

ZJ/P/04

NADZÓR NAD USŁUGĄ NIEZGODNĄ

Wydanie:3
Data:20.02.2014r.
Strona 1 z 3

WŁAŚCICIEL PROCEDURY: Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

JEST TO OFICJALNY I PODLEGAJĄCY EWIDENCJI DOKUMENT I NIE MOŻE BYĆ POWIELANY BEZ ZGODY PEŁNOMOCNIKA DS. ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

I. CEL

Celem procedury jest określenie nadzoru i związanej z tym odpowiedzialności i uprawnień dotyczących postępowania z usługą niezgodną oraz zapewnienie, że w przypadku wystąpienia niezgodności:

- zostaną one zidentyfikowane i będą nadzorowane tak, aby zapobiec ich niezamierzonemu użyciu w procesie świadczonych usług medycznych,
- zostaną podjęte działania w celu wyeliminowania stwierdzonych niezgodności.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES STOSOWANIA

Przedmiotem procedury są zasady i tryb postępowania w przypadku stwierdzenia niezgodności. Tryb postępowania z niezgodnościami stwierdzonymi podczas auditów określa procedura ZJ/P/01 audyty wewnętrzne.

III. TERMINOLOGIA

Niezgodność- niespełnienie wymagania (procedury, instrukcji, przyjętego sposobu postępowania, przepisów prawa, zapisów norm)

Zgodność- spełnienie wymagania

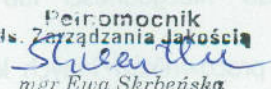
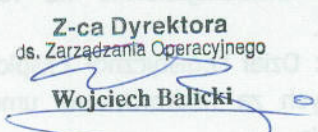
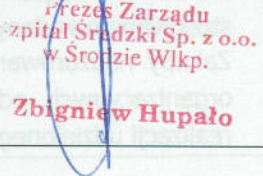
Wymaganie- potrzeba lub oczekiwanie, które zostało ustalone, przyjęte zwyczajowo lub jest obowiązkowe.


Usługa niezgodna- usługa nie spełniająca wymagań

Korekcja- działanie w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności

Naprawa- działanie wobec wyrobu (usługi) niezgodnego, aby uczynić go możliwym do przyjęcia do zamierzonego użycia

Zwolnienie- pozwolenie na przejście do następnego etapu procesu.

Opracował:	Sprawdził:	Zatwierdził:
Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością	Z-ca Dyrektora ds. Zarządzania Operacyjnego	Prezes Zarządu
Ewa Skrbeńska	Wojciech Balicki	Zbigniew Hupało
<p>Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością</p>  <p>mgr Ewa Skrbeńska</p>	<p>Z-ca Dyrektora ds. Zarządzania Operacyjnego</p>  <p>Wojciech Balicki</p>	<p>Prezes Zarządu Szpital Śródzki Sp. z o.o. w Środzie Wlkp.</p>  <p>Zbigniew Hupało</p>

		Szpital Średzki Spółka z o.o. ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wlkp.	
ZJ/P/04	NADZÓR NAD USŁUGĄ NIEZGODNĄ		Wydanie:3 Data:20.02.2014r. Strona 2 z 3

IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. Rejestrowanie stwierdzonych niezgodności	Realizują: Kierownik komórki org. Pracownik
<ol style="list-style-type: none"> Kierownicy komórek organizacyjnych są zobowiązani do założenia i prowadzenia rejestrów stwierdzonych niezgodności- zgodnie z załącznikiem do niniejszej procedury lub zgodnie ze szczegółowymi zasadami ustalonymi w danym obszarze. Ważne jest aby wszystkie stwierdzone niezgodności były zapisane. Wpisu do rejestru może dokonać każdy pracownik Szpitala. Kierownik komórki organizacyjnej zobowiązany jest do okresowego przeglądania rejestru (potwierzonego zapisem), a w przypadku powtarzających się niezgodności do wszczęcia działań korygujących zgodnie z ZJ/P/03 Procedurą działań korygujących i zapobiegawczych. 	
2. Niezgodności wykryte podczas świadczenia usług medycznych	Realizują: Kierownik komórki org. Pracownik
<ol style="list-style-type: none"> Każdy pracownik komórki organizacyjnej zobowiązany jest do identyfikowania i niezwłocznego usuwania niezgodności zgodnie z zakresem obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień. Wszelkie niezgodności należy ewidencjonować na formularzu rejestr niezgodności lub innym stosowanym w danym obszarze. W przypadku braku możliwości usunięcia niezgodności pracownik zobowiązany jest zgłosić ten fakt przełożonemu, który może zdecydować o wystawieniu F13-Adm karty niezgodności w przypadku podjęcia decyzji o konieczności wdrożenia działań korygujących. Kartę należy przekazać do Pełnomocnika ds. ZJ zgodnie z procedurą ZJ/P/03 działania korygujące i zapobiegawcze. Kierownik komórki organizacyjnej może ustalić w oparciu o niniejszą procedurę szczegółowy tryb postępowania z niezgodnościami w podległej mu komórce. 	
3. Postępowanie z reklamacjami	Realizują: Biuro Zarządu
<ol style="list-style-type: none"> W przypadku skarg pacjentów obowiązuje Procedura rozpatrywania skarg pacjentów. Biuro Zarządu odpowiada za podejmowanie działań zgodnych z powyższą procedurą. W przypadku zgłoszenia przez pacjentów roszczeń odszkodowawczych wobec szpitala za właściwe postępowanie odpowiedzialne jest Biuro Zarządu. Pracownik Biura Zarządu może zdecydować o wystawieniu F13-Adm karty niezgodności w przypadku podjęcia decyzji o konieczności wdrożenia działań korygujących. Kartę należy przekazać do Pełnomocnika ds. ZJ zgodnie z procedurą ZJ/P/03 działania korygujące i zapobiegawcze. W przypadku niezgodności wykrytych przez organy kontroli zewnętrznej za właściwe postępowanie odpowiedzialne jest Biuro Zarządu. Pracownik Biura Zarządu może zdecydować o wystawieniu F13-Adm karty niezgodności w przypadku podjęcia decyzji o konieczności wdrożenia działań korygujących. Kartę należy przekazać do Pełnomocnika ds. ZJ zgodnie z procedurą ZJ/P/03 działania korygujące i zapobiegawcze. W przypadku uwag pacjentów zgłaszanych w ankietach badania satysfakcji pacjentów właściwe jest postępowanie zgodne z procedurą badania satysfakcji pacjentów. 	
4. Niezgodności w zakresie zakupów	Realizuje: Kierownicy komórek org.
<ol style="list-style-type: none"> Wszelkie niezgodności należy ewidencjonować na formularzu rejestr niezgodności lub innym stosowanym w danym obszarze. Zakupy nadzorowane są przez: Dział Logistyczno- Eksploatacyjny oraz pracowników innych komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za nadzorowanie umów, wykazanych w arkuszu informacyjnym realizacji udzielonego zamówienia. 	

ZJ/P/04

NADZÓR NAD USŁUGĄ NIEZGODNĄ

Wydanie:3
Data:20.02.2014r.
Strona 3 z 3

3. Wszelkie dostawy niezgodne muszą być oznaczone jako NIEZGODNE lub przechowywane na półkach odpowiednio oznaczonych
4. W zależności od charakteru niezgodności dostawy mogą być odrzucone, reklamowane lub warunkowo uznane za zgodne.
5. Kierownik komórki organizacyjnej odpowiedzialny za dostawy z zewnątrz podejmuje decyzję co do trybu postępowania. Kierownik może zdecydować o wystawieniu protokołu rozbieżności. Kierownik może zdecydować także o wystawieniu karty niezgodności w przypadku podjęcia decyzji o konieczności wdrożenia działań korygujących. Kartę należy przekazać do Pełnomocnika ds. ZJ zgodnie z ZJ/P/03 Procedurą działań korygujących i zapobiegawczych.

V. ZAPISY

Lp.	Nazwa dokumentu	Forma przechowywania	Miejsce przechowywania	Czas przechowywania minimum	Sposób postępowania po okresie przechowywania
1	F17-Adm Rejestr niezgodności	Pismo	Komórka organizacyjna	2 lata	Przekazać do archiwum szpitala
2	F18-Adm Protokół rozbieżności	Pismo	Komórka przyjmująca dostawę	2 lata	Przekazać do archiwum szpitala

VI. ZAŁĄCZNIKI

F17-Adm rejestr niezgodności

F18-Adm protokół rozbieżności

VII. DOKUMENTY ZWIĄZANE

1. ZJ/P/03 Procedura działań korygujących i zapobiegawczych
2. Procedura rozpatrywania skarg i wniosków
3. Procedura badania satysfakcji pacjentów

VIII. TABELA ZMIAN

Lp.	Treść zmiany	Data wprowadzenia zmiany
1	Zaktualizowano treść wszystkich punktów procedury. Należy zapoznać się z całą procedurą	20 stycznia 2014r.
2	Zaktualizowano treść po przekształceniu SPZOZ w Środzie Wlkp. w Szpital Średzki Sp. z o.o.	20 lutego 2014r.

