustrojowych w 1989 roku i odzyskały swą własność, która była pod zarządem Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej. W marcu 2001 roku podpisano stosowne porozumienie, na mocy którego Szpital stał się własnością Starostwa Powiatowego w Środzie Wlkp., został wpisany do rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej.

19 grudnia 2013r. podpisano akt przekształcenia SPZOZ w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą Szpital Średzki Spółka z o.o. Funkcję pierwszego Prezesa Zarządu powierzono Zbigniewowi Hupało. 6 lutego 2014r. Spółka została wpisana do Rejestru Przedsiębiorców.

8 grudnia Zarząd Spółki powołał Prokurenta.



Obecnie w Szpitalu funkcjonują oddziały:

- Chirurgiczny z Pododdziałem Ortopedii i Tarumatologii Narządu Ruchu,
- Wewnętrzny z pododdziałem Paliatywno- Hospicyjnym,
- Ginekologiczno- Położniczy,
- Noworodkowy,
- Dziecięcy,
- Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz
- Szpitalny Oddział Ratunkowy.

W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej funkcjonuje Ośrodek Usprawniania Leczniczego (Środa Wlkp., ul. Sportowa 9A)

Szpital Średzki Spółka z o.o. świadczy również usługi w zakresie pomocy doraźnej przy wykorzystaniu:

- zespołów ratownictwa medycznego:
 - specjalistycznego- punkt stacjonowania w Środzie Wlkp. ul. Żwirki i Wigury 10,
 - podstawowego- punkt stacjonowania Krzykosy, ul. Główna 26)
- zespołu transportu sanitarnego,
- nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (zapewniającej pacjentom możliwość skorzystania ze świadczonych usług od poniedziałku do piątku w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ a w soboty, niedziele i święta 24h na dobę)

Działalność Szpitala wspierają następujące pracownie diagnostyczne:

- Dział Diagnostyki Obrazowej i Elektrodiagnostyki (RTG, USG, KT),
- Dział Diagnostyki Laboratoryjnej (laboratorium analityczne, pracownia serologii z bankiem krwi, pracownia bakteriologii),
- Pracownia endoskopii układu pokarmowego

Ponadto w Szpitalu funkcjonuje

- Apteka,
- Centralna Sterylizatornia,
- Blok Operacyjny

W Szpitalu Średzkim Spółka z o.o. funkcjonują również komórki organizacyjne prowadzące obsługę administracyjną, techniczno- gospodarczą oraz samodzielne stanowiska pracy:

- Biuro Zarządu,
- Dział Księgowości i Finansów,
- Dział Personalny,
- Dział Sprzedaży Usług i Informatyzacji,
- Dział Logistyczno- Eksploatacyjny,

KJ	Szpital Średzki Spółka z o.o. ul. Żwirki i Wigury10, 63-000 Środa Wlkp.	
	KSIĘGA JAKOŚCI	
		Wydanie:4 Data:02.02.2015r. Strona:6 z 22

- samodzielne stanowiska: Naczelną Pielęgniarką, Specjalista ds. Epidemiologicznych, Radca Prawny, Inspektor ds. Obronnych/ Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji, Kapelan Szpitala, Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością/ Główny Specjalista ds. BHP, Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta Kombatantów i Osób Represjonowanych, Koordynator ds. Transplantacji.

SZPITAL W LICZBACH

Roczna liczba hospitalizacji ok. 16.500

Rocznie w Szpitalu odbywa się ok. 600 porodów

Szpital posiada 129 łóżek, w tym noworodkowych 13

2. ZAKRES SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZASTOSOWANE WYŁĄCZENIA

Zakres systemu zarządzania jakością:

Usługi medyczne realizowane w Szpitalu w ramach Biura Przyjęć, SOR oraz w zespołach ratownictwa medycznego: Specjalistycznym, Podstawowym i Transportowym, oddziałach szpitalnych, Bloku Operacyjnym i Centralnej Sterylizatorni oraz ambulatoryjnie w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Diagnostyki Obrazowej i Elektrodiagnostyki, Ośrodka Usprawniania Leczniczego i w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

System Zarządzania Jakością nie obejmuje poradni specjalistycznych.

W Systemie Zarządzania Jakością zastosowano wyłączenie pkt. 7.3 normy PN-EN ISO 9001:2009

3. WŁADZE SZPITALA I PRAWNA PODSTAWA DZIAŁALNOŚCI

Szpital działa na podstawie:

- Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013r., poz. 217),
- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008r., nr 164, poz. 1027 ze zm.),
- Ustawy a dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (Dz. U. 2013r., poz. 330),
- Aktu notarialnego z dnia 17 grudnia 2013r.,
- Innych obowiązujących przepisów prawa

Wykaz obowiązujących aktów prawnych zamieszczony jest na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala (www.szpitalsredzki.pl)

Szpital jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Rejestrze Przedsiębiorców pod numerem 0000497065 prowadzonym przez Sąd Rejonowy Poznań- Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, IX Wydział Gospodarczy oraz do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego

Strukturę organizacyjną Szpitala Średzkiego Spółka z o.o. i wzajemne powiązania oraz zależności kadry kierowniczej podano w schemacie organizacyjnym (Załącznik nr 1 do KJ)

4. POLITYKA JAKOŚCI

Polityka Szpitala jest skierowana na zapewnienie wysokiego poziomu medycznego, organizacyjnego i etycznego świadczonych usług. Chcemy zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne wszystkim pacjentom stosując efektywne metody diagnostyczne i lecznicze, szeroką dostępność do świadczeń medycznych, pełną informację w zakresie oferowanych usług oraz fachową i uprzejmą opiekę opartą na poszanowaniu praw pacjenta i szacunku do niego.

MISJA

Misją Szpitala jest świadczenie usług medycznych na jak najwyższym poziomie z poszanowaniem praw i godności pacjenta.

Naszym celem jest:

1. Świadczenie zgłaszającym się pacjentom usług medycznych adekwatnych do potrzeb zdrowotnych w zakresie ratownictwa, leczenia, diagnostyki, profilaktyki i rehabilitacji.
2. Szacunek dla pacjenta i poszanowanie jego praw.
3. Nieustanne doskonalenie wiedzy i umiejętności pracowników.
4. Wdrożenie i doskonalenie systemu zarządzania jakością przy utrzymaniu efektywności ekonomicznej.
5. Współpraca z innymi placówkami medycznymi dla doskonalenia i rozszerzania usług medycznych.
6. Współpraca z lokalnym samorządem w zakresie realizacji aktualnych i rozwojowych zadań.

Przyjęte cele osiągniemy tylko dzięki zaangażowaniu kierownictwa i wszystkich pracowników szpitala. Odpowiedzialność za jakość jest rozłożona na każdego pracownika poprzez celowy podział zadań i kompetencji.

Zobowiązujemy się

- spełniać wymagania i oczekiwania naszych pacjentów
- ciągle doskonalić skuteczność Systemu Zarządzania Jakością
- działać zgodnie z obowiązującymi przepisami

5. DEFINICJE I TERMINOLOGIA

Zastosowane w Księdze Jakości definicje i terminy dotyczące jakości są zgodne z normą ISO9000 „Systemy Zarządzania Jakością. Podstawy i terminologia”.

Ilekoć użyte jest słowo Szpital, oznacza to Szpital Średzki Spółka z o.o.

6. OPIS SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

6.1 PODEJŚCIE PROCESOWE

W Szpitalu został ustanowiony, udokumentowany, wdrożony system zarządzania jakością, który jest utrzymywany oraz doskonalony pod kątem jego skuteczności. Aby zapewnić sprawne kierowanie Szpitalem, spełnienie wymagań klientów oraz normy ISO 9001 zastosowano podejście procesowe. Zidentyfikowano procesy stanowiące logiczne ciągi powiązanych ze sobą działań, przekształcających stan wejściowy w stan wyjściowy. Procesy są realizowane w oparciu o ustanowione procedury opisane w odpowiednich dokumentach. Dokumentami wspomagającymi realizację procedur są instrukcje, instrukcje stanowiskowe i standardy. Każdy ze zidentyfikowanych procesów ma właściciela, który odpowiada za:

- nadzorowanie realizacji procesu,
- zapewnienie realizacji celów procesu,
- wprowadzenie odpowiednich miar procesu oraz jego monitorowanie,
- inicjowanie usprawnień w procesie i koordynację związanych z tym działań.

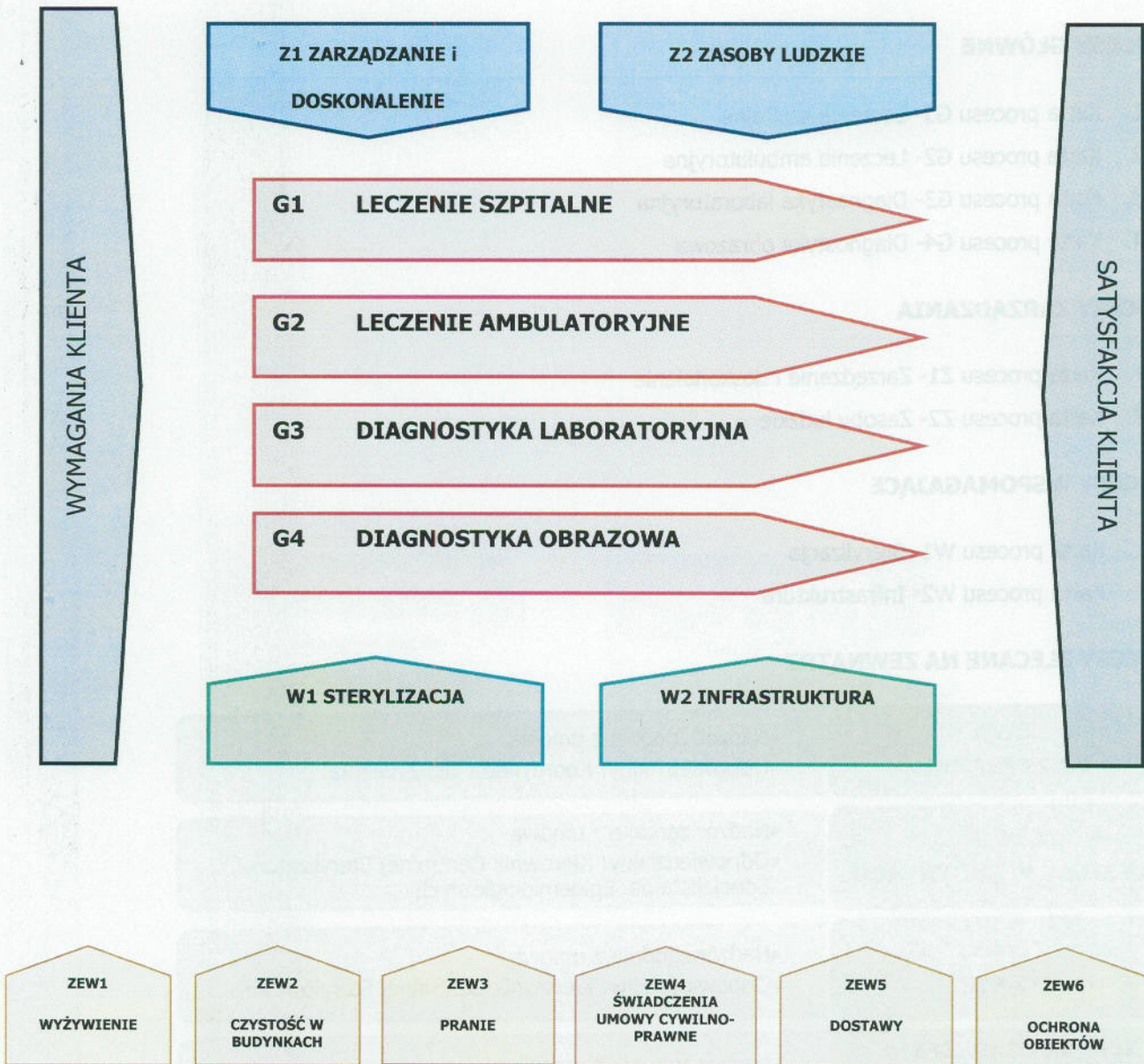
W celu zapewnienia nadzoru nad procedurami i instrukcjami dla każdego z tych dokumentów wyznaczono także właściciela. Jest on odpowiedzialny za nadzorowanie aktualności właściwych dokumentów i nadzór nad ich realizacją.

W Szpitalu zostały zidentyfikowane procesy:

- Główne (G),
- Zarządzania (Z),
- Wspomagające (W),
- Zlecane na zewnątrz (ZEW).



MAPA PROCESÓW



LEGENDA:



Informacje dotyczące poszczególnych procesów wraz z wykazem dokumentów opisujących ich realizację zawarte są na kartach procesów.

PROCESY GŁÓWNE

1. Karta procesu G1- Leczenie szpitalne
2. Karta procesu G2- Leczenie ambulatoryjne
3. Karta procesu G3- Diagnostyka laboratoryjna
4. Karta procesu G4- Diagnostyka obrazowa

PROCESY ZARZĄDZANIA

1. Karta procesu Z1- Zarządzanie i doskonalenie
2. Karta procesu Z2- Zasoby ludzkie

PROCESY WSPOMAGAJĄCE

1. Karta procesu W1- Sterylizacja
2. Karta procesu W2- Infrastruktura

PROCESY ZLECANE NA ZEWNĄTRZ

ZEW 1 WYŻYWIENIE	<ul style="list-style-type: none"> •Nadzór zgodnie z umową •Odpowiedzialny: Koordynator ds. Żywienia
ZEW 2 CZYSTOŚĆ W BUDYNKACH	<ul style="list-style-type: none"> •Nadzór zgodnie z umową •Odpowiedzialny: Kierownik Centralnej Sterylizatorni, Specjalista ds. Epidemiologicznych
ZEW 3 PRANIE	<ul style="list-style-type: none"> •Nadzór zgodnie z umową •Odpowiedzialny: Kierownik Centralnej Sterylizatorni
ZEW 4 ŚWIADCZENIA UMOWY CYWILNO- PRAWNE	<ul style="list-style-type: none"> •Nadzór zgodnie z umowami •Odpowiedzialny: Kierownik Działu Personalnego
ZEW 5 DOSTAWY	<ul style="list-style-type: none"> •Nadzór zgodnie z umowami •Odpowiedzialny: Kierownik Działu Logistyczno-Eksploatacyjnego
ZEW 6 OCHRONA OBIEKTÓW	<ul style="list-style-type: none"> •Nadzór zgodnie z umowami •Odpowiedzialny: Kierownik Działu Logistyczno-Eksploatacyjny, Główny Specjalista ds. BHP



6.2 DOKUMENTACJA SZJ

W Szpitalu ustanowiono i wdrożono następujące dokumenty wymagane przez normę ISO 9001:2009

1. Księga Jakości
2. Polityka Jakości
3. Cele Jakościowe
4. Udokumentowane procedury:
 - ZJ/P/01 Audyty wewnętrzne
 - ZJ/P/02 Nadzorowanie dokumentów i zapisów
 - ZJ/P/03 Działania korygujące i zapobiegawcze
 - ZJ/P/04 Nadzór nad usługą niezgodną

W Szpitalu obowiązuje dokumentacja systemu zarządzania jakością w formie papierowej i elektronicznej. W formie elektronicznej dostępne są procedury systemowe.

Nadzór nad dokumentacją sprawuje Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością.

6.3 KSIĘGA JAKOŚCI

6.3.1 Zasady opracowania i zatwierdzania Księgi Jakości

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością jest odpowiedzialny za opracowanie Księgi Jakości. Księga Jakości została opracowana na podstawie:

1. wymagań normy PN-EN ISO 9001:2009,
2. polityki jakości i celów jakościowych Szpitala,
3. dokumentacji obowiązującej w Szpitalu,
4. Aktu Notarialnego z dnia 17 grudnia 2013r., którego częścią jest Regulamin Organizacyjny Szpitala Średzkiego Sp. z o.o.

Księgę Jakości zatwierdza Prezes Zarządu lub Prokurent poprzez złożenie podpisu na stronie tytułowej.

6.3.2 Uaktualnianie Księgi Jakości

Księga Jakości podlega aktualizacji, którą przeprowadza Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością w zależności od potrzeb. Po każdej aktualizacji zmienia się numer wydania i data od której nowa księga obowiązuje. Zmiany w Księdze Jakości w odniesieniu do poprzedniego wydania identyfikowane są w tabeli zmian.



Egzemplarze informacyjne Księgi Jakości rozpowszechniane na zewnątrz są ewidencjonowane, lecz nie podlegają aktualizacji i nadzorowi.

6.3.3 Rozpowszechnianie Księgi Jakości

Oryginał Księgi Jakości w formie papierowej przechowywany jest u Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością

Księga Jakości zamieszczona jest w formie elektronicznej na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala. W tej formie Księga dostępna jest wyłącznie do odczytu, wydruki nie podlegają nadzorowi. Nadzór nad aktualizacją Księgi Jakości w formie elektronicznej sprawuje Pełnomocnik ds. zarządzania Jakością.

Rozpowszechnianie Księgi Jakości poza Szpitalem odbywa się za zgodą Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością.

6.4 NADZÓR NAD DOKUMENTAMI I ZAPISAMI

Dokumenty systemu zarządzania jakością opracowywane i nadzorowane są zgodnie z procedurą ZJ/P/02 nadzorowanie dokumentów i zapisów oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i uregulowaniami wewnętrznymi Szpitala. Zapewniono, że wszystkie dokumenty są:

- a) zatwierdzone pod kątem ich adekwatności, zanim zostaną wydane,
- b) przeglądane i aktualizowane w razie potrzeby oraz ponownie zatwierdzone,
- c) identyfikowane w zakresie zmian i ich statusu,
- d) dostępne w miejscach ich użytkowania,
- e) czytelne i łatwe do zidentyfikowania.


Ponadto wszystkie dokumenty pochodzące z zewnątrz są zidentyfikowane a ich rozpowszechnianie jest nadzorowane

Wszystkie nieaktualne dokumenty są wycofywane lub odpowiednio oznakowane.

Aktualna dokumentacja systemu zarządzania jakością znajduje się u Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością. Przekazywanie dokumentów na zewnątrz może odbywać się jedynie za zgodą Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością. Wydawane egzemplarze oznaczone są jako nie podlegające nadzorowi (nie aktualizowane), ewidencjonowane w rozdzielniku właściwego dokumentu.

6.5 ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA

Nadzór nad opracowanym i wdrożonym systemem zarządzania jakością sprawuje Prezes Zarządu. Do opracowania, wdrożenia i zarządzania systemem wyznaczono Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością.

 SZPITAL SREDZKI	Szpital Średzki Spółka z o.o. ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wlkp.	
KJ	KSIĘGA JAKOŚCI	Wydanie: 4 Data: 02.02.2015r. Strona: 13 z 22

Prezes Zarządu ustanowił Politykę Jakości, która została zakomunikowana w Szpitalu. Zarząd prowadzi przeglądy zarządzania co najmniej raz do roku. Wszystkie zagadnienia dotyczące przeglądów zarządzania opisano w procedurze ZJ/P/05 przegląd zarządzania.

Podstawą do przeprowadzenia przeglądu zarządzania są:

- raporty z auditów wewnętrznych,
- analiza działań korygujących i zapobiegawczych,
- ocena skuteczności działań podjętych w wyniku poprzednich przeglądów,
- analiza badania poziomu satysfakcji pacjenta,
- analiza skarg pacjentów,
- analizy statystyczne,
- ocena stopnia realizacji celów dotyczących jakości, zawartych zarówno w Polityce Jakości, jak i w szczegółowych celach dotyczących jakości.

Na podstawie danych wejściowych Zarząd ocenia możliwości doskonalenia i potrzebę zmian w systemie zarządzania jakością, formułując cele dotyczące jakości oraz podejmując decyzje dotyczące doskonalenia systemu zarządzania jakością. Decyzje podjęte na przeglądzie zarządzania wraz z terminem ich realizacji i wyznaczeniem osób odpowiedzialnych zostają umieszczone w raporcie z przeglądu zarządzania. Zarząd deleguje zadania na niższe szczeble organizacyjne powołując komisje, komitety, zespoły zadaniowe.

6.5.1 Orientacja na pacjenta

Szpital prowadzi politykę jak najwcześniejszego kontaktu z pacjentem poprzez nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, Szpitalny Oddział Ratunkowy, ratownictwo medyczne, poradnie specjalistyczne i Szkołę Rodzenia. Szpital za pośrednictwem prasy zachęca do wykonywania świadczeń diagnostycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i odpłatnych. Oferta usług komercyjnych zawarta jest w cenniku zamieszczonym na stronie internetowej oraz w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Strona internetowa oprócz aktualnego cennika zawiera spis telefonów, informacje dotyczące udzielania świadczeń, informacje na temat udostępniania dokumentacji medycznej.

Szpital realizuje wizualną politykę informacyjną tj. aktualne informacje na tablicach informacyjnych, czytelne i funkcjonalne oznakowanie Szpitala umożliwiające łatwe poruszanie się po jego terenie.

6.5.2 Polityka jakości

Polityka jakości jest zgodna z celem strategicznym Szpitala. Zarząd Spółki zobowiązuje się poprzez wyznaczone cele do ciągłego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością



Polityka jakości została zakomunikowana pracownikom Szpitala i jest dostępna na terenie Szpitala. Przegląd Polityki Jakości odbywa się w trakcie przeglądu zarządzania. Oryginał Polityki Jakości jest przechowywany u Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością.

6.5.3 Planowanie

Prezes Zarządu w porozumieniu z kierownikami działów ustanawia szczegółowe cele dotyczące jakości dla poszczególnych funkcji i szczebli organizacji, w tym przede wszystkim cele potrzebne do spełnienia wymagań dotyczących świadczonych usług medycznych. Cele dotyczące jakości są mierzalne i spójne z Polityką Jakości. Podlegają one ciągłemu nadzorowi i okresowym przeglądom a w konsekwencji następuje rozliczenie wykonanych zadań i osiągniętych celów oraz określenie nowych. Ma to na celu ciągłe doskonalenie systemu obowiązującego Szpitalu.

Nadrzędnymi celami odnoszącymi się do działalności Szpitala są:


- spełnienie oczekiwań pacjenta poprzez profesjonalne świadczenie usług medycznych z zachowaniem przepisów prawa i obowiązujących standardów medycznych oraz wymogów i wytycznych Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia,
- wysoki poziom wiedzy i kompetencji personelu medycznego osiągany w wyniku systematycznego kształcenia, w tym poprzez udział w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych,
- podnoszenie kompetencji pracowników w zależności od zmieniającej się rzeczywistości i przepisów prawa.

6.5.4 Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja

Odpowiedzialności i zależności organizacyjne wynikają bezpośrednio ze struktury organizacyjnej oraz realizowanych czynności. Zakresy odpowiedzialności i uprawnień zostały określone, udokumentowane w zakresach obowiązków i uprawnień i zakomunikowane personelowi Szpitala. W przypadku pracowników zatrudnionych w ramach umowy zlecenia, umowy cywilno- prawnej podpisane są stosowne umowy określające zakres i tryb wykonywanych prac.

Powołano Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością, któremu niezależnie od innych czynności, został przypisany zakres odpowiedzialności i uprawnień wynikający z pełnienia tej funkcji.

Wszystkie informacje o Systemie Zarządzania Jakością regulowane są wewnętrzną dokumentacją Szpitala.

 SZPITAL ŚREDZKI	Szpital Średzki Spółka z o.o. ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wlkp.	
KJ	KSIĘGA JAKOŚCI	Wydanie: 4 Data: 02.02.2015r. Strona: 15 z 22

Raz w tygodniu w Szpitalu odbywają się spotkania Pracowników z Prokurentem. Na spotkaniach tych omawiane są sprawy bieżące, sprawy związane z realizacją kontraktów oraz sprawy dotyczące organizacji i funkcjonowania Szpitala. Dwa razy w miesiącu Prokurent spotyka się z przedstawicielami działających na terenie Szpitala Średzkiego Spółka z o.o. związków zawodowych.

Codziennie od poniedziałku do piątku Naczelna Pielęgniarka organizuje odprawy dla pielęgniarek oddziałowych. Na spotkaniach tych omawiane są sprawy bieżące oraz sprawy dotyczące organizacji pracy.

Źródłem informacji dla pracowników są też uchwały Zarządu oraz pisma wewnętrzne. Nowe informacje umieszczane są na tablicy informacyjnej przy Sekretariacie oraz na stronie internetowej Szpitala. Plany, założenia i cele przekazywane są pracownikom za pośrednictwem kierowników.

Wdrażane w Szpitalu systemy informatyczne zapewniają efektywne udostępnianie i wykorzystanie danych przez jego użytkowników.

6.6 ZARZĄDZANIE ZASOBAMI

Zarząd zapewnia środki niezbędne do realizacji prac związanych z wdrażaniem, utrzymaniem i doskonaleniem systemu zarządzania jakością. Potrzeby w zakresie środków materialnych oraz infrastruktury określone są i przyjęte przez Zarząd w planach rzeczowo- finansowych ustalanych na każdy rok kalendarzowy. Personel Szpitala zobowiązany jest do racjonalnego wykorzystania przydzielonych środków finansowych.

6.6.1 Zasoby ludzkie

Aby zapewnić prawidłową i bezpieczną obsługę pacjenta, każdy pracownik szpitala jest dobierany i kwalifikowany, szkoleny zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi potrzebami. Dobór pracowników odbywa się w zależności od potrzeb z zasobów wewnętrznych lub zewnętrznych.

Przy zatrudnieniu nowego personelu określono kryteria dotyczące kompetencji wymagane na poszczególnych stanowiskach. Pracownicy dobierani są stosownie do określonych wymagań dotyczących: posiadanych uprawnień, wykształcenia, doświadczenia, wykształcenia oraz innych niezbędnych dla danego stanowiska kwalifikacji.

Dla zapewnienia i utrzymania odpowiednich kwalifikacji pracowników, wysokiego poziomu ich wiedzy, uprawnień pracownicy są systematycznie szkoleni.

6.6.2 Infrastruktura

Szpital posiada i utrzymuje infrastrukturę niezbędną do realizacji usług medycznych. Budynek i wyposażenie są nadzorowane i poddawane okresowym przeglądom i remontom.

Nadzór nad budynkami szpitalnymi, pomieszczeniami, technicznym wyposażeniem pomieszczeń, aparaturą medyczną, systemem wind, systemem zasilania awaryjnego, systemem zabezpieczeń gazów medycznych oraz infrastrukturą towarzyszącą czyli ogrzewaniem, wentylacją, klimatyzacją, oświetleniem sprawuje Dział Logistyczno- Eksploatacyjny.

Każdy sprzęt medyczny posiada paszport techniczny, w którym odnotowywane są przeglądy i naprawy. Przeglądy odbywają się zgodnie z opracowanym harmonogramem na dany rok.

Szpital posiada sieć informatyczną i sprzęt komputerowy, zaopatrzone w legalne oprogramowanie. Nadzór nad siecią i sprzętem komputerowym sprawuje Kierownik Działu Sprzedaży Usług i Informatyzacji.

6.6.3 Środowisko pracy

Nadzór nad środowiskiem pracy sprawowany jest przez stanowisko ds. BHP i PPOŻ zgodnie z zakresem obowiązków i uprawnień obowiązujących na tym stanowisku. Szkolenia BHP prowadzone są zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz wewnętrznymi programami. Pracownicy zapoznani zostali z oceną ryzyka zawodowego, na stanowiskach pracy dostępne są karty charakterystyki substancji niebezpiecznych. Wszystkie wypadki i choroby zawodowe są rejestrowane, ich przyczyny są analizowane i podejmowane są odpowiednie działania w celu wyeliminowania tych przyczyn.

Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Specjalista ds. Epidemiologicznych zajmują się oceną ryzyka, monitorowaniem i rejestracją występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz organizują udzielanie świadczeń w sposób zapobiegający zakażeniom i szerzeniu się czynników alarmowych.

Inspektor Ochrony Radiologicznej sprawuje nadzór nad ochroną radiologiczną w Dziale Diagnostyki Obrazowej i Elektrodiagnostyki zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie.

Zarząd zapewnia pracownikowi stanowisko pracy wyposażone odpowiednio do pełnionej funkcji, w narzędzia niezbędne do wykonywania czynności na tym stanowisku oraz odpowiednie warunki socjalne.

6.7 REALIZACJA USŁUGI

6.7.1 Planowanie realizacji usługi

W Szpitalu zidentyfikowano procesy, które szczegółowo zostały opisane w kartach procesów.

Podstawą planowania realizacji usług medycznych na każdy rok są szczegółowe materiały informacyjne zatwierdzone przez Prezesa NFZ, których spełnienie jest niezbędne do zawarcia umowy z NFZ. Umowy na świadczenie usług medycznych Szpital zawiera w drodze konkursu ofert i negocjacji prowadzonych z Płatnikiem. Oferta Szpitala zgodna jest ze specyfikacją określoną w warunkach właściwego konkursu ofert. Przed podpisaniem umowy z płatnikiem warunki są szczegółowo przeglądane przez osoby kompetentne w obszarach objętych umową.

6.7.2 Procesy związane z klientem

W Szpitalu zidentyfikowano wymagania pacjentów, innych klientów (w tym Narodowego Funduszu Zdrowia) oraz wymagania prawne.

Wymagania zgłaszane przez pacjenta, dotyczące realizacji usługi medycznej, potwierdzone są rozpoznaniem na skierowaniu do Szpitala, poradni lub konkretnym zleceniem na badanie diagnostyczne. Przegląd wymagań pacjenta dokonywany jest przed i w czasie realizacji usługi, związany jest z przeprowadzanymi badaniami lekarskimi, korygowaniem rozpoznania jak i procesu diagnostyczno- leczniczego. Wszelkie zapisy z przeprowadzonego przeglądu znajdują się w dokumentacji medycznej pacjenta. Spełnienie wymagań pacjenta zależne jest również od stopnia referencyjności szpitala. W przypadku jeżeli schorzenie pacjenta wymaga świadczeń ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, pacjent jest kierowany do jednostki, która zapewni świadczenia na satysfakcjonującym pacjenta poziomie. Odmowę przyjęcia pacjenta do Szpitala odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Personel Szpitala zwraca szczególną uwagę na skuteczną komunikację z pacjentem i jego podmiotowe traktowanie. Pacjenci informowani są o kolejnych etapach procesów medycznych. W Szpitalu prowadzona jest edukacja zdrowotna pacjentów odpowiednio do ich potrzeb zdrowotnych. W razie potrzeby działania edukacyjne obejmują również rodziny pacjentów.

Rozpatrywaniem pisemnych skarg pacjentów zajmuje się Prezes Zarządu z pomocą Biura Zarządu

6.7.3 Projektowanie i rozwój

Wyłączenie- ten punkt normy nie dotyczy Szpitala.

Uzasadnienie wyłączenia- usługi Szpitala Średzkiego Spółka z o.o. nie są projektowane w myśl wymagań normy ISO 9001, natomiast jest planowana ich realizacja w formie wdrożonych procedur, instrukcji oraz uchwał. Przygotowany plan realizacji bezpośrednio wpływa na zdolność Szpitala do dostarczania usługi zgodnej z przyjętymi wymaganiami (pacjenta, prawnymi i innymi). Przy planowaniu realizacji usługi występują elementy tożsame dla procesu projektowania, jak dane wejściowe i wyjściowe, weryfikacja planu, zmiany w planach i nadzór nad tymi zmianami, jednak nie



zmienia to faktu, że realizacja usług medycznych to sfera zaplanowania (technologii), a nie ich projektowanie. Tak więc, wyłączenie tego elementu normy nie wpływa negatywnie na zdolność Szpitala do dostarczania usługi zdrowotnej zgodnej z przyjętymi wymaganiami, ani nie ogranicza odpowiedzialności placówki w tym zakresie.

6.7.4 Zakupy

Zakupy dokonywane dla Szpitala są realizowane zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych i regulaminami wewnętrznymi przez Dział Logistyczno- Eksploatacyjny.

Dokonywana jest weryfikacja dostaw i ocena kluczowych dostawców.

6.7.5 Dostarczanie usługi

a) Nadzorowanie dostarczania usługi

W Szpitalu Średzkim Spółka z o.o. usługi medyczne są planowane i wykonywane w warunkach nadzorowanych. Nadzór obejmuje zarówno realizację konkretnej usługi medycznej, kontraktu zawartego z NFZ oraz innych obszarów funkcjonowania Szpitala. Kierownik komórki organizacyjnej odpowiada za ocenę zgodności usługi z przepisami, standardami i procedurami medycznymi. Nadzorowanie świadczonej usługi następuje przez osobę bezpośrednio ją realizującą oraz przez kierownika danej komórki organizacyjnej. Ustalenia dotyczące nadzorowania procesów oraz świadczonych usług określają zarówno przepisy prawne, umowy o pracę, kontrakty oraz inne uregulowania zawarte w procedurach, instrukcjach czy uchwałach. W poszczególnych komórkach organizacyjnych prowadzone są zapisy stanowiące dowód, że usługa świadczona jest w warunkach nadzorowanych.

b) Walidacja procesów dostarczania usługi

Walidacja realizowanych usług dokonywana jest bezpośrednio przez personel medyczny w trakcie diagnozowania i leczenia pacjenta. W wyniku walidacji następuje potwierdzenie postawionego rozpoznania wstępnego i kontynuacja wybranego sposobu leczenia lub modyfikacja leczenia. Zrealizowana usługa jest również walidowana w momencie zakończenia leczenia ambulatoryjnego lub wypisu pacjenta z oddziału, kiedy lekarz dokonuje porównania stanu zdrowia pacjenta przed i po zrealizowaniu terapii. Zapisy dotyczące walidacji usługi medycznej dokonywane są w dokumentacji indywidualnej pacjenta.

c) Identyfikacja i identyfikowalność



W Szpitalu zapewniona jest identyfikacja i identyfikowalność pacjenta, personelu, świadczonych usług, topografii szpitala, sprzętu medycznego a także wykonywanych czynności przez personel Szpitala.

Identyfikowalność tzn. odtworzenie historii przebiegu realizacji usługi polega na analizie zapisów w dokumentacji medycznej, które pozwalają ustalić: czas i miejsce przyjęcia pacjenta, dane pacjenta, dane lekarzy/ pielęgniarek wykonujących poszczególne działania, zakres leczenia, dane charakteryzujące użyte materiały oraz wyposażenie stosowane podczas leczenia.

d) Własność pacjenta

Własnością pacjenta jest przede wszystkim jego zdrowie i życie, nadzór nad którymi powierza kompetentnemu personelowi medycznemu. Ponadto własnością pacjenta są jego dane osobowe, dokumentacja medyczna dostarczona przez pacjenta, rzeczy osobiste w tym przedmioty ortopedyczne, materiał biologiczny.

Opieka nad pacjentem sprawowana jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w oparciu o wymagania: prawne, etyczne, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta. Gwarantowana jest poufność wszystkich informacji związanych z przebiegiem leczenia. Dane osobowe pacjentów przetwarzane w procesie realizacji usługi podlegają nadzorowi i zabezpieczeniu na zasadach określonych w przepisach prawa. Wszystkie dokumenty i materiał biologiczny są odpowiednio zabezpieczone.


e) Zabezpieczenie dostarczania usługi

Zabezpieczenie stanu zdrowia pacjentów w trakcie realizacji usługi i po jej wykonaniu odbywa się poprzez opiekę nad pacjentem, ochronę jego zdrowia i życia, zapewnienie prawidłowego transportu pomiędzy oddziałami a także podczas przewożenia pacjenta na badania diagnostyczne, konsultacje zewnętrzne do innej jednostki oraz wypisu ze szpitala.

Wszystkie dokumenty, zapisy oraz przedmioty materialne (np. leki, materiały medyczne) towarzyszące realizacji usługi są zabezpieczane poprzez właściwą identyfikację, przechowywanie w miejscach do tego przeznaczonych oraz ochronę przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą oraz dostępem osób nieupoważnionych.

Poprzez zabezpieczenie usługi należy rozumieć również postępowanie z pacjentem po zakończonej hospitalizacji:

- zalecenia lekarskie, pielęgniarskie,
- wystawienie stosownych skierowań (rehabilitacja, leczenie w poradni specjalistycznej itp.),
- zabezpieczenie pacjenta w recepty na niezbędne leki,

 SZPITAL ŚREDZKI		Szpital Średzki Spółka z o.o. ul. Żwirki i Wigury10, 63-000 Środa Wlkp.	
KJ	KSIĘGA JAKOŚCI		Wydanie:4 Data:02.02.2015r. Strona:20 z 22

- transport pacjenta do domu lub innego podmiotu leczniczego- zgodnie z przepisami prawa i umową NFZ,
- zabezpieczenie zwłok pacjenta w razie jego śmierci.

6.7.6 Nadzorowanie urządzeń do monitorowania i pomiarów

Szpital Średzki Spółka z o.o. prowadzi nadzór nad wyposażeniem pomiarowym oraz sprzętem medycznym wykorzystywanym przy realizacji usług medycznych. Prowadzony jest monitoring temperatury we wszystkich lodówkach. Z pomiarów prowadzone są zapisy. Każdy hospitalizowany pacjent ma monitorowane wszystkie niezbędne parametry życiowe, zapisy umieszczone są w dokumentacji medycznej.

Ponadto w zakresie diagnostyki laboratoryjnej prowadzona jest planowana kontrola wewnątrz i zewnątrz laboratoryjna.

W zakresie diagnostyki radiologicznej wykonywane są podstawowe i specjalistyczne testy oraz prowadzona jest analiza zdjęć powtórzonych.

6.8 POMIARY, ANALIZY I DOSKONALENIE

6.8.1 Zadowolenie pacjenta


W Szpitalu Średzkim Spółka z o.o. prowadzone są anonimowe badania ankietowe. Szpital traktuje badania satysfakcji pacjentów jako badanie jakości usług zdrowotnych w celu ich poprawy a nie tylko jako pomiar opinii. Analizie podlegają także pochwały, skargi i roszczenia pacjentów. Uzyskane dane są podstawą do podejmowania działań doskonalących.

6.8.2 Audit wewnętrzny

W Szpitalu przeprowadzane są audyty wewnętrzne w zaplanowanych odstępach czasu w celu określenia czy system zarządzania jakością jest zgodny z ustaleniami, wymaganiami normy ISO 9001, wewnętrznymi wymaganiami oraz czy jest on skutecznie wdrożony i utrzymywany. Audyty prowadzone są w trybie planowym i pozaplanowym przez bezstronnych i kompetentnych auditorów. W wyniku auditów podejmowane są działania korygujące i zapobiegawcze. Szczegółowy tryb postępowania określono w ZJ/P/01 Audyty wewnętrzne

6.8.3 Monitorowanie i pomiary

W Szpitalu stosowane są ustalone metody monitorowania oraz metody pomiarów procesów systemu zarządzania jakością. Metody te wykazują zdolność procesów do osiągnięcia zaplanowanych wyników.

 SZPITAL SREDZKI		Szpital Średzki Spółka z o.o. ul. Żwirki i Wigury10, 63-000 Środa Wlkp.	
KJ	KSIĘGA JAKOŚCI		Wydanie:4 Data:02.02.2015r. Strona:21 z 22

W przypadku gdy zaplanowane wyniki nie są osiągalne podejmowane są działania korekcyjne i korygujące.

Informacje dotyczące monitorowania i pomiarów procesów zostały przedstawione w Kartach Procesów oraz w dokumencie Mierniki procesów.

6.8.4 Nadzór nad niezgodnościami

W Szpitalu zapewniono, że usługa niezgodna z wymaganiami jest identyfikowana i nadzorowana. Szczegółowy tryb postępowania opisano ZJ/P/04 Nadzór nad usługą niezgodną. W procedurze uwzględniono postępowanie z niezgodnościami występującymi przy dostawie, podczas realizacji procesów oraz w przypadku reklamacji. Procedura dotyczy wszystkich realizowanych w Szpitalu procesów.

6.8.5 Analizowanie danych

W Szpitalu są zbierane i analizowane odpowiednie dane w celu wykazania przydatności i skuteczności systemu zarządzania jakością oraz w celu oceny możliwości prowadzenia ciągłego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością.

Są to między innymi dane będące wynikiem monitorowania i pomiaru procesów oraz dane pochodzące z innych źródeł.

Analizie podlegają informacje dotyczące:

- a) zadowolenia klientów, w tym skargi i wnioski pacjentów,
- b) zgodność usług z wymaganiami,
- c) dostawców,
- d) właściwości i trendów procesów,
- e) danych statystycznych.

6.8.6 Doskonalenie

Założeniem polityki Jakości Szpitala jest nieustanne doskonalenie systemu zarządzania jakością oraz spełnianie wymagań i oczekiwań pacjentów.

W Szpitalu system zarządzania jakością jest ciągle doskonalony poprzez wykorzystywanie Polityki Jakości, celów dotyczących jakości wyników auditów, analizy danych, działań korygujących i zapobiegawczych oraz przeglądu zarządzania

6.8.7 Działania korygujące

W Szpitalu podejmowane są działania korygujące eliminujące przyczyny niezgodności w celu zapobiegania ich powtórnemu wystąpieniu. Działania te są dostosowane do skutków stwierdzonych niezgodności. Prowadzony jest przegląd skuteczności podjętych działań korygujących. Działania korygujące podejmowane są w wyniku auditów wewnętrznych, przeglądów zarządzania oraz bieżącej oceny funkcjonowania Szpitala.

Szczegółowy tryb postępowania opisano w ZJ/P/03 Działania korygujące i zapobiegawcze

6.8.8 Działania zapobiegawcze

W Szpitalu określono działania zapobiegawcze eliminujące przyczyny potencjalnych niezgodności w celu zapobiegania ich wystąpieniu. Działania te są dostosowane do skutków potencjalnych problemów. Prowadzony jest przegląd skuteczności podjętych działań zapobiegawczych.

Identyfikacji zagrożeń dokonuje się w trakcie auditów wewnętrznych, przeglądów zarządzania oraz bieżącej oceny funkcjonowania Szpitala

Szczegółowy tryb postępowania opisano w ZJ/P/03 Działania korygujące i zapobiegawcze

7 TABELA ZMIAN

Lp.	Treść zmiany	Data wprowadzenia zmiany
1	Zaktualizowano treść wszystkich rozdziałów Księgi Jakości. Należy zapoznać się z treścią całego dokumentu.	27.09.2010r.
2	Zaktualizowano treść wszystkich rozdziałów Księgi Jakości. Należy zapoznać się z treścią całego dokumentu	02.09.2013r.
3	Zaktualizowano treść wszystkich rozdziałów Księgi Jakości. Należy zapoznać się z treścią całego dokumentu	02.02.2015r.