KSIĘGA JAKOŚCI

SP ZOZ

w Człuchowie

Edycja 5

Egzemplarz 1

Opracowała Pełnomocnik ds. SZJ
Danuta Miszczyszyn

Zatwierdził:

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zdzisław Rachubiński

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka

Obowiązuje od dnia 06.11.2017 r. ze zm.

Wszelkie prawa zastrzeżone

SPIS TREŚCI (wg wymagań Normy ISO 9001:2015):

1. Wprowadzenie 4
2. Prezentacja SP ZOZ w Człuchowie 4
3. Terminologia 6
4. Kontekst organizacji 7
4.1 Zrozumienie organizacji i jej kontekstu 7
4.2 Zrozumienie potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych 8
4.3 Określenie zakresu systemu zarządzania jakością 8
4.4 System zarządzania jakością i jego procesy 10
5. Przywództwo 12
5.1 Przywództwo i zaangażowanie 12
5.1.1 Postanowienia ogólne 12
5.1.2 Orientacja na Pacjenta/Klienta 12
5.2 Polityka 13
5.2.1 Ustanowienie polityki jakości 13
5.2.2 Komunikowanie polityki jakości 15
5.3 Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji 15
5.3.1 Przedstawiciel Kierownictwa 15
6. Planowanie 16
6.1 Działania odnoszące się do ryzyk i szans 16
6.2 Cele jakościowe i planowanie ich osiągnięcia 16
6.3 Planowanie zmian 17
7. Wsparcie 17
7.1 Zasoby 17
7.1.1 Postanowienia ogólne 17
7.1.2 Ludzie 17
7.1.3 Infrastruktura 18
7.1.4 Środowisko funkcjonowania procesów 19
7.1.5 Zasoby do monitorowania i pomiarów 19
7.1.6 Wiedza organizacji 20
7.2 Kompetencje 20
7.3 Świadomość 20
7.4 Komunikacja 21
7.5 Udokumentowane informacje 21
7.5.1 Postanowienia ogólne - Dokumentacja Systemu Zarządzania 22
7.5.2 Tworzenie i aktualizacja 22
7.5.3 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami 23
8. Działania operacyjne 23
8.1 Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi 23
8.2 Wymagania dotyczące wyrobów - usług 24
8.2.1 Komunikacja z Pacjentem/Klientem 24
8.2.2 Określenie wymagań dotyczących wyrobów - usług 25
8.2.3 Przegląd wymagań dotyczących usługi 25
8.2.4 Zmiany wymagań dotyczących usługi 25
8.3 Projektowanie i rozwój [WYMAGANIE WYŁĄCZONE] 26
8.4 Nadzorowanie procesów zlecanych na zewnątrz 26
8.5 Dostarczanie usług 26
8.5.1 Nadzorowanie dostarczania usług 26
8.5.2 Identyfikacja i identyfikowalność 27
8.5.3 Własność Pacjenta/Klienta 28

8.5.4 Zabezpieczenie produktu 28
8.5.5 Działania po dostawie usługi 29
8.5.6 Nadzór nad zmianami 29
8.6 Zwolnienie usług 30
8.7 Nadzorowanie usługi niezgodnej z wymaganiami 30
9. Ocena efektów działalności 31
9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena 31
9.1.1 Postanowienia ogólne 31
9.1.2 Zadowolenie Pacjenta/Klienta 31
9.1.3 Analiza i ocena 32
9.2 Audit wewnętrzny 32
9.2.1 Audyt wewnętrzny *(ustawa o finansach publicznych)* 33
9.3 Przegląd zarządzania 33
9.3.1 Postanowienia ogólne 33
9.3.2 Dane wejściowe do przeglądu zarządzania 33
9.3.3 Dane wyjściowe z przeglądu zarządzania 34
10. Doskonalenie 34
10.1 Postanowienia ogólne 34
10.2 Niezgodności i działania korygujące 35
10.3 Ciągłe doskonalenie 35
Tabela zmian w Księdze Jakości 36

Standardy kontroli zarządczej i punkty normy ISO 9001:2015,

w których standardy mają zastosowanie

A. Środowisko wewnętrzne

A.1. Przestrzeganie wartości etycznych → N 5.1
A.2. Kompetencje zawodowe → N 7.1.6, N 7.2
A.3. Struktura organizacyjna → N 5.3
A.4. Delegowanie uprawnień → N 5.3, N 7.2

B. Cele i zarządzanie ryzykiem

B.5. Misja → N 5.2
B.6. Określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji → N 6.2
B.7. Identyfikacja ryzyka → N 6.1
B.8. Analiza ryzyka → N 6.1
B.9. Reakcja na ryzyko → N 6.1

C. Mechanizmy kontroli

C.10. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej → N 7.5
C.11. Nadzór → N 8.2.3, N 8.5, N 8.5.6, N 8.6, N 8.7
C.12. Ciągłość działalności → N 5.3, N 9.3
C.13. Ochrona zasobów → N 7.1.3, N 8.5.2, N 8.5.3, N 8.5.4
C.14. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarcz. → N 8.4
C.15. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych → N 7.1.3, N 8.5.3

D. Informacja i komunikacja

D.16. Bieżąca informacja → N 7.4, N 7.5, N 8.5
D.17. Komunikacja wewnętrzna → N 7.4
D.18. Komunikacja zewnętrzna → N 5.1.2, N 7.4, N 8.2.1, N 9.1.2

E. Monitorowanie i ocena

E.19. Monitorowanie systemu kontroli zarządczej → N 8.5.6, N 8.6, N 9.1, N.9.2, N 10
E.20. Samoocena → N 9.1
E.21. Audyt wewnętrzny → N 9.2
E.22. Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej → N 9.3

Wszelkie prawa zastrzeżone

1. Wprowadzenie

Księga jakości jest opisem opracowanego, wdrożonego i utrzymywanego w SP ZOZ w Człuchowie Systemu Zarządzania Jakością (SZJ) zintegrowanego z kontrolą zarządczą. Obejmuje ona wymagania normy PN-EN ISO 9001:2015 i standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. System ten jest dostosowany do specyfiki pracy SP ZOZ, podaje cele i zadania niezbędne dla realizacji procesów, dla zapewnienia założonej jakości usług przedstawionych w ujęciu procesowym.

Opisany w Księdze Jakości system zarządzania jakością nadzorowany jest przez Pełnomocnika ds. SZJ.

Pracownicy SP ZOZ w Człuchowie są zobowiązani do zapoznania się z treścią niniejszej Księgi Jakości i stosowania zawartych w niej postanowień oraz przywołanych w niej dokumentów.

2. Prezentacja SP ZOZ w Człuchowie

Miejski Szpital w Człuchowie posiada studwudziestopięcioletnią historię. Budynek główny został oddany do eksploatacji w 1892 roku, posiadał wówczas 40 łóżek. Pierwsza rozbudowa nastąpiła w latach 1932-1938, co było związane z ekspansją wojenną Niemiec na wschód. W okresie wojny szpital spełniał rolę szpitala wojskowego.

Po wyzwoleniu jedyną placówką służby zdrowia w powiecie był szpital z dwoma lekarzami. Opiekę nad pacjentami sprawowały siostry franciszkanki z Zakonu Sióstr Franciszkanek w Orliku. Uczyły one jednocześnie wolontariuszki „zawodu" i organizowały pracę w szpitalu. Stworzono zalążki transportu chorych oraz gospodarstwo pomocnicze. Najważniejszym problemem w zakresie walki o zdrowie społeczeństwa było wówczas zlikwidowanie chorób zakaźnych takich jak: dur brzuszny, tyfus, czerwonka, gruźlica płuc.

W pierwszym okresie obejmującym lata 1945-1954 służba zdrowia podlegała ubezpieczalniom społecznym i funkcjonowała na podstawie przedwojennych wzorców. Później, podporządkowana została radom narodowym, w Człuchowie - Prezydium Powiatowej Rady Narodowej, w ramach której istniał Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej sprawujący nadzór nad wszystkimi rodzajami lecznictwa w mieście i terenie. W tym okresie nastąpił znaczący postęp w wyposażeniu szpitala i unowocześnieniu metod leczenia, wprowadzono w całym szpitalu centralną tlenownię, otwarto oddział intensywnej opieki i podjęli pracę pierwsi anestezjolodzy.

W latach 1963-1968 szpital był również bazą dydaktyczną dla szkoły asystentek pielęgniarstwa.

Równolegle z rozwojem placówek lecznictwa zamkniętego następował rozwój lecznictwa otwartego. Podstawowe funkcje w lecznictwie otwartym spełniała przychodnia powiatowa. W połowie lat 70-tych posiadała ona poradnie specjalistyczne: ogólną, kobiecą, dziecięcą, internistyczną, przeciwgruźliczą, skórno-weneryczną, okulistyczną, chirurgiczną, laryngologiczną, przeciwalkoholową i stomatologiczną.

Z dniem 1 października 1972 r. powstał w Człuchowie Zespół Opieki Zdrowotnej i Społecznej z połączenia Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej, Prezydium Powiatowej Rady Narodowej, Przychodni Obwodowej, szpitala powiatowego oraz działających w terenie przychodni rejonowych, wiejskich ośrodków zdrowia i punktów felczerskich.

W latach 70-tych rozwijano bazę szpitalną – wybudowano oddział dziecięcy.

Pod koniec dekady szpital posiadał 6 oddziałów. Od 1979 roku Zespoły Opieki Zdrowotnej były nadzorowane przez odpowiednie organy w Urzędach Wojewódzkich.

W ramach dalszej reformy ochrony zdrowia, na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. oraz innych przepisów dotyczących służby zdrowia, tworzono Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej.

Większość tych zakładów została przekazana pod zarząd jednostkom samorządu terytorialnego. Przyjęte przez organy samorządu zakłady traciły status jednostek budżetowych i jako samodzielne jednostki zaczęły konkurować na rynku usług medycznych o dostęp do środków finansowych, głównie przez kontrakty: w 1998 roku z Wojewodą, od 1999 roku z Kasami Chorych, a od 1 kwietnia 2003 roku z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Skromność tych środków zaczęła wymuszać na dyrektorach restrukturyzację zarządzanych przez nich placówek i ograniczenia wydatków.

4 lipca 1996 roku Wojewoda Słupski nadał Szpitalowi Rejonowemu w Człuchowie imię Jana Oskara Parnasa (1923-1995), lekarza o wielkiej wiedzy, dobroci i etyce zawodowej, ordynatora tutejszego oddziału chirurgicznego w latach 1956-1983. Pod jego kierunkiem przeprowadzane były pionierskie, jak na owe czasy, zabiegi z zakresu urologii, neurochirurgii i onkologii.

SP ZOZ w Człuchowie

Zgodnie z zarządzeniem Nr 39/97 Wojewody Słupskiego z dniem 1 grudnia 1997 roku Zespół Opieki Zdrowotnej w Człuchowie został przekształcony w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, posiadający osobowość prawną.

Organem założycielskim jednostki jest Starostwo Powiatu Człuchowskiego.

Obecnie Zakład działa na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z późniejszymi zmianami, statutu oraz innych przepisów dotyczących ochrony zdrowia i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie udziela świadczeń zdrowotnych dla ludności powiatu człuchowskiego i swoim działaniem obejmuje populację zamieszkującą na terenie: miasta Człuchów, miast i gmin Czarne i Debrzno oraz gmin Człuchów, Koczała, Przechlewo, Rzeczenica. Zakład świadczy również usługi medyczne, w ramach swoich możliwości, dla potrzeb ludności całego kraju oraz cudzoziemców przebywających okresowo lub turystycznie na terenie powiatu człuchowskiego.

Od 1998 roku w SP ZOZ sukcesywnie wprowadzano nowe rozwiązania strukturalno-organizacyjne. Działania te były skoncentrowane głównie na zmianie wskaźników decydujących o efektywnym wykorzystaniu posiadanej kadry medycznej (restrukturyzacja zatrudnienia), zaplecza diagnostyczno-terapeutycznego i bazy lokalowej. W konsekwencji długofalowych działań w szpitalu uzyskano korzystne wskaźniki dotyczące przelotowości, przeciętnego wykorzystania łóżek oraz długości hospitalizacji.

W wyniku analizy rynku świadczeń zdrowotnych jedne oddziały szpitalne były likwidowanie, inne tworzone. Rozszerzono działalność jednostki poprzez utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Hospicjum.

Powyższym rozwiązaniom towarzyszyły działania zmierzające do poprawy wskaźników ekonomicznych jednostki.

Przekształcenia o charakterze restrukturyzacyjnym potwierdzają załączone do Statutu SP ZOZ schematy organizacyjne.

Od wielu lat SP ZOZ jest zaangażowany w działania na rzecz jakości dostosowując swoją działalność do obowiązujących standardów jakościowych. To sprawiło, że 19 maja 2008 r. otrzymaliśmy certyfikat jakości ISO 9001, który jest utrzymywany. Kolejnym krokiem w kierunku doskonalenia było uzyskanie 25 września 2013 r. certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego przez Ministra Zdrowia, potwierdzającego spełnienie przez SP ZOZ w Człuchowie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.

3. Terminologia

W Księdze Jakości obowiązuje terminologia zgodna z normą ISO 9001:2015 i standardami kontroli zarządczej.

1) **audit** – systematyczny, niezależny i udokumentowany proces pozyskiwania dowodów spełnienia wymagań oraz ich obiektywnej oceny w celu określenia stopnia spełnienia kryteriów wymagania
2) **auditor** – osoba mająca kompetencje do przeprowadzania auditu
3) **ciągłe doskonalenie** – powtarzające się działania mające na celu zwiększenie zdolności do spełnienia wymagań
4) **dostawca** - organizacja lub osoba, która dostarcza wyrób lub usługę
5) **działanie korekcyjne** – działanie w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności
6) **działanie korygujące** – działanie mające na celu wyeliminowania przyczyny niezgodności i zapobieżenia ponownemu wystąpieniu
7) **klient** – osoba lub organizacja, która otrzymuje efekt finalny procesu: usługę lub produkt
8) **kontekst organizacji** - kombinacja czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które mogą wpływać na podejście organizacji do ustalania i osiągania swoich celów
9) **kontekst wewnętrzny** - środowisko wewnętrzne, w którym organizacja dąży do osiągnięcia swoich celów
10) **kontekst zewnętrzny** – środowisko zewnętrzne, w którym organizacja dąży do osiągnięcia swoich celów
11) **kontrola zarządcza** – ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. Wytyczne prawne w tym zakresie stanowi art. 68 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych i Komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16.12.2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych
12) **księga jakości (KJ)** – specyfikacja, w której określono system zarządzania jakością organizacji
13) **niezgodność** – niespełnienie wymagania
14) **procedura** - ustalony sposób przeprowadzenia działania lub procesu (procedury mogą być udokumentowane lub nie)
15) **proces** - zbiór działań wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących, które wykorzystują wejścia procesu do dostarczenia zamierzonego rezultatu
16) **ryzyko** – prawdopodobieństwo zaistnienia negatywnego zdarzenia, redukującego szansę organizacji na osiągnięcie jej celów
17) **strona zainteresowana/ interesariusz** - osoba lub organizacja, która może mieć wpływ na decyzje lub działania, podlegać ich wpływom lub która uważa się za podlegającą wpływom decyzji lub działań

18) **system zarządzania jakością (SZJ)** – system zarządzania do kierowania organizacją i jej nadzorowania w odniesieniu do jakości
19) **udokumentowana informacja** – informacja, która powinna być nadzorowana i utrzymywana przez organizację, oraz nośnik, na jakim jest zawarta
20) **właściciel ryzyka** – osoba lub jednostka rozliczana z zarządzania ryzykiem i uprawniona do tego zarządzania
21) **wymaganie** - potrzeba lub oczekiwania, które zostały ustalone, przyjęte zwyczajowo lub są obowiązkowe
22) **zadowolenie pacjenta/klienta** – percepcja pacjenta/klienta dotycząca stopnia, w jakim jego wymagania zostały spełnione
23) **zarządzanie ryzykiem** – skoordynowane działania dotyczące kierowania i nadzorowania organizacją w odniesieniu do ryzyka.

Inne terminy i definicje należy rozumieć zgodnie z opisami w poszczególnych punktach normy ISO 9001:2015, opisanych w Księdze Jakości lub w procedurach.

4. Kontekst organizacji

4.1 Zrozumienie organizacji i jej kontekstu

SP ZOZ w Człuchowie w realizacji zadań musi uwzględniać szereg czynników, składających się na kontekst zewnętrzny i wewnętrzny organizacji. Czynniki te mogą mieć wpływ pozytywny lub negatywny na zdolność SP ZOZ do osiągania zamierzonych wyników, na opracowanie i osiąganie celów, na zakres, ilość, przebieg i jakość realizacji usług. Czynniki te mogą się zmieniać, dlatego są na bieżąco monitorowane i przeglądane. Przy planowaniu, poszczególnych elementów SZJ oraz przy identyfikacji ryzyk i szans a także podczas zarządzania ryzkiem bierze się pod uwagę zidentyfikowane czynniki kontekstu, takie jak:

Czynniki zewnętrzne:

- prawne – wymagania dotyczące zasad udzielania świadczeń zdrowotnych i innych powiązanych, mających zastosowanie w ochronie zdrowia
- finansowe – finansowanie z NFZ, możliwości pozyskiwania środków z innych źródeł, dostępność kredytów
- ekonomiczne – koniunktura gospodarcza, stopy procentowe kredyty, inflacja, koszty mediów, poziom bezrobocia, poziom i tempo rozwoju gospodarczego kraju i regionu
- technologiczne – rozwój nowych metod leczenia i diagnostyki
- konkurencyjne – bliskość nowego szpitala specjalistycznego, świadczenie usług mobilnych (np. mammobusy)
- społeczne – starzejące się społeczeństwo, zwyczaje, bezdomność

Czynniki wewnętrzne:

- struktura organizacyjna, ład organizacyjny
- misja, polityka i cele organizacji
- potencjał organizacji: zasoby i wiedza
- systemy informacyjne, przepływ informacji i procesy podejmowania decyzji (formalne i nieformalne)
- relacje z wewnętrznymi interesariuszami, ich postrzeganie i wartości
- normy, zasady, wytyczne przyjęte przez organizację

- kultura organizacji
- odpowiedzialności i uprawnienia, w tym forma i zakres relacji zawartych w umowach.

4.2 Zrozumienie potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych

Zainteresowane strony, ich oczekiwania i wymagania:

- ✓ **Pacjenci/klienci:** wysoka jakość świadczonych usług, wysoka jakość obsługi, pełna dostępność świadczeń, kompleksowość usług, indywidualne traktowanie, sprawna i terminowa obsługa.
- ✓ **Pracownicy**: dobre warunki pracy, wzrost wynagrodzeń, stabilne zatrudnienie, przyjazne miejsce pracy, sprawne zarządzanie jednostką, możliwość podnoszenia kwalifikacji.
- ✓ **Związki zawodowe:** ochrona praw pracownika, podwyżki wynagrodzeń, polepszanie warunków pracy, utrzymanie miejsc pracy.
- ✓ **Konkurencja**: przejęcie kontraktu z NFZ, przejęcie pacjentów, utrata dobrego wizerunku, utrata płynności finansowej.
- ✓ **Starostwo Powiatowe**: ochrona zdrowia mieszkańców i pracowników, realizowanie polityki zdrowotnej, zachowanie płynności finansowej, świadczenie usług na najwyższym poziomie, przestrzegania przepisów prawa, dobre warunki pracy.
- ✓ **Dostawcy**: terminowa realizacja płatności, nawiązanie długoterminowej współpracy, zwiększenie liczby i wartości zamówień, poszerzenie asortymentu zamówień.
- ✓ **NFZ:** zapewnienie świadczeń zdrowotnych o jak najwyższych standardach za jak najniższą cenę, zapewnienie opieki zdrowotnej w ramach zawartych umów, nieprzekraczanie wartości kontraktu.
- ✓ **Organy kontrolne** (Państwowa Inspekcja Sanitarna, NIK, PIP, NFZ, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, Państwowa Straż Pożarna, Urząd Skarbowy i inne): prowadzenie działalności zgodnie z przepisami prawa, realizacja zaleceń pokontrolnych.
- ✓ **Ministerstwo Zdrowia**: zapewnienie dostępu do świadczeń gwarantowanych o jak najwyższej jakości, prowadzenie działalności zgodnie z przepisami prawa.

4.3 Określenie zakresu systemu zarządzania jakością

Zakres systemem zarządzania jakością w SP ZOZ w Człuchowie obejmuje:

I. <u>UDZIELANIE KOMPLEKSOWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SYSTEMIE PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE</u>:

1. CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
2. PEDIATRII
3. IZBY PRZYJĘĆ
4. BADANIA ENDOSKOPOWE – GASTROSKOPIA; KOLONOSKOPIA
5. BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
6. NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA
7. PORADNI ALERGOLOGICZNEJ
8. PORADNI DIABETOLOGICZNEJ
9. PORADNI ENDOKRYNOLOGICZNEJ
10. PORADNI KARDIOLOGICZNEJ
11. PORADNI LECZENIA GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
18.07.2021

Wszelkie prawa zastrzeżone

nieaktualna 19.07.2021r.

- kultura organizacji
- odpowiedzialności i uprawnienia, w tym forma i zakres relacji zawartych w umowach.

4.2 Zrozumienie potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych

Zainteresowane strony, ich oczekiwania i wymagania:

- ✓ **Pacjenci/klienci:** wysoka jakość świadczonych usług, wysoka jakość obsługi, pełna dostępność świadczeń, kompleksowość usług, indywidualne traktowanie, sprawna i terminowa obsługa.
- ✓ **Pracownicy**: dobre warunki pracy, wzrost wynagrodzeń, stabilne zatrudnienie, przyjazne miejsce pracy, sprawne zarządzanie jednostką, możliwość podnoszenia kwalifikacji.
- ✓ **Związki zawodowe:** ochrona praw pracownika, podwyżki wynagrodzeń, polepszanie warunków pracy, utrzymanie miejsc pracy.
- ✓ **Konkurencja**: przejęcie kontraktu z NFZ, przejęcie pacjentów, utrata dobrego wizerunku, utrata płynności finansowej.
- ✓ **Starostwo Powiatowe**: ochrona zdrowia mieszkańców i pracowników, realizowanie polityki zdrowotnej, zachowanie płynności finansowej, świadczenie usług na najwyższym poziomie, przestrzegania przepisów prawa, dobre warunki pracy.
- ✓ **Dostawcy**: terminowa realizacja płatności, nawiązanie długoterminowej współpracy, zwiększenie liczby i wartości zamówień, poszerzenie asortymentu zamówień.
- ✓ **NFZ:** zapewnienie świadczeń zdrowotnych o jak najwyższych standardach za jak najniższą cenę, zapewnienie opieki zdrowotnej w ramach zawartych umów, nieprzekraczanie wartości kontraktu.
- ✓ **Organy kontrolne** (Państwowa Inspekcja Sanitarna, NIK, PIP, NFZ, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, Państwowa Straż Pożarna, Urząd Skarbowy i inne): prowadzenie działalności zgodnie z przepisami prawa, realizacja zaleceń pokontrolnych.
- ✓ **Ministerstwo Zdrowia**: zapewnienie dostępu do świadczeń gwarantowanych o jak najwyższej jakości, prowadzenie działalności zgodnie z przepisami prawa.

4.3 Określenie zakresu systemu zarządzania jakością

Zakres systemem zarządzania jakością w SP ZOZ w Człuchowie obejmuje:

I. ***lecznictwo stacjonarne*** UDZIELANIE KOMPLEKSOWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w rodzaju:
LECZNICTWO SZPITALNE w zakresie:

1. CHORÓB WEWNETRZNYCH
2. CHIRURGII OGÓLNEJ
3. PEDIATRII
4. NEONATOLOGII
5. INTENSYWNEJ TERAPII I ANESTEZJOLOGII
6. GINEKOLOGII
7. POŁOŻNICTWA
8. IZBY PRZYJĘĆ
9. APTEKA SZPITALNA
10. BLOK OPERACYJNY
11. STERYLIZACJA

12. PORADNI CHIRURGICZNEJ
13. PORADNI CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ
14. PORADNI GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEJ
15. PORADNI NEUROLOGICZNEJ
16. PORADNI NEONATOLOGICZNEJ
17. PORADNI ONKOLOGICZNEJ
18. PORADNI UROLOGICZNEJ

II. LECZNICTWO SZPITALNE:
1. APTEKA
2. STERYLIZACJA

III. W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA W ZAKRESIE PORADNI:
1. OTOLARYNGOLOGICZNEJ
2. LOGOPEDYCZNEJ

IV. W RODZAJU OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ W ZAKRESIE:
1. ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY
2. ODDZIAŁ LECZENIA ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH (DETOKSYKACJI)
3. ODDZIAŁ LECZENIA ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH PO SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH (DETOKSYKACJI)
4. IZBA PRZYJĘĆ PSYCHIATRYCZNA
5. ODDZIAŁ DZIENNY TERAPII UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU
6. ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY
7. LECZENIE ŚRODOWISKOWE
8. PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
9. PORADNIA PSYCHOLOGICZNA
10. PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU
11. PORADNIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH
12. PORADNIA PSYCHOLOGICZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (środowiskowa)

V. W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA W ZAKRESIE:
1. PORADNIA LEKARZA POZ
2. PORADNIA PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO–RODZINNEJ
3. MEDYCYNA SZKOLNA

VI. W RODZAJU ŚWIDCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE W ZAKRESIE:
1. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

VII. W RODZAJU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W ZAKRESIE:
1. PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

VIII. W RODZAJU OPIEKA PALIATYWNO-HOSPICYJNA W ZAKRESIE:
1. HOSPICIUM STACJONARNE
2. HOSPICJUM DOMOWE

IX. W RODZAJU REHABILITACJA LECZNICZA W ZAKRESIE:
1. PORADNI REHABILITACYJNEJ LEKARSKIEJ

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
19.07.2021 r.

Wszelkie prawa zastrzeżone

nieaktualna 19.07.2021 r.

II. ***ambulatoryjną opiekę specjalistyczną***, w rodzaju AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA w zakresie poradni:
   1. ALERGOLOGICZNEJ
   2. DIABETOLOGICZNEJ
   3. DERMATOLOGICZNEJ
   4. ENDOKRYNOLOGICZNEJ
   5. KARDIOLOGICZNEJ
   6. LECZENIA GRUŻLICY I CHORÓB PŁUC
   7. CHIRURGICZNEJ
   8. CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ
   9. GINEKOLOGICZNO-POŁOZNICZEJ
   10. LOGOPEDYCZNEJ
   11. NEUROLOGICZNEJ
   12. NEONATOLOGICZNEJ
   13. ONKOLOGICZNEJ
   14. OTORYNOLARYNGOLOGICZNEJ
   15. UROLOGICZNEJ

III. ***opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień***, w rodzaju OPIEKA PSYCZIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ w zakresie:
   1. Oddział Psychiatryczny
   2. Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynenc. (Detoksykacji)
   3. Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych (Detoksykacji)
   4. Izba Przyjęć Psychiatryczna
   5. Oddział Dzienny Terapii Uzależnień od Alkoholu
   6. Oddział Dzienny Psychiatryczny
   7. Leczenie Środowiskowe (domowe)
   8. Poradnia Zdrowia Psychicznego
   9. Poradnia Psychologiczna
   10. Poradnia Leczenia Uzależnień od Alkoholu
   11. Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych

IV. ***podstawową opiekę zdrowotną*** w rodzaju PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

V. ***świadczenia opiekuńczo lecznicze*** w rodzaju ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE w zakresie:
   1. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY
   2. ***opieki długoterminowej***, PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

VI. ***opieka paliatywno-hospicyjna*** w rodzaju OPIEKA PALIATYWNO-HOSPICYJNA w zakresie:
   1. HOSPICIUM STACJONARNE
   2. HOSPICJUM DOMOWE

VII. ***rehabilitacja lecznicza***, w rodzaju REHABILITACJA LECZNICZA w zakresie:
   1. PORADNI REHABILITACYJNEJ LEKARSKIEJ
   2. FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ
   3. REHABILITACJI SRODOWISKOWEJ

Wszelkie prawa zastrzeżone

2. FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ
3. REHABILITACJI SRODOWISKOWEJ

X. W RODZAJU DZIAŁ POMOCY DORAŹNEJ I RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ZAKRESIE:
1. ZESPÓŁ WYJAZDOWY PODSTAWOWY
2. ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO
3. ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO

XI. W RODZAJU PROMOCJA ZDROWIA W ZAKRESIE:
1. PORADNIA PROMOCJI ZDROWIA
2. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI
3. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
4. PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA
5. PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH POCHP
6. SZKOŁA RODZENIA

XII. W RODZAJU DIAGNOSTYKA W ZAKRESIE:
1. LABORATORIUM Z BANKIEM KRWI
2. SEROLOGIA
3. RENTGENODIAGNOSTYKA(RTG, USG, TK, RM)
4. ULTRASONOGRAFII
5. ELEKTROKARDIOGRAFIA
6. ECHOKARDIOGRAFIA
7. PRÓB WYSIŁKOWYCH
8. BADAŃ HOLTERA
9. SPIROMETRIA
10. MAMMOGRAFIA
11. ENDOSKOPIA

Terytorialnie systemem objęta jest lokalizacja: Człuchów ul. Szczecińska 16 i 31.

4.4 System zarządzania jakością i jego procesy

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej B6]

W SP ZOZ zidentyfikowano procesy i ustalono ich sekwencję oraz ich wzajemne oddziaływania, co przedstawiono na mapie procesów. W każdym procesie określono wejścia i wyjścia. Do każdego realizowanego procesu określono mierniki i wskaźniki oraz ryzyka.
Procesy nienumerowane nie posiadają formy dokumentu.
Wyłonione procesy podzielono na procesy zarządzania, główne i pomocnicze.

Procesy zarządzania:

P.1 – Proces nadzoru nad SZJ
P.21 – Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 – Proces nadzoru i realizacji zagadnień BHP, PPOŻ i OC na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.25 – Proces zarządzania zasobami ludzkimi
+ Proces obsługi finansowo-księgowej

16. 11. 2022

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka

Wszelkie prawa zastrzeżone

Nieaktualna 16.11.2022r.
D. Iliszczyszyn

2. FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ
3. REHABILITACJI SRODOWISKOWEJ

X. W RODZAJU DZIAŁ POMOCY DORAŹNEJ I RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ZAKRESIE:
1. ZESPÓŁ WYJAZDOWY PODSTAWOWY
2. ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO
3. ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO

XI. W RODZAJU PROMOCJA ZDROWIA W ZAKRESIE:
1. PORADNIA PROMOCJI ZDROWIA
2. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI
3. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
4. PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA
5. PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH POCHP
6. SZKOŁA RODZENIA

XII. W RODZAJU DIAGNOSTYKA W ZAKRESIE:
1. LABORATORIUM Z BANKIEM KRWI
2. SEROLOGIA
3. RENTGENODIAGNOSTYKA(RTG, USG, TK, RM)
4. ULTRASONOGRAFII
5. ELEKTROKARDIOGRAFIA
6. ECHOKARDIOGRAFIA
7. PRÓB WYSIŁKOWYCH
8. BADAŃ HOLTERA
9. SPIROMETRIA
10. MAMMOGRAFIA
11. ENDOSKOPIA

Terytorialnie systemem objęta jest lokalizacja: Człuchów ul. Szczecińska 16 i 31.

4.4 System zarządzania jakością i jego procesy

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej B6]

W SP ZOZ zidentyfikowano procesy i ustalono ich sekwencję oraz ich wzajemne oddziaływania, co przedstawiono na mapie procesów. W każdym procesie określono wejścia i wyjścia. Do każdego realizowanego procesu określono mierniki i wskaźniki oraz ryzyka.
Procesy nienumerowane nie posiadają formy dokumentu.
Wyłonione procesy podzielono na procesy zarządzania, główne i pomocnicze.

Procesy zarządzania:

P.1 – Proces nadzoru nad SZJ
P.21 – Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 – Proces nadzoru i realizacji zagadnień BHP, PPOŻ i OC na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.24 – Proces obsługi finansowo-księgowej
P.25 – Proces zarządzania zasobami ludzkimi

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
19.07.2021 r.

Wszelkie prawa zastrzeżone

nieaktualna 19.07.2021r.

VIII. ***ratownictwo medyczne*** w rodzaju RATOWNICTWA MEDYCZNEGO w zakresie:
1. ZESPÓŁ WYJAZDOWY SPECJALISTYCZNY
2. ZESPÓŁ WYJAZDOWY PODSTAWOWY
3. ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO

IX. ***programy profilaktyczne i promocja zdrowia*** w rodzaju PROMOCJA ZDROWIA w zakresie:
1. PORADNIA PROMOCJI ZDROWIA
2. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI
3. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
4. PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA
5. PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH POCHP
6. SZKOŁA RODZENIA

X. ***ambulatoryjne badania diagnostyczne*** w rodzaju DIAGNOSTYKA w zakresie:
1. LABORATORIUM Z BANKIEM KRWI
2. SEROLOGIA
3. RENTGENODIAGNOSTYKA
4. ULTRASONOGRAFII
5. ELEKTROKARDIOGRAFIA
6. ECHOKARDIOGRAFIA
7. PRÓB WYSIŁKOWYCH
8. BADAŃ HOLTERA
9. SPIROMETRIA
10. MAMMOGRAFIA
11. ENDOSKOPIA

ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE w zakresie:
12. BADANIA ENDOSKOPOWE – GASTROSKOPIA; KOLONOSKOPIA
13. BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ.

Terytorialnie systemem objęta jest lokalizacja: Człuchów ul. Szczecińska 31.

4.4 System zarządzania jakością i jego procesy

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej B6]

W SP ZOZ zidentyfikowano procesy i ustalono ich sekwencję oraz ich wzajemne oddziaływania, co przedstawiono na mapie procesów. W każdym procesie określono wejścia i wyjścia. Do każdego realizowanego procesu określono mierniki i wskaźniki oraz ryzyka.
Procesy nienumerowane nie posiadają formy dokumentu.
Wyłonione procesy podzielono na procesy zarządzania, główne i pomocnicze.

Procesy zarządzania:

P.1 - Proces nadzoru nad SZJ
P.21 - Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 - Proces nadzoru i realizacji zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.24 – Proces obsługi finansowo-księgowej
P.25 - Proces zarządzania zasobami ludzkimi

Wszelkie prawa zastrzeżone

+ Proces ochrony danych osobowych
+ Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:

P.2 – Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.4 - Proces realizacji świadczeń zdrowotnych w oddziale leczenia jednego dnia
P.6 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.8 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 – Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 – Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 – Proces świadczenia usług medycznych w Izbie Przyjęć
P.12 – Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.16 – Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 – Proces leczenia krwią i jej składnikami
P.18 – Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej
P.23 – Proces rentgenodiagnostyki
+ Proces leczenia uzależnień
+ Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
+ Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
+ Proces promocji zdrowia
+ Proces rehabilitacji leczniczej
+ Proces wykonywania badań endoskopowych
+ Proces wykonywania badań usg

Procesy pomocnicze:

P.15 – Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 – Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.28 – Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
+ Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
+ Proces zachowania czystości w szpitalu

Do procesów zlecanych na zewnątrz mających wpływ na realizację usług należą:

- rehabilitacja
- diagnostyka obrazowa
- pranie
- żywienie pacjentów.

16. 11. 2022

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka

Wszelkie prawa zastrzeżone

Nieaktualna 16.11.2022 r.
D. Kłoczkowska

+ Proces ochrony danych osobowych
+ Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:

P.2 – Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.6 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.8 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 – Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 – Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 – Proces świadczenia usług medycznych w Izbie Przyjęć
P.12 – Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.16 – Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 – Proces leczenia krwią i jej składnikami
P.18 – Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej
P.23 – Proces rentgenodiagnostyki
+ Proces leczenia uzależnień
+ Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
+ Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
+ Proces promocji zdrowia
+ Proces rehabilitacji leczniczej
+ Proces wykonywania badań endoskopowych
+ Proces wykonywania badań usg

Procesy pomocnicze:

P.15 – Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 – Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.28 – Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
+ Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
+ Proces zachowania czystości w szpitalu

Do procesów zlecanych na zewnątrz mających wpływ na realizację usług należą:

- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- rehabilitacja
- diagnostyka obrazowa
- pranie
- żywienie pacjentów.

Nieaktualna → zmiana 5.11.2018 r. Jaszczyszyn (patrz zmiany)

+ Proces ochrony danych osobowych
+ Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:

P.2 - Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.3 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi
P.4 - Proces wykonywania zabiegów operacyjnych
P.5-1 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi
P.5-2 - Proces postępowania z ciężarną przyjętą do porodu
P.6 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.7 - Proces opieki nad noworodkami
P.8 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 - Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 - Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 - Proces przyjęcia pacjenta w trybie nagłym i planowanym
P.12 - Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.14 - Proces zabezpieczenia anestezjologicznego pacjentów szpitala
P.16 - Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 - Proces oznaczania grup krwi, zgodności grup krwi i przechowywania krwi
+ Proces leczenia uzależnień
+ Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
+ Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
+ Proces promocji zdrowia
+ Proces rehabilitacji leczniczej
+ Proces wykonywania badań endoskopowych
+ Proces wykonywania badań obrazowych

Procesy pomocnicze:

P.15 - Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 - Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.27 - Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
P.28 - Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
+ Proces zachowania czystości w szpitalu

Do procesów zlecanych na zewnątrz mających wpływ na realizację usług należą:
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- rehabilitacja
- diagnostyka obrazowa
- pranie
- żywienie pacjentów.

Wszelkie prawa zastrzeżone

nieaktualna 18.10.2021r.

+ Proces ochrony danych osobowych
+ Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:

P.2 – Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.3 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi
P.4 – Proces wykonywania zabiegów operacyjnych
P.5-1 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi
P.5-2 – Proces postępowania z ciężarną przyjętą do porodu
P.6 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.7 – Proces opieki nad noworodkami
P.8 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 – Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 – Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 – Proces przyjęcia pacjenta w trybie nagłym i planowanym
P.12 – Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 – Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.14 – Proces zabezpieczenia anestezjologicznego pacjentów szpitala
P.16 – Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 – Proces oznaczania grup krwi, zgodności grup krwi i przechowywania krwi
P.18 – Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej
P.23 – Proces rentgenodiagnostyki
+ Proces leczenia uzależnień
+ Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
+ Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
+ Proces promocji zdrowia
+ Proces rehabilitacji leczniczej
+ Proces wykonywania badań endoskopowych

Procesy pomocnicze:

P.15 – Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 – Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.27 – Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
P.28 – Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
+ Proces zachowania czystości w szpitalu

Do procesów zlecanych na zewnątrz mających wpływ na realizację usług należą:

- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- rehabilitacja
- diagnostyka obrazowa
- pranie
- żywienie pacjentów.

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zdzisław Rachubiński
5.11.2018 r.

Wszelkie prawa zastrzeżone

Podwykonawcy wyłaniani są zgodne z wymaganiami prawnymi. Szczegóły dotyczące świadczenia usług określone są w umowach z podwykonawcami a ocena świadczonych usług opisana jest w procedurze ***Oceny dostawców***.

5. Przywództwo

5.1 Przywództwo i zaangażowanie

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej A1]

5.1.1 Postanowienia ogólne

Dyrekcja SP ZOZ w Człuchowie wykazała zaangażowanie w budowę i wdrożenie Systemu Zarządzania Jakością usług świadczonych przez SP ZOZ. Świadczy o tym:

- wzięcie odpowiedzialności za skuteczność systemu oraz bieżąca analiza sprawozdań dotyczących wyników funkcjonowania systemu zarządzania jakością
- przydzielenie odpowiedzialności i uprawnień za zapewnienie zgodności systemu zarządzania jakością z wymaganiami normy
- ustanowienie Misji i Polityki Jakości, zawierającej cele i zobowiązania dotyczące jakości oraz cele jakościowe dla SP ZOZ, odpowiednie do kontekstu organizacji oraz strategicznych kierunków działania
- zakomunikowanie pracownikom Polityki Jakości i Celów Jakości
- zapewnienie skuteczności SZJ - zaplanowanie przeprowadzenia przeglądów SZJ, co najmniej raz na rok, w celu systematycznej oceny przydatności, adekwatności i skuteczności funkcjonującego systemu, a także w celu skutecznego planowania, przebiegu i nadzorowania procesów
- zapewnienie integracji wymagań SZJ do usług realizowanych przez SP ZOZ w Człuchowie
- zapewnienie zintegrowania wymagań systemu zarządzania jakością z procesami biznesowymi organizacji
- promowanie podejścia procesowego i zarządzania ryzykiem
- zapewnienie dostępności zasobów finansowych potrzebnych do realizacji procesów leczenia oraz dla doskonalenia wdrożonego SZJ
- zapewnienie zasobów personalnych, infrastruktury oraz środowiska pracy przyjaznych dla pacjentów oraz pracowników.

5.1.2 Orientacja na Pacjenta/Klienta

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej D18]

Kierownictwo SP ZOZ w Człuchowie, realizując założoną misję „profesjonalnie i życzliwie", w centrum swojego zainteresowania stawia pacjenta/klienta. Zobowiązano wszystkich pracowników SP ZOZ do spełniania słusznych potrzeb i oczekiwań pacjentów i klientów, przy jednoczesnym obowiązku przestrzegania przepisów prawa.

Realizując swoje zaangażowanie w na rzecz pacjentów/klientów Kierownictwo SP ZOZ zapewnia:

- utrzymywanie sprawnego systemu realizacji usług medycznych
- właściwą komunikację personelu SP ZOZ z pacjentem i jego rodziną / z klientem

- otaczanie pacjenta oraz jego rodziny fachową i troskliwą opieką, uwzględniającą również sferę emocjonalną zainteresowanych bliskich stron
- identyfikację ryzyk i szans, które mogą mieć wpływ na zgodność usługi z wymaganiami i zdolność do zwiększania zadowolenia pacjenta/klienta
- zarządzanie ryzykiem
- identyfikację wymagań prawnych do zadań
- spełnienie wymagań NFZ i wymagań prawnych
- poprawę warunków organizacyjnych i technicznych obsługi pacjentów/klientów
- ciągłe doskonalenie SZJ funkcjonującego w SP ZOZ.

Sukces działań SP ZOZ w Człuchowie zależy od zrozumienia i zaspokojenia bieżących i przyszłych potrzeb i oczekiwań obecnych i potencjalnych pacjentów i klientów.
Orientacja na pacjenta/klienta znajduje odzwierciedlenie w szczególności w obszarach:

- organizacji pracy SP ZOZ w Człuchowie
- komunikacji z klientem, w tym przekazywanie informacji o usługach świadczonych przez SP ZOZ w Człuchowie
- określenia wymagań dotyczących usług SP ZOZ
- badania spełnienia określonych wymagań.

Rozpoznanie i określenie wymagań pacjentów/klientów odbywa się poprzez:

- rozmowy z pacjentami/klientami,
- analizę skarg i wniosków,
- analizę wyników badań satysfakcji pacjenta
- analizę nadsyłanej korespondencji,
- analizę informacji w mediach
- zasłyszane opinie.

Dzięki rozpoznaniu oczekiwań pacjenta/klienta Dyrektor SP ZOZ podejmuje działania zmierzające do ciągłego doskonalenia metod i form obsługi pacjentów/klientów w oparciu o ich sugestie oraz propozycje pracowników. Wszystkie sposoby określania i spełniania wymagań pacjenta/klienta mają za cel uzyskanie jego najwyższego poziomu satysfakcji.

5.2 Polityka

5.2.1 Ustanowienie polityki jakości

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej B5]

17.03.2008 r. w SP ZOZ w Człuchowie określono i wdrożono Politykę Jakości, opracowaną przez Dyrekcję SP ZOZ w porozumieniu z Kierownikami poszczególnych komórek i Pełnomocnikiem ds. SZJ. To dokument określający misję SP ZOZ i spójne z nią cele, stanowiące formalną i ogólną deklarację Dyrekcji dotyczącą zintegrowanego systemu zarządzania oraz zawiera zobowiązanie do spełnienia wymagań i ciągłego doskonalenia skuteczności SZJ.

Nasza misja brzmi „Profesjonalnie i życzliwie". Deklaruje ona, że wszystkim naszym Pacjentom pragniemy zapewnić profesjonalną opiekę medyczną, w przyjaznej i miłej atmosferze, przy jednoczesnym zachowaniu wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń.

Z misją ściśle powiązana jest polityka jakości SP ZOZ, zdefiniowana poprzez wytyczone cele. Uogólniając - celem SP ZOZ w Człuchowie jest świadczenie usług medycznych na profesjonalnym poziomie, z zachowaniem wymagań prawnych i płatnika, zapewniając Pacjentom życzliwe podejście i bezpieczne warunki leczenia i pobytu. Nasze działania są ukierunkowane na potrzeby i oczekiwania Pacjentów, a także na zwiększenie ich zaufania i zadowolenia.

Polityka Jakości podlega bieżącej aktualizacji, okresowo jest weryfikowana i przystosowywana do zmieniających się warunków otoczenia jednostki oraz dostosowywana do wytycznych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto co najmniej raz w roku, na przeglądzie zarządzania, jest przeglądana pod kątem jej ciągłej przydatności.

Cele strategiczne:

- zadowolenie Pacjentów
- spełnianie wymagań prawnych i wymagań płatnika
- racjonalne zarządzanie finansami jednostki.

Cele taktyczne:

- ciągłe dążenie do podnoszenia jakości świadczonych usług medycznych
- poprawa warunków pobytu Pacjenta
- skuteczna ochrona danych osobowych
- doskonalenie organizacji pracy w celu zapewnienia świadczenia usług na optymalnym poziomie
- dostosowanie infrastruktury Szpitala do obowiązujących wymagań prawnych
- dążenie do poprawy warunków pracy personelu
- racjonalne zakupy nowoczesnego sprzętu medycznego
- efektywne zarządzanie jednostką
- utrzymanie i doskonalenie wdrożonego Zintegrowanego Systemu Zarządzania zgodnego z Normą ISO 9001 i standardami kontroli zarządczej
- zaangażowanie kierownictwa w doskonalenie jakościowe.

Cele operacyjne:

- respektowanie praw Pacjenta
- leczenie i pielęgnowanie pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą i standardami
- analiza potrzeb i oczekiwań pacjentów oraz ich zaspakajanie zgodnie z wiedzą medyczną
- zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów przy wykorzystaniu posiadanych zasobów
- dbałość o zapewnienie Pacjentom poczucia bezpieczeństwa w procesie diagnostyczno-leczniczym
- przestrzeganie wymagań ochrony danych osobowych
- stałe podnoszenie kwalifikacji i umiejętności pracowników
- monitorowanie satysfakcji pacjentów
- monitorowanie realizacji i zapotrzebowania na konkretne usługi medyczne
- skuteczne zarządzanie ryzykiem

5.2.2 Komunikowanie polityki jakości

Polityka Jakości jest widoczna we wszystkich newralgicznych punktach jednostki, jest umieszczona na stronie internetowej www.spzoz-czluchow.pl oraz jest dostępna w formie papierowej w każdej komórce.

Oryginał Polityki Jakości jest przechowywany u Pełnomocnika ds. SZJ.

5.3 Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej A3, A4, C12]

Zakres obowiązków, odpowiedzialność i uprawnienia personelu zostały określone w ***Zakresach Obowiązków i Uprawnień Pracowników,*** zatwierdzonych przez Dyrektora oraz w ***Kartach stanowiskowych*** pracowników opracowanych na poszczególne stanowiska pracy znajdujących się w Dziale Zatrudnienia. Zakresy obowiązków podwykonawców ujęto w umowach kontraktowych.

Wzajemne zależności pomiędzy komórkami organizacyjnymi i poszczególnymi pracownikami obrazuje ***Schemat Organizacyjny*** stanowiący załącznik do niniejszej Księgi oraz ***Regulamin Organizacyjny*** *SP ZOZ w Człuchowie.*
Dokumenty, które możemy przywołać w zakresie zadań, odpowiedzialności i uprawnień oraz wzajemnych powiązań stanowisk to:

- Regulamin Pracy
- Regulamin Organizacyjny, w tym Schemat Organizacyjny SP ZOZ
- Zakresy obowiązków i uprawnień pracownika
- Karty stanowiskowe
- Umowy kontraktowe
- Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ w Człuchowie
- Księga Jakości
- Procedury i instrukcje SZJ.

5.3.1 Przedstawiciel Kierownictwa

Obowiązki nadzoru nad SZJ Dyrektor SP ZOZ powierzył pełnomocnikowi ds. SZJ.

Do obowiązków pełnomocnika ds. SZJ należy przede wszystkim planowanie, organizowanie, koordynowanie, wykonywanie i nadzorowanie działań dotyczących systemu zarządzania jakością w SP ZOZ w Człuchowie, w tym:

- inicjowanie, nadzorowanie i koordynowanie prac związanych z utrzymaniem i doskonaleniem systemu zarządzania jakością (SZJ) zintegrowanego z kontrolą zarządczą
- opiniowanie, zatwierdzanie i nadzorowanie zmian, działań doskonalących, korygujących i naprawczych SZJ
- koordynowanie realizacji polityki jakości, formułowania celów strategicznych i jakościowych
- weryfikacja, aktualizacja i nadzorowanie dokumentacji SZJ zgodnie z przyjętymi zasadami
- zapewnienie upowszechniania w SP ZOZ świadomości dotyczącej wymagań SZJ

- planowanie i nadzorowanie auditów wewnętrznych
- zarządzanie auditorami wewnętrznymi w zakresie zadań związanych z funkcjonowaniem SZJ
- nadzorowanie procesów certyfikacji i innych zewnętrznych ocen w zakresie spełnienia określonych wymagań SZJ
- przedstawianie kierownictwu sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu, zagrożeń i wszelkich potrzeb związanych z jego funkcjonowaniem i doskonaleniem.

6. Planowanie

6.1 Działania odnoszące się do ryzyk i szans

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej B7, B8, B9]

Planowanie w Systemie Zarządzania Jakością przeprowadza się zarówno w celu spełnienia celów jakości, jak i wymagań norm, a wyniki planowania są udokumentowane.
Planując system zarzadzania jakością Dyrektor SP ZOZ w Człuchowie ustanowił zasady zarzadzania ryzykiem, opisane w procedurze ***Zarządzanie celami i ryzykiem oraz monitorowanie procesów***
Zarządzanie ryzykiem to podejmowanie działań mających na celu:

- rozpoznanie, identyfikację ryzyka
- ocenę zagrożeń i projektowanie czynności kontrolnych
- monitorowanie występowania zagrożeń (stanów niepożądanych)
- podejmowanie decyzji i działań korygujących.

W celu realizacji obowiązków związanych z zarządzaniem ryzykiem Dyrektor SP ZOZ zobowiązał kierowników komórek organizacyjnych oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach do:

- ustalenia celów, zadań komórki organizacyjnej lub samodzielnych stanowisk, na dany rok
- zidentyfikowania zdarzeń, które mogą zagrozić wykonywaniu zadań bądź osiągnięciu ustalonych celów lub zdarzeń korzystnych, które dają możliwość skuteczniejszego osiągnięcia celów i zadań
- określenia istotności ryzyka, tj. prawdopodobieństwo ziszczenia się zdarzeń i wpływu na osiągnięcie danego celu
- przedstawienia propozycji reakcji na ryzyko.

Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach monitorują realizację celów, skuteczność działania ustalonych mechanizmów kontrolnych dla zidentyfikowanego ryzyka oraz aktualizacji identyfikowalnych ryzyk. Pełnomocnik ds. SZJ sporządza informację zbiorczą zawierająca kompleksową ocenę ryzyk i przedstawia ją na przeglądzie zarządzania.

6.2 Cele jakościowe i planowanie ich osiągnięcia

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej B6]

Na początku danego roku Dyrektor SP ZOZ i kierownicy poszczególnych komórek ustanawiają szczegółowe cele jakościowe na dany rok, ostatecznie rozliczane przy końcu danego roku. Cele są mierzalne i spójne z polityką jakości, obejmują poszczególne funkcje i szczeble

SP ZOZ, służą przede wszystkim spełnieniu wymagań dotyczących świadczonych usług medycznych. Wszystkie ustanowione cele są zatwierdzane przez Dyrektora SP ZOZ. Podczas przeglądu zarządzania Dyrektor omawia nadrzędne cele zrealizowane i przedstawia zaplanowane.

Nadrzędnymi celami odnoszącymi się do działalności SP ZOZ są:

- podmiotowe traktowanie pacjentów, okazywanie życzliwości
- 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
- racjonalne zarządzanie finansami jednostki.

6.3 Planowanie zmian

Działalność poszczególnych komórek organizacyjnych planuje się z uwzględnieniem wymagań normy i ustanowionych celów jakości. Realizacja sprawnego funkcjonowania SZJ jest planowana w formie wdrożonych procedur, instrukcji, zarządzeń oraz instrukcji szczegółowych dla realizacji konkretnych zadań, które wymagają niestandardowych działań. W planowaniu SZJ uwzględniane są dane z auditów wewnętrznych i zewnętrznych, informacje zwrotne od pacjenta, wnioski z przeglądów zarządzania, z przeprowadzonych analiz, z monitorowania procesów, monitorowania zgodności realizacji zadań itp. W ten sposób zachowana jest integralność systemu.

Kluczową rolę w planowaniu SZJ pełni Dyrektor SP ZOZ.

7. Wsparcie

7.1 Zasoby

7.1.1 Postanowienia ogólne

Zasobami niezbędnymi do wdrożenia, funkcjonowania i ciągłej poprawy skuteczności SZJ są zasoby ludzkie, środki finansowe i infrastruktura.

Kierownictwo SP ZOZ w Człuchowie zapewnia zasoby poprzez odpowiednią politykę kadrową i finansową.

7.1.2 Ludzie

W obecnej rzeczywistości, w której wszystkie jednostki służby zdrowia muszą posiadać niezbędne wyposażenie dla prowadzonej działalności, zasadniczym elementem konkurencyjnym są odpowiednio wykwalifikowani i doświadczeni pracownicy. W SP ZOZ w Człuchowie, dla poszczególnych stanowisk określone zostały wymagania kompetencyjne dotyczące wykształcenia, szkolenia, umiejętności i doświadczenia, umieszczone w wymaganiach kwalifikacyjnych dla poszczególnych stanowisk pracy.

Wymagania dotyczące personelu medycznego, administracyjnego i technicznego wykonującego czynności mające wpływ na jakość usługi medycznej zawarte są w ***Kartach Stanowiskowych***. Podlegają one aktualizacji w miarę do zmieniającej się rzeczywistości działania jednostki.

Wszyscy pracownicy odbywają szkolenia wewnętrzne i/lub zewnętrzne z częstotliwością i w zakresie wynikającym z potrzeb pracownika, pracodawcy, zajmowanego stanowiska, zachodzących zmian, wymagań prawnych itp.

Szkolenia prowadzone są według planu szkoleń na dany rok i w zależności od potrzeb pojawiających się w trakcie roku, a ich organizację reguluje procedura ***Szkolenie personelu***.

7.1.3 Infrastruktura

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C13, C15]

Dyrektor SP ZOZ określił, zapewnia i utrzymuje infrastrukturę potrzebną do osiągnięcia zgodności z wymaganiami dotyczącymi realizowanych usług.
Infrastruktura obejmuje:

- budynki, pomieszczenia, przestrzeń do pracy i związane z nią instalacje
- wyposażenie obejmujące urządzenia, sprzęty, aparaturę medyczną, dokumentację i oprogramowania
- usługi pomocnicze takie jak transport, łączność i systemy informacyjne.

Dla realizacji usług spełniających wymagania pacjentów/klientów SP ZOZ posiada odpowiednie budynki i pomieszczenia dla celów medycznych, magazynowych, gospodarczych, pomieszczenia do zbierania odpadów, pomieszczenia socjalne, biurowe, pomieszczenia do archiwizowania dokumentacji.

Wszystkie pomieszczenia medyczne są wyposażone w niezbędny sprzęt i instalacje pozwalające na realizację leczenia i opieki pacjentów. Pomieszczenia i wyposażenie są nadzorowane i poddawane okresowym przeglądom i remontom, zgodnie z wymaganiami prawnymi i potrzebami wynikającymi w trakcie użytkowania.

Sprzęt, urządzenia i aparatura stanowiące wyposażenie do realizacji procesów diagnostyki i leczenia, podlegają nadzorowaniu poprzez planowanie i wykonywanie wymaganych konserwacji i przeglądów technicznych wg harmonogramu przeglądu sprzętu medycznego i pomiarowego. Każdy sprzęt medyczny posiada paszport lub zeszyt przeglądów bieżących urządzenia, zgodnie z obowiązującymi procedurami w tym zakresie.

SP ZOZ w Człuchowie posiada sieć informatyczną i sprzęt komputerowy, zaopatrzony w legalne oprogramowanie. Dział organizacji i nadzoru z rejestrem usług medycznych, księgowość, dział zatrudnienia, płace i apteka korzystają z oprogramowania ASSECO. Na stacjach roboczych używany jest legalny system operacyjny Microsoft Windows. Organizacja posiada też Cyfrowy System obiegu dokumentów w radiologii.
Nadzór nad siecią i sprzętem komputerowym sprawuje informatyk, zgodnie z procesem ***Nadzoru nad siecią informatyczną*** oraz zgodnie z ***Instrukcją Zarządzania Systemami Informatycznymi*** *w SP ZOZ w Człuchowie* i ***Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych w SP ZOZ w Człuchowie.***

Wszystkie elementy infrastruktury są ewidencjonowane i nadzorowane przez wyznaczone osoby, a okresowe przeglądy i naprawy są realizowane przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje i uprawnienia.

Przeprowadzanie przeglądów i remontów jest dokumentowane.

Wszelkie prawa zastrzeżone

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
19.07.2021 r.

nieaktualna 19.07.2021 r.

Wszyscy pracownicy odbywają szkolenia wewnętrzne i/lub zewnętrzne z częstotliwością i w zakresie wynikającym z potrzeb pracownika, pracodawcy, zajmowanego stanowiska, zachodzących zmian, wymagań prawnych itp.

Szkolenia prowadzone są według planu szkoleń na dany rok i w zależności od potrzeb pojawiających się w trakcie roku, a ich organizację reguluje procedura ***Szkolenie personelu***.

7.1.3 Infrastruktura

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C13, C15]

Dyrektor SP ZOZ określił, zapewnia i utrzymuje infrastrukturę potrzebną do osiągnięcia zgodności z wymaganiami dotyczącymi realizowanych usług.
Infrastruktura obejmuje:

- budynki, pomieszczenia, przestrzeń do pracy i związane z nią instalacje
- wyposażenie obejmujące urządzenia, sprzęty, aparaturę medyczną, dokumentację i oprogramowania
- usługi pomocnicze takie jak transport, łączność i systemy informacyjne.

Dla realizacji usług spełniających wymagania pacjentów/klientów SP ZOZ posiada odpowiednie budynki i pomieszczenia dla celów medycznych, magazynowych, gospodarczych, pomieszczenia do zbierania odpadów, pomieszczenia socjalne, biurowe, pomieszczenia do archiwizowania dokumentacji.

Wszystkie pomieszczenia medyczne są wyposażone w niezbędny sprzęt i instalacje pozwalające na realizację leczenia i opieki pacjentów. Pomieszczenia i wyposażenie są nadzorowane i poddawane okresowym przeglądom i remontom, zgodnie z wymaganiami prawnymi i potrzebami wynikającymi w trakcie użytkowania.

Sprzęt, urządzenia i aparatura stanowiące wyposażenie do realizacji procesów diagnostyki i leczenia, podlegają nadzorowaniu poprzez planowanie i wykonywanie wymaganych konserwacji i przeglądów technicznych wg harmonogramu przeglądu sprzętu medycznego i pomiarowego. Każdy sprzęt medyczny posiada paszport lub zeszyt przeglądów bieżących urządzenia, zgodnie z obowiązującymi procedurami w tym zakresie.

SP ZOZ w Człuchowie posiada sieć informatyczną i sprzęt komputerowy, zaopatrzony w legalne oprogramowanie. Dział organizacji i nadzoru z rejestrem usług medycznych, księgowość, dział zatrudnienia, płace i apteka korzystają z oprogramowania ASSECO. Na stacjach roboczych używany jest legalny system operacyjny Microsoft Windows. Organizacja posiada też Cyfrowy System obiegu dokumentów w radiologii.
Nadzór nad siecią i sprzętem komputerowym sprawuje informatyk, zgodnie z procesem ***Nadzoru nad siecią informatyczną*** oraz zgodnie z ***Instrukcją Zarządzania Systemami Informatycznymi*** *w SP ZOZ w Człuchowie* i ***Polityką Bezpieczeństwa Informacji*** *SP ZOZ w Człuchowie*.

Wszystkie elementy infrastruktury są ewidencjonowane i nadzorowane przez wyznaczone osoby, a okresowe przeglądy i naprawy są realizowane przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje i uprawnienia.

Przeprowadzanie przeglądów i remontów jest dokumentowane.

Wszelkie prawa zastrzeżone

7.1.4 Środowisko funkcjonowania procesów

Na środowisko funkcjonowania procesów w SP ZOZ, potrzebne do osiągnięcia wyników zgodnych z wymaganiami stawianymi przez pacjentów/klientów, składają się:

- warunki społeczne, takie jak spokojna, niekonfrontacyjna atmosfera, empatia w stosunkach międzyludzkich, brak dyskryminacji
- warunki psychologiczne, takie jak redukowanie stresu, gaszenie konfliktów
- warunki fizyczne: temperatura, ciepło, wilgotność, wentylacja, oświetlenie, promieniowanie jonizujące i elektromagnetyczne.

Środowisko funkcjonowania procesów ma wpływ na pracę personelu oraz na komfort i bezpieczeństwo pacjentów, a tym samym na jakość świadczonych usług.

Zapewnione są wystarczające powierzchnie pomieszczeń szpitalnych, odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie, wentylacja, a także odpowiednie zabezpieczenie gabinetów rentgenowskich, gabinetów wykorzystujących promieniowanie jonizujące i elektromagnetyczne - zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zidentyfikowane podczas kontroli uchybienia są realizowane zgodnie z zaleceniami lub planowane do realizacji w określonym terminie.

Za nadzór nad środowiskiem pracy (ze szczególnym uwzględnieniem temperatury i wilgotności powietrza w pomieszczeniach, które tego nadzoru wymagają) jest odpowiedzialny inspektor ds. BHP, który prowadzi monitorowanie odpowiednich parametrów zgodnie z procesem ***Nadzoru i realizacji zagadnień BHP, PPOŻ i OC na terenie SP ZOZ w Człuchowie*** i obowiązującymi wymaganiami w tym zakresie. Zapisy z prowadzonych sprawdzeń środowiska pracy w szpitalu są przechowywane przez inspektora ds. BHP przez okres 2 lat.

Utrzymanie bezpiecznego środowiska pracy w obszarze SP ZOZ zapewnia także personel sprzątający utrzymujący czystość zgodnie z wdrożonymi procedurami higienicznymi. Ponadto wszyscy pracownicy odpowiadają za utrzymanie stanowisk pracy i otoczenia w czystości i w porządku. Gospodarowanie odpadami przebiega zgodnie z ustawą o odpadach.
Postępowanie z odpadami medycznymi w SP ZOZ przebiega zgodnie z wymaganiami prawnymi i z procedurą ***Postępowanie z odpadami medycznymi***.

Każde stanowisko pracy posiada Kartę oceny ryzyka zawodowego. Pracownicy zostali zaznajomieni z zagrożeniami.

7.1.5 Zasoby do monitorowania i pomiarów

SP ZOZ w Człuchowie prowadzi nadzór nad wyposażeniem pomiarowym i sprzętem medycznym, które wykorzystywane są do świadczenia usług medycznych. Weryfikowana jest ich zgodność z wymaganiami dotyczącymi oferowanych usług oraz zapewniana ciągła ich przydatność. Wszystkie przyrządy pomiarowe posiadają harmonogram przeglądów i wzorcowania, gdzie odnotowane są okresowe sprawdzenia/legalizacje. Zapisy z monitorowania i pomiarów są utrzymywane.

Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów opisuje procedura ***Nadzoru nad sprzętem medycznym i pomiarowym***.

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
19.04.2021 r.

Wszelkie prawa zastrzeżone

nieaktualna 19.07.2021 r.

7.1.4 Środowisko funkcjonowania procesów

Na środowisko funkcjonowania procesów w SP ZOZ, potrzebne do osiągnięcia wyników zgodnych z wymaganiami stawianymi przez pacjentów/klientów, składają się:

- warunki społeczne, takie jak spokojna, niekonfrontacyjna atmosfera, empatia w stosunkach międzyludzkich, brak dyskryminacji
- warunki psychologiczne, takie jak redukowanie stresu, gaszenie konfliktów
- warunki fizyczne: temperatura, ciepło, wilgotność, wentylacja, oświetlenie, promieniowanie jonizujące i elektromagnetyczne.

Środowisko funkcjonowania procesów ma wpływ na pracę personelu oraz na komfort i bezpieczeństwo pacjentów, a tym samym na jakość świadczonych usług.

Zapewnione są wystarczające powierzchnie pomieszczeń szpitalnych, odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie, wentylacja, a także odpowiednie zabezpieczenie gabinetów rentgenowskich, gabinetów wykorzystujących promieniowanie jonizujące i elektromagnetyczne - zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zidentyfikowane podczas kontroli uchybienia są realizowane zgodnie z zaleceniami lub planowane do realizacji w określonym terminie.

Za nadzór nad środowiskiem pracy (ze szczególnym uwzględnieniem temperatury i wilgotności powietrza w pomieszczeniach, które tego nadzoru wymagają) jest odpowiedzialny inspektor ds. BHP, który prowadzi monitorowanie odpowiednich parametrów zgodnie z procesem ***Nadzoru i realizacji zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej na terenie SP ZOZ w Człuchowie*** i obowiązującymi wymaganiami w tym zakresie. Zapisy z prowadzonych sprawdzeń środowiska pracy w szpitalu są przechowywane przez inspektora ds. BHP przez okres 2 lat.

Utrzymanie bezpiecznego środowiska pracy w obszarze SP ZOZ zapewnia także personel sprzątający utrzymujący czystość zgodnie z wdrożonymi procedurami higienicznymi. Ponadto wszyscy pracownicy odpowiadają za utrzymanie stanowisk pracy i otoczenia w czystości i w porządku. Gospodarowanie odpadami przebiega zgodnie z ustawą o odpadach.
Postępowanie z odpadami medycznymi w SP ZOZ przebiega zgodnie z wymaganiami prawnymi i z procedurą ***Postępowanie z odpadami medycznymi***.

Każde stanowisko pracy posiada Kartę oceny ryzyka zawodowego. Pracownicy zostali zaznajomieni z zagrożeniami.

7.1.5 Zasoby do monitorowania i pomiarów

SP ZOZ w Człuchowie prowadzi nadzór nad wyposażeniem pomiarowym i sprzętem medycznym, które wykorzystywane są do świadczenia usług medycznych. Weryfikowana jest ich zgodność z wymaganiami dotyczącymi oferowanych usług oraz zapewniana ciągła ich przydatność. Wszystkie przyrządy pomiarowe posiadają harmonogram przeglądów i wzorcowania, gdzie odnotowane są okresowe sprawdzenia/legalizacje. Zapisy z monitorowania i pomiarów są utrzymywane.

Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów opisuje procedura ***Nadzoru nad sprzętem medycznym i pomiarowym***.

7.1.6 Wiedza organizacji

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej A2]

Zasadniczym filarem wsparcia procesów realizacji usług, tak by otrzymać produkt zgodny z wymaganiami, jest wiedza organizacji, a podstawą wiedzy organizacji są ludzie i ich doświadczenie. Wiedza, kompetencje i umiejętności, z którymi pracownik jest przyjmowany do pracy, jest stale uaktualniana i doskonalona poprzez podnoszenie kwalifikacji zawodowych, szkolenia zewnętrzne i wewnętrzne, udział w konferencjach naukowych, nabywanie doświadczenia, nabywanie umiejętności stosowania dobrych praktyk, analizę zdarzeń niepożądanych, doskonalenie procesów itp.

Sposób realizacji usług na każdym etapie ich udzielania określają przepisy prawa, a także wewnętrzne procedury, instrukcje i inne dokumenty SZJ, które zostały opracowane i wdrożone. W SP ZOZ kładzie się duży nacisk na znajomość wymienionych wymagań i właściwą ich interpretację, co stanowi podstawę do właściwej realizacji procesów.

7.2 Kompetencje

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej A2, A4]

Każda osoba zatrudniona w SP ZOZ w Człuchowie posiada odpowiednie kompetencje do pracy na zajmowanym stanowisku. Odpowiednie wymogi zwłaszcza dla stanowisk bezpośrednio związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (zwody regulowane) określone zostały w aktach normatywnych jak i też w wymogach płatnika, a SP ZOZ w Człuchowie posiada dowody na ich spełnianie. Dowody przechowywane są w aktach osobowych pracownika.
Na kompetencje składają się:

- wykształcenie
- doświadczenie zawodowe
- ukończone kursy i szkolenia
- umiejętności konieczne na danym stanowisku.

Wymagania dotyczące personelu medycznego, administracyjnego i technicznego wykonującego czynności mające wpływ na jakość usługi medycznej zawarte są w ***Kartach Stanowiskowych***. Podlegają one aktualizacji w miarę do zmieniającej się rzeczywistości działania jednostki.

Wszyscy pracownicy odbywają szkolenia wewnętrzne i/lub zewnętrzne z częstotliwością i w zakresie wynikającym z potrzeb pracownika, pracodawcy, zajmowanego stanowiska, zachodzących zmian, wymagań prawnych itp.
Szkolenia prowadzone są według planu szkoleń na dany rok i w zależności od potrzeb pojawiających się w trakcie roku, a ich organizację reguluje procedura ***Szkolenie personelu.***

Audity wewnętrzne w SP ZOZ przeprowadzają przeszkoleni auditorzy, a kontrole wewnętrzne pracownicy z odpowiednimi kwalifikacjami i obejmujący stanowiska, w których w zakresie obowiązków leży nadzór nad spełnianiem określonych wymagań.

7.3 Świadomość

Każdy pracownik SP ZOZ w jest świadomy wymagań SZJ, w tym w szczególności:

- zadań wynikających z Polityki Jakości i Misji

- celów dotyczących jakości
- udziału pracownika w osiąganiu skuteczności systemu zarządzania jakością w swoim obszarze odpowiedzialności, łącznie z korzyściami, które odnosi jednostka dzięki takiej postawie
- skutków sytuacji, gdy pojawiają się niezgodności w SZJ.

7.4 Komunikacja

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej D16, D17, D18]

System komunikacji obowiązujący w SP ZOZ obejmuje zasady i środki przekazywania wszelkiej informacji, w tym wymagań, związanych z realizacją procesów systemu.
System komunikacji wewnętrznej obejmuje m.in.

- obieg dokumentacji zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną
- odprawy i spotkania z personelem
- szkolenia wewnętrzne
- wykorzystanie poczty elektronicznej
- wykorzystywanie tablic ogłoszeniowych
- łączność telefoniczna
- zarządzenia i polecenia
- dokumentacja SZJ.

System komunikacji zewnętrznej obejmuje m.in.

- komunikację pocztową, z użyciem faksu, elektroniczną i telefoniczną
- kontakt bezpośredni
- przyjęte zasady komunikowania się z klientami, kontrahentami zewnętrznymi, instytucjami, otoczeniem, itp.
- strona internetowa jednostki
- Biuletyn Informacji Publicznej
- spotkania z samorządowcami
- szkolenia zewnętrzne.

7.5 Udokumentowane informacje

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C10, C16]

Udokumentowana informacja stanowi połączenie dokumentu i zapisu, może być w dowolnej formie i na dowolnym rodzaju nośnika i może pochodzić z dowolnego źródła.
Taka informacja oraz nośnik, na jakim jest zawarta, powinna być nadzorowana i utrzymywana przez organizację.
Udokumentowana informacja może odnosić się do:

- systemu zarządzania, łącznie z realizowanymi procesami
- informacji stworzonej pod kątem działalności organizacji (dokumentacja)
- dowodów osiąganych wyników (zapisy).

Udokumentowane informacje mogą być stosowane do komunikowania wiadomości, dostarczania dowodu na to, że to, co zostało zaplanowane, zostało wykonane, lub dzielenia się wiedzą.

7.5.1 Postanowienia ogólne - Dokumentacja Systemu Zarządzania

Podstawę udokumentowanej informacji SZJ w SP ZOZ stanowią:

- przepisy prawne
- Polityka Jakości i Misja SP ZOZ w Człuchowie
- Księga Jakości
- cele jakości dla SZJ
- procesy, procedury, instrukcje SZJ
- Statut SP ZOZ w Człuchowie
- Regulamin Organizacyjny SP ZOZ w Człuchowie
- Regulaminy Organizacyjne poszczególnych oddziałów
- Regulamin Pracy SP ZOZ w Człuchowie
- Regulamin Wynagradzania SP ZOZ w Człuchowie
- Instrukcja Bezpieczeństwa Pożarowego
- Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych
- Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi.

Udokumentowaną informację stanowią też m.in.:

- zapisy z wykorzystaniem odpowiednich formularzy, druków będące dowodem skuteczności działania SZJ
- zapisy w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej, z czego najważniejszymi są zapisy w Historii Choroby, Historii zdrowia i choroby
- dokumenty łącznie z zapisami, niezbędne do zapewnienia skutecznego planowania, przebiegu i nadzorowania procesów
- karty monitorowania procesu oraz zarządzania celami i ryzykiem
- plany i listy szkoleń
- plany i raporty kontroli wewnętrznych
- harmonogram, plany i raporty z auditów
- dokumentacja przeglądu zarządzania
- rejestry
- zapisy w korespondencji, itp.

Dokumenty mogą być stosowane zarówno w formie nośników papierowych jak i elektronicznych.

7.5.2 Tworzenie i aktualizacja

Podczas tworzenia i aktualizacji udokumentowanej informacji SP ZOZ w Człuchowie zapewnia:

- odpowiednią identyfikację i opis udokumentowanej informacji
- właściwy format (np. język, wersję oprogramowania, grafikę) i nośnik (np. papierowy, elektroniczny)
- przegląd i zatwierdzenie pod kątem przydatności i adekwatności.

Za opracowanie i aktualizację dokumentu SZJ, przydatnego w realizowanym procesie odpowiedzialna jest osoba nadzorująca przebieg procesu lub kierownik komórki, w której proces

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
19.07.2021 r.

Wszelkie prawa zastrzeżone

nieaktualna 19.07.2021 r.

7.5.1 Postanowienia ogólne - Dokumentacja Systemu Zarządzania

Podstawę udokumentowanej informacji SZJ w SP ZOZ stanowią:

- przepisy prawne
- Polityka Jakości i Misja SP ZOZ w Człuchowie
- Księga Jakości
- cele jakości dla SZJ
- procesy, procedury, instrukcje SZJ
- Statut SP ZOZ w Człuchowie
- Regulamin Organizacyjny SP ZOZ w Człuchowie
- Regulaminy Organizacyjne poszczególnych oddziałów
- Regulamin Pracy SP ZOZ w Człuchowie
- Regulamin Wynagradzania SP ZOZ w Człuchowie
- Instrukcja Bezpieczeństwa Pożarowego
- Polityka Bezpieczeństwa Informacji
- Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi.

Udokumentowaną informację stanowią też m.in.:

- zapisy z wykorzystaniem odpowiednich formularzy, druków będące dowodem skuteczności działania SZJ
- zapisy w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej, z czego najważniejszymi są zapisy w Historii Choroby, Karcie Położniczej, Karcie Noworodka, Historii zdrowia i choroby
- dokumenty łącznie z zapisami, niezbędne do zapewnienia skutecznego planowania, przebiegu i nadzorowania procesów
- karty monitorowania procesu oraz zarządzania celami i ryzykiem
- plany i listy szkoleń
- plany i raporty kontroli wewnętrznych
- harmonogram, plany i raporty z auditów
- dokumentacja przeglądu zarządzania
- rejestry
- zapisy w korespondencji, itp.

Dokumenty mogą być stosowane zarówno w formie nośników papierowych jak i elektronicznych.

7.5.2 Tworzenie i aktualizacja

Podczas tworzenia i aktualizacji udokumentowanej informacji SP ZOZ w Człuchowie zapewnia:

- odpowiednią identyfikację i opis udokumentowanej informacji
- właściwy format (np. język, wersję oprogramowania, grafikę) i nośnik (np. papierowy, elektroniczny)
- przegląd i zatwierdzenie pod kątem przydatności i adekwatności.

Za opracowanie i aktualizację dokumentu SZJ, przydatnego w realizowanym procesie odpowiedzialna jest osoba nadzorująca przebieg procesu lub kierownik komórki, w której proces

Wszelkie prawa zastrzeżone

jest realizowany. Dokument w formie roboczej przekazywany jest pełnomocnikowi SZJ, który sprawdza dokument pod względem formalnym, nadaje przyjętą w SZJ formę, wyjaśnia ze sporządzającym lub z innymi osobami odpowiedzialnymi ewentualne wątpliwości i przy braku zastrzeżeń przekazuje Dyrektorowi do zatwierdzenia.

Pełnomocnik ds. SZJ przechowuje u siebie oryginały dokumentów SZJ, nadzorowane kopie przekazuje osobom odpowiedzialnym za realizację i nadzór.

Oprócz obowiązku aktualizacji dokumentów SZJ na bieżąco przez osoby odpowiedzialne, pełnomocnik ds. SZJ raz do roku przekazuje kierownikom komórek wykaz dokumentów, które w określonym terminie powinni zweryfikować i jeżeli jest taka potrzeba uaktualnić. Potwierdzenie weryfikacji i aktualizacji jest udokumentowane na wykazach (data, podpis weryfikującego, uwagi), które przechowywane są u pełnomocnika ds. SZJ.

Dokumenty funkcjonujące poza SZJ podlegają aktualizacji w zależności od zmian prawnych i potrzeb. Odpowiedzialność za aktualizację spoczywa na osobach sporządzających te dokumenty i na Dyrektorze SP ZOZ.

7.5.3 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami

Dzięki temu, że udokumentowane informacje w SP ZOZ są nadzorowane można zapewnić, że są:

- dostępne i odpowiednie do stosowania, gdzie i kiedy jest to potrzebne
- odpowiednio zabezpieczone (np. przed utratą poufności, niewłaściwym użytkowaniem lub przed utratą integralności).

Udokumentowane informacje pochodzące spoza SP ZOZ (np. akty prawne, wymagania płatnika, protokoły kontroli jednostek zewnętrznych, pisma itp.), niezbędne do planowania i działania systemu zarządzania jakością, są zidentyfikowane i nadzorowane.

Tryb postępowania w zakresie nadzoru nad udokumentowanymi informacjami regulują procedury ***Nadzoru nad udokumentowaną informacją*** i ***Nadzoru nad zapisami***, a także:

- ***Instrukcja kancelaryjna SP ZOZ w Człuchowie***
- ***Instrukcja w sprawie organizacji i zakresu działania składnicy akt SP ZOZ w Człuchowie***
- ***Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych w*** SP ZOZ w Człuchowie
- ***Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi*** w SP ZOZ w Człuchowie.

Pełnomocnik ds. SZJ jest odpowiedzialny za nadzór nad realizacją, skutecznością i doskonaleniem procesów nadzorowania dokumentacji systemu, a za właściwą realizację w komórkach organizacyjnych odpowiedzialni są Kierownicy.

8. Działania operacyjne

8.1 Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi

Ordynatorzy oddziałów i Kierownicy komórek zaplanowali i opracowali opisy procesów dla skutecznej realizacji usług medycznych, a także określili cele dotyczące jakości związane z prowadzonymi usługami medycznymi. Określone zostały także wymagania dotyczące monitorowania i kontroli realizacji tych usług oraz zapisy potrzebne do dostarczenia dowodów potwierdzających realizację. Stosowane procesy są zatwierdzone przez Dyrektora SP ZOZ.

Wszelkie prawa zastrzeżone

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
19.07.2021 r.

nieaktualna 19.07.2021 r.

jest realizowany. Dokument w formie roboczej przekazywany jest pełnomocnikowi SZJ, który sprawdza dokument pod względem formalnym, nadaje przyjętą w SZJ formę, wyjaśnia ze sporządzającym lub z innymi osobami odpowiedzialnymi ewentualne wątpliwości i przy braku zastrzeżeń przekazuje Dyrektorowi do zatwierdzenia.

Pełnomocnik ds. SZJ przechowuje u siebie oryginały dokumentów SZJ, nadzorowane kopie przekazuje osobom odpowiedzialnym za realizację i nadzór.

Oprócz obowiązku aktualizacji dokumentów SZJ na bieżąco przez osoby odpowiedzialne, pełnomocnik ds. SZJ raz do roku przekazuje kierownikom komórek wykaz dokumentów, które w określonym terminie powinni zweryfikować i jeżeli jest taka potrzeba uaktualnić. Potwierdzenie weryfikacji i aktualizacji jest udokumentowane na wykazach (data, podpis weryfikującego, uwagi), które przechowywane są u pełnomocnika ds. SZJ.

Dokumenty funkcjonujące poza SZJ podlegają aktualizacji w zależności od zmian prawnych i potrzeb. Odpowiedzialność za aktualizację spoczywa na osobach sporządzających te dokumenty i na Dyrektorze SP ZOZ.

7.5.3 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami

Dzięki temu, że udokumentowane informacje w SP ZOZ są nadzorowane można zapewnić, że są:

- dostępne i odpowiednie do stosowania, gdzie i kiedy jest to potrzebne
- odpowiednio zabezpieczone (np. przed utratą poufności, niewłaściwym użytkowaniem lub przed utratą integralności).

Udokumentowane informacje pochodzące spoza SP ZOZ (np. akty prawne, wymagania płatnika, protokoły kontroli jednostek zewnętrznych, pisma itp.), niezbędne do planowania i działania systemu zarządzania jakością, są zidentyfikowane i nadzorowane.

Tryb postępowania w zakresie nadzoru nad udokumentowanymi informacjami regulują procedury ***Nadzoru nad dokumentami*** i ***Nadzoru nad zapisami***, a także:

- ***Instrukcja kancelaryjna***
- ***Instrukcja archiwizacji***
- ***Polityka Bezpieczeństwa Informacji*** SP ZOZ w Człuchowie
- ***Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi*** w SP ZOZ w Człuchowie.

Pełnomocnik ds. SZJ jest odpowiedzialny za nadzór nad realizacją, skutecznością i doskonaleniem procesów nadzorowania dokumentacji systemu, a za właściwą realizację w komórkach organizacyjnych odpowiedzialni są Kierownicy.

8. Działania operacyjne

8.1 Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi

Ordynatorzy oddziałów i Kierownicy komórek zaplanowali i opracowali opisy procesów dla skutecznej realizacji usług medycznych, a także określili cele dotyczące jakości związane z prowadzonymi usługami medycznymi. Określone zostały także wymagania dotyczące monitorowania i kontroli realizacji tych usług oraz zapisy potrzebne do dostarczenia dowodów potwierdzających realizację. Stosowane procesy są zatwierdzone przez Dyrektora SP ZOZ.

Dyrektor SP ZOZ w Człuchowie i pełnomocnik ds. SZJ sporządzili mapę procesów, obrazującą miejsce procesu w SZJ (załącznik do KJ).
Procesy medyczne są procesami głównymi w całym systemie zarządzania jakością.

Podstawą planowania usług medycznych na każdy rok są Szczegółowe Materiały Informacyjne Prezesa NFZ, których spełnianie jest niezbędne do zawarcia umowy z płatnikiem. Realizacja usług przebiega w oparciu o zawarte umowy i plany rzeczowo-finansowe, stanowiące załączniki do umów.

8.2 Wymagania dotyczące wyrobów - usług

8.2.1 Komunikacja z Pacjentem/Klientem

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej D18]

Komunikacja z pacjentem/klientem obejmuje:

a) komunikację bezpośrednią:
- informacje udzielane pacjentom i osobom wskazanym przez pacjenta przez personel medyczny zaangażowany w proces leczenia
- informacje o ofercie SP ZOZ w Człuchowie i trybie realizowania świadczeń udzielane pacjentom/klientom
- inne informacje udzielane „na zewnątrz", związane z prowadzoną działalnością, są udzielane pacjentom/klientom przez Dyrektora SP ZOZ lub przez osoby do tego upoważnione z racji pełnionych obowiązków, w zakresie określonym uprawnieniami.

b) komunikację pośrednią, w tym m.in.:
- informacje w dokumentacji medycznej pacjenta
- informacje umieszczone na stronie internetowej SP ZOZ w Człuchowie
- informacje przekazywane za pośrednictwem mediów zewnętrznych
- informacje na tablicach informacyjnych
- umowy z dostawcami towarów i usług
- umowy z płatnikiem.

Istotnym elementem dopełniającym system komunikacji z pacjentem i jego rodziną są prawa i obowiązki Pacjenta oraz **możliwość składania skarg i reklamacji do Dyrektora SP ZOZ w Człuchowie** lub bezpośrednio do Ordynatora oddziału i do pielęgniarki/położnej oddziałowej. Prawa i obowiązki pacjenta i jego rodziny znajdują się w każdym oddziale, w widocznym miejscu, a w formie uproszczonej są wręczane pacjentom hospitalizowanym, ponadto są umieszczone na stronie internetowej SP ZOZ w Człuchowie.

Skargi składane do Dyrektora SP ZOZ w formie pisemnej oraz ustnej są odnotowywane w rejestrze skarg. Skargi są każdorazowo rozpatrywane i podejmowane są odpowiednie działania w celu wyjaśnienia i wyeliminowania okoliczności, które spowodowały niezadowolenie pacjenta. Na życzenie pacjenta udziela się pisemnych lub ustnych odpowiedzi na złożoną skargę.

Tryb rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów jest opisany w ***Regulaminie Organizacyjnym SP ZOZ w Człuchowie*** – dostępny m.in. na stronie internetowej http://www.spzoz-czluchow.pl/ oraz w oddziałach, w formie papierowej.

8.2.2 Określenie wymagań dotyczących wyrobów - usług

Wymagania dotyczące realizowanych w SP ZOZ usług wypływają z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, aktów wewnętrznych, zawartych umów i porozumień oraz wymagań pacjentów/klientów.

Zidentyfikowane w SP ZOZ w Człuchowie wymagania to:

- wymagania Pacjentów, ich rodzin oraz prawnych opiekunów pacjenta, w powiązaniu z ogólnymi wytycznymi dotyczącymi sposobu realizacji usług medycznych
- wymagania stawiane przez Prawa Pacjenta
- wymagania formalno–prawne i finansowe ustanowione przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione podmioty
- wymagania ujęte w dokumentacji SZJ
- wymagania ujęte w umowach z usługodawcami i dostawcami towarów
- wszelkie dodatkowe wymagania określone przez pacjentów np. w ankietach badających zadowolenie pacjenta, skargach i wnioskach dotyczących funkcjonowania SP ZOZ w Człuchowie.

8.2.3 Przegląd wymagań dotyczących usługi

8.2.4 Zmiany wymagań dotyczących usługi

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej C11]

Zidentyfikowane w działalności SP ZOZ wymagania, w tym szczególnie potrzeby zdrowotne pacjentów i wprowadzane zmiany, wytyczają sposób postępowania.

Przegląd wymagań pacjenta jest realizowany przez personel medyczny i opiera się na zapisach prowadzonych w dokumentacji medycznej. Spełnienie wymagań pacjenta określają: stopień referencyjności jednostki, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku, jeżeli schorzenie pacjenta wymaga świadczeń ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, pacjent jest kierowany do jednostki ochrony zdrowia, która zapewni świadczenia na satysfakcjonującym pacjenta poziomie. Sposób postępowania w tym zakresie reguluje procedura ***Przewożenie pacjenta do innej jednostki udzielającej świadczeń zdrowotnych, przewóz na konsultacje***. Odmowę przyjęcia pacjenta do szpitala reguluje procedura ***Kryteria odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala***.

Przegląd wymagań płatnika publicznego w zakresie odpowiednich zasobów kadrowych, odpowiednich kwalifikacji i kompetencji w odniesieniu do poszczególnych pionów realizuje Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru z RUM przy wsparciu Dyrekcji, Naczelnej Pielęgniarki i Działu Zatrudnienia. Przegląd wymagań NFZ w zakresie odpowiedniej infrastruktury, w tym wyposażenia w aparaturę medyczną realizuje Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru z RUM przy wsparciu Dyrekcji, Inspektora ds. Zamówień Publicznych i Specjalisty ds. Sprzętu Medycznego. Zmiany wymagań są na bieżąco monitorowane przez wyżej wymienione osoby odpowiedzialne.

Przegląd wymagań stawianych usługodawcom i dostawcom towarów przebiega w oparciu o umowy.

8.3 Projektowanie i rozwój *[WYMAGANIE WYŁĄCZONE]*

Ze względu na charakter działalności SP ZOZ procesy usług medycznych nie wymagają projektowania. Usługi w zakresie leczenia realizowane są w oparciu o umowy z płatnikiem publicznym, z uwzględnieniem przepisów obowiązującego prawa, aktualnej wiedzy medycznej oraz zasad etyki zawodów medycznych, etyki pracy i zarządzania.

Świadczenie usług medycznych odbywa się według przyjętych i zatwierdzonych standardów, procedur i instrukcji medycznych, zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymaganiami.

Rozwój realizowany jest w doskonaleniu, poprzez optymalne wykorzystanie majątku rzeczowego, finansowego i kapitału ludzkiego, jakim SP ZOZ dysponuje.

Wyłączenie tego punktu normy nie wpływa negatywnie na zdolność SP ZOZ do dostarczania usług zgodnych z przyjętymi wymaganiami, ani też nie ogranicza odpowiedzialności jednostki w tym zakresie.

8.4 Nadzorowanie procesów zlecanych na zewnątrz

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej C14]

Zlecanie procesu na zewnątrz nie zwalnia SP ZOZ z odpowiedzialności za spełnienie wymagań pacjenta/klienta, wymagań prawnych i przepisów mających zastosowanie dla usługi lub towaru.

Do procesów zlecanych na zewnątrz mających wpływ na realizację usług należą:

- rehabilitacja
- diagnostyka obrazowa
- pranie
- żywienie pacjentów.

Podwykonawcy wyłaniani są zgodne z wymaganiami prawnymi. Szczegóły dotyczące świadczenia usług określone są w umowach z podwykonawcami, a ocena świadczonych usług opisana jest w procedurze ***Oceny dostawców***.

Ustalono kryteria monitorowania usług przez podwykonawców uczestniczących w realizacji procesów i osobne dla realizatorów pełnych procesów zlecanych na zewnątrz.

Nadzór nad procesami dostarczanymi z zewnątrz, wyrobami i usługami jest realizowany poprzez:

- monitorowanie i kontrolę ich realizacji
- zgodność realizacji z umową
- audity wewnętrzne i audity drugiej strony
- ocenę dostawcy, podwykonawcy – zgodnie z procedurą ***Ocena dostawcy***.

8.5 Dostarczanie usług

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C11, D16]

8.5.1 Nadzorowanie dostarczania usług

W SP ZOZ w Człuchowie procesy świadczenia usług medycznych są realizowane w warunkach nadzorowanych.

16. 11. 2022

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka

Wszelkie prawa zastrzeżone

Nieaktualna 16.11.2022 r.
D. Niszczycyn

8.3 Projektowanie i rozwój *[WYMAGANIE WYŁĄCZONE]*

Ze względu na charakter działalności SP ZOZ procesy usług medycznych nie wymagają projektowania. Usługi w zakresie leczenia realizowane są w oparciu o umowy z płatnikiem publicznym, z uwzględnieniem przepisów obowiązującego prawa, aktualnej wiedzy medycznej oraz zasad etyki zawodów medycznych, etyki pracy i zarządzania.

Świadczenie usług medycznych odbywa się według przyjętych i zatwierdzonych standardów, procedur i instrukcji medycznych, zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymaganiami.

Rozwój realizowany jest w doskonaleniu, poprzez optymalne wykorzystanie majątku rzeczowego, finansowego i kapitału ludzkiego, jakim SP ZOZ dysponuje.

Wyłączenie tego punktu normy nie wpływa negatywnie na zdolność SP ZOZ do dostarczania usług zgodnych z przyjętymi wymaganiami, ani też nie ogranicza odpowiedzialności jednostki w tym zakresie.

8.4 Nadzorowanie procesów zlecanych na zewnątrz

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej C14]

Zlecanie procesu na zewnątrz nie zwalnia SP ZOZ z odpowiedzialności za spełnienie wymagań pacjenta/klienta, wymagań prawnych i przepisów mających zastosowanie dla usługi lub towaru.

Do procesów zlecanych na zewnątrz mających wpływ na realizację usług należą:

- opieka psychiatryczna, leczenie i terapia uzależnień
- rehabilitacja
- diagnostyka obrazowa
- pranie
- żywienie pacjentów.

Podwykonawcy wyłaniani są zgodne z wymaganiami prawnymi. Szczegóły dotyczące świadczenia usług określone są w umowach z podwykonawcami, a ocena świadczonych usług opisana jest w procedurze ***Oceny dostawców***.

Ustalono kryteria monitorowania usług przez podwykonawców uczestniczących w realizacji procesów i osobne dla realizatorów pełnych procesów zlecanych na zewnątrz.

Nadzór nad procesami dostarczanymi z zewnątrz, wyrobami i usługami jest realizowany poprzez:

- monitorowanie i kontrolę ich realizacji
- zgodność realizacji z umową
- audity wewnętrzne i audity drugiej strony
- ocenę dostawcy, podwykonawcy – zgodnie z procedurą ***Ocena dostawcy***.

8.5 Dostarczanie usług

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C11, D16]

8.5.1 Nadzorowanie dostarczania usług

W SP ZOZ w Człuchowie procesy świadczenia usług medycznych są realizowane w warunkach nadzorowanych.

W komórkach organizacyjnych dostępne są procedury, instrukcje i inne dokumenty, przedstawiające szczegółowe wytyczne postępowania.

Warunki nadzorowane obejmują:

- dostępność informacji o wymaganiach pacjenta/klienta
- dostępność wymagań prawnych, medycznych i innych obowiązujących w SP ZOZ.

Nadzorowanie procesów realizacji usług odbywa się poprzez:

- monitorowanie procesów, obejmujące bieżący nadzór i kontrolę sprawowaną przez Kierownictwo SP ZOZ, kierowników komórek organizacyjnych i osoby uprawnione
- pomiar i ocenę jakości procesów w ramach przeglądu SZJ
- audity przeprowadzane w ramach SZJ
- kontrole zewnętrzne przeprowadzane przez wyspecjalizowane jednostki uprawnione z mocy przepisów prawa do kontrolowania jednostki.

Realizacja procesów jest monitorowana i mierzona za pomocą przyjętych mierników i wskaźników (procedura ***Zarządzanie celami i ryzykiem oraz monitorowanie procesów***), a pozyskane dane są analizowane i przedstawiane pracownikom.

8.5.2 Identyfikacja i identyfikowalność

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej C13]

Identyfikacja i identyfikowalność zapewniają możliwość prześledzenia historii od początku do samego końca realizacji procesów, w tym poznania sposobu realizacji, osób realizujących, miejsca, daty realizacji itp. Umożliwiają znalezienie odpowiedzi na pytania takie jak: kto i co wykonywał, gdzie, kiedy, w jakim czasie, dla kogo, co ostatecznie uzyskano, itp.

Identyfikacja i identyfikowalność dotyczą wszystkich realizowanych procesów w SP ZOZ w Człuchowie i obejmują:

- identyfikację pacjenta na każdym etapie procesu terapeutycznego, realizowane poprzez opaski identyfikacyjne i umieszczanie danych pacjenta w dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami prawnymi
- identyfikację personelu poprzez imienne identyfikatory oraz na podstawie podpisów i osobistych pieczątek
- identyfikację komórki – pieczęć komórki lub czytelne oznaczenie nazwą komórki
- identyfikację w czasie - daty, godziny realizacji usługi, tworzenia udokumentowanej informacji itp.
- identyfikowalne dokumentowanie realizowanego procesu, na każdym etapie, zgodnie z wymaganiami prawnymi, medycznymi, administracyjnymi i innymi wymaganiami zewnętrznymi i wewnętrznymi.

Dowody na spełnienie wymagania, dotyczące identyfikowalności, znajdują się w udokumentowanej informacji, w tym:

- w dokumentacji medycznej, prowadzonej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej
- w dokumentacji administracyjno-księgowej (np. pisma, faktury, itp.)
- w dokumentacji technicznej (np. paszporty aparatury medycznej, itp.)

- w dokumentacji przetargowej
- w dokumentacji w wersji elektronicznej, prowadzonej zgodnie z wymaganiami prawnymi i Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych w SP ZOZ w Człuchowie
- w każdej innej udokumentowanej informacji wytworzonej podczas realizacji procesów w SP ZOZ w Człuchowie.

8.5.3 Własność Pacjenta/Klienta

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C13, C15]

SP ZOZ w Człuchowie sprawuje pieczę nad własnością pacjenta w czasie, gdy znajduje się w zasobach Zakładu, pod jego opieką lub jest przez Zakład wykorzystywana.
Przez własność pacjenta rozumie się:

- dane osobowe pacjentów
- dokumentację medyczną dostarczaną przez pacjenta
- rzeczy osobiste pacjentów pozostawione w depozycie
- materiał biologiczny
- zwłoki.

Dane osobowe pacjentów/klientów przetwarzane w procesie realizacji usług podlegają nadzorowi i zabezpieczeniu na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych. Pracownicy w tym zakresie stosują powszechnie obowiązujące przepisy prawa i zasady ujęte w ***Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych*** *SP ZOZ w Człuchowie,* nad przestrzeganiem których czuwa Inspektor Ochrony Danych.

Postępowanie z własnością materialną pacjenta, w tym z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, z rzeczami osobistymi i z rzeczami wartościowymi należącymi do pacjenta, przebiega według procedury ***Postępowanie z materialną własnością pacjenta.*** Dokumenty i dane stanowiące własność pacjenta włączone do realizacji usług, są odpowiednio identyfikowane, weryfikowane, chronione i zabezpieczane. W przypadku nieumyślnego zniszczenia lub zagubienia własności pacjenta, Zakład zobowiązany jest do naprawienia lub zrekompensowania szkody.

Postępowanie z materiałem biologicznym pacjenta odbywa się według procedur: ***Postępowanie z pobranymi do badania histopatologicznego narządami lub wycinkami tkanek*** i ***Pobieranie, przechowywanie i transport materiału do badań mikrobiologicznych***, a także według procedur: ***Pobieranie i transport materiału do badań laboratoryjnych*** i ***Przekazywanie materiału do innego laboratorium***.
Postępowanie i nadzór nad zwłokami pacjenta reguluje procedura ***Postępowanie po śmierci pacjenta***.

Zasady postępowania z własnością dostawców/usługodawców określają umowy pomiędzy SP ZOZ w Człuchowie a stroną umowy.

8.5.4 Zabezpieczenie produktu

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej C13]

Zachowanie zgodności trybu postępowania w procesie z wymaganiami i z jego wynikiem końcowym oraz zabezpieczenie produktu należy do pracowników udzielających świadczeń i/lub realizujących określone zadania.

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
19.07.2021 r. mgr Danuta Olchówka

nieaktualna 19.07.2021 JS

- w dokumentacji przetargowej
- w dokumentacji w wersji elektronicznej, prowadzonej zgodnie z wymaganiami prawnymi i Polityką Bezpieczeństwa Informacji w SP ZOZ w Człuchowie
- w każdej innej udokumentowanej informacji wytworzonej podczas realizacji procesów w SP ZOZ w Człuchowie.

8.5.3 Własność Pacjenta/Klienta

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C13, C15]

SP ZOZ w Człuchowie sprawuje pieczę nad własnością pacjenta w czasie, gdy znajduje się w zasobach Zakładu, pod jego opieką lub jest przez Zakład wykorzystywana.
Przez własność pacjenta rozumie się:

- dane osobowe pacjentów
- dokumentację medyczną dostarczaną przez pacjenta
- rzeczy osobiste pacjentów pozostawione w depozycie
- materiał biologiczny
- zwłoki.

Dane osobowe pacjentów/klientów przetwarzane w procesie realizacji usług podlegają nadzorowi i zabezpieczeniu na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych. Pracownicy w tym zakresie stosują powszechnie obowiązujące przepisy prawa i zasady ujęte w ***Polityce Bezpieczeństwa Informacji*** *SP ZOZ w Człuchowie,* nad przestrzeganiem których czuwa Administrator Bezpieczeństwa Informacji.

Postępowanie z własnością materialną pacjenta, w tym z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, z rzeczami osobistymi i z rzeczami wartościowymi należącymi do pacjenta, przebiega według procedury ***Postępowanie z materialną własnością pacjenta***. Dokumenty i dane stanowiące własność pacjenta włączone do realizacji usług, są odpowiednio identyfikowane, weryfikowane, chronione i zabezpieczane. W przypadku nieumyślnego zniszczenia lub zagubienia własności pacjenta, Zakład zobowiązany jest do naprawienia lub zrekompensowania szkody.

Postępowanie z materiałem biologicznym pacjenta odbywa się według procedur: ***Postępowanie z pobranymi do badania histopatologicznego narządami lub wycinkami tkanek*** i ***Pobieranie, przechowywanie i transport materiału do badań mikrobiologicznych***, a także według procedur: ***Pobieranie i transport materiału do badań laboratoryjnych*** i ***Przekazywanie materiału do innego laboratorium***.
Postępowanie i nadzór nad zwłokami pacjenta reguluje procedura ***Postępowanie po śmierci pacjenta***.

Zasady postępowania z własnością dostawców/usługodawców określają umowy pomiędzy SP ZOZ w Człuchowie a stroną umowy.

8.5.4 Zabezpieczenie produktu

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej C13]

Zachowanie zgodności trybu postępowania w procesie z wymaganiami i z jego wynikiem końcowym oraz zabezpieczenie produktu należy do pracowników udzielających świadczeń i/lub realizujących określone zadania.

Dokumentacja medyczna, pisma, zaświadczenia i inne dokumenty - produkty, będące wynikiem określonych procesów są zabezpieczone w toku i po zakończeniu przetwarzania.

Zgromadzona w toku realizacji procesu udokumentowana informacja jest zabezpieczana przed nieupoważnionym dostępem i przechowywana w miejscach do tego przeznaczonych (stosownie do wymagań prawnych i zasad określonych w ***Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych***).

Udokumentowana informacja przechowywana w systemie elektronicznym posiada odpowiednie zabezpieczenia.

Metody postępowania oraz środki techniczne i organizacyjne, zapewniają ochronę przetwarzanych danych, odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną stosownie do postanowień ***Polityki Bezpieczeństwa Danych Osobowych***. Nad jej przestrzeganiem w SP ZOZ czuwa Inspektor Ochrony Danych.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi zgodnie z zasadami określonymi w *Regulaminie Organizacyjnym SP ZOZ w Człuchowie* i z *Zasadami udostępniania dokumentacji medycznej* (na stronach internetowych SP ZOZ w Człuchowie) oraz z procedurą *Zasady udostępniania dokumentacji medycznej.*

Korespondencja jest dostarczana pracownikom i klientom stosownie do postanowień Instrukcji Kancelaryjnej SP ZOZ w Człuchowie, w sposób zapewniający jej bezpieczne dostarczenie.

8.5.5 Działania po dostawie usługi

Działania po dostawie obejmują sprawdzenie zgodności usług z wymaganiami pacjenta i z wymaganiami prawnymi, Ministerstwa Zdrowia, NFZ, Sanepidu itp. oraz z dokumentacją wewnętrzną SP ZOZ, w tym z procedurami i instrukcjami.

Obowiązkiem każdego pracownika SP ZOZ jest dbałość o jakość świadczonych usług poprzez samokontrolę i analizę wykonywanych czynności pod kątem spełniania odpowiednich dla tej usługi wymagań.

W przypadku dostarczenia usług nie spełniających lub częściowo nie spełniających ww. wymagań, podejmowane są działania korekcyjne i/lub korygujące.
Podstawą do podejmowania takich działań są np.:

- spostrzeżenia realizatorów procesów
- skargi pacjentów
- wyniki kontroli zewnętrznych i wewnętrznych
- wyniki auditów.

8.5.6 Nadzór nad zmianami

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C11, E19]

Do realizowanych w SP ZOZ procesów zidentyfikowano ryzyka i szanse związane z tymi procesami. Jednak aby osiągnąć korzyści związane z określeniem ryzyk i szans, może być potrzebne wprowadzenie zmian, dlatego na bieżąco, a przynajmniej raz w roku właściciele/realizatorzy procesów weryfikują określone ryzyka. Zmiany te mogą być związane z dowolnym elementem procesu, takim jak np. wejścia, zasoby, ludzie, działania, nadzorowanie, pomiary, wyjścia itp.

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
19.04.2021 mgr Danuta Olchówka

Wszelkie prawa zastrzeżone

nieaktualna 29.07.2021 r.

Dokumentacja medyczna, pisma, zaświadczenia i inne dokumenty - produkty, będące wynikiem określonych procesów są zabezpieczone w toku i po zakończeniu przetwarzania.

Zgromadzona w toku realizacji procesu udokumentowana informacja jest zabezpieczana przed nieupoważnionym dostępem i przechowywana w miejscach do tego przeznaczonych (stosownie do wymagań prawnych i zasad określonych w ***Polityce Bezpieczeństwa Informacji***).

Udokumentowana informacja przechowywana w systemie elektronicznym posiada odpowiednie zabezpieczenia.

Metody postępowania oraz środki techniczne i organizacyjne, zapewniają ochronę przetwarzanych danych, odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną stosownie do postanowień ***Polityki Bezpieczeństwa Informacji***. Nad jej przestrzeganiem w SP ZOZ czuwa Administrator Bezpieczeństwa Informacji.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi zgodnie z zasadami określonymi w *Regulaminie Organizacyjnym SP ZOZ w Człuchowie* i z *Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ nr 9/2017 w sprawie ustalenia zasad udostępniania dokumentacji medycznej* (na stronach internetowych SP ZOZ w Człuchowie).

Korespondencja jest dostarczana pracownikom i klientom stosownie do postanowień Instrukcji Kancelaryjnej, w sposób zapewniający jej bezpieczne dostarczenie.

8.5.5 Działania po dostawie usługi

Działania po dostawie obejmują sprawdzenie zgodności usług z wymaganiami pacjenta i z wymaganiami prawnymi, Ministerstwa Zdrowia, NFZ, Sanepidu itp. oraz z dokumentacją wewnętrzną SP ZOZ, w tym z procedurami i instrukcjami.

Obowiązkiem każdego pracownika SP ZOZ jest dbałość o jakość świadczonych usług poprzez samokontrolę i analizę wykonywanych czynności pod kątem spełniania odpowiednich dla tej usługi wymagań.

W przypadku dostarczenia usług nie spełniających lub częściowo nie spełniających ww. wymagań, podejmowane są działania korekcyjne i/lub korygujące.
Podstawą do podejmowania takich działań są np.:

- spostrzeżenia realizatorów procesów
- skargi pacjentów
- wyniki kontroli zewnętrznych i wewnętrznych
- wyniki auditów.

8.5.6 Nadzór nad zmianami

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C11, E19]

Do realizowanych w SP ZOZ procesów zidentyfikowano ryzyka i szanse związane z tymi procesami. Jednak aby osiągnąć korzyści związane z określeniem ryzyk i szans, może być potrzebne wprowadzenie zmian, dlatego na bieżąco, a przynajmniej raz w roku właściciele/realizatorzy procesów weryfikują określone ryzyka. Zmiany te mogą być związane z dowolnym elementem procesu, takim jak np. wejścia, zasoby, ludzie, działania, nadzorowanie, pomiary, wyjścia itp.

Wprowadzane zmiany muszą być korzystne dla SP ZOZ i powinny przy tym uwzględnić wprowadzone nowe ryzyka i szanse.

W Księdze Jakości zmiany są ujęte w różnych punktach normy, w szczególności w 6.3 Planowanie zmian, 8.1 Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi, 8.3.6 Zmiany w projektowaniu i rozwoju, 8.5.6 Nadzorowanie zmian.

Aby uzyskać korzyści związane z wprowadzanymi zmianami, rozważamy wszelkie możliwe do wystąpienia rodzaje zmian, na przykład w procesach, udokumentowanych informacjach, wyposażeniu, szkoleniu pracowników, wyborze dostawców.

Konieczność wprowadzenia zmiany może wynikać np. z:

- informacji zwrotnych od pacjentów/klientów
- skarg pacjentów
- informacji od pracowników
- wprowadzonych innowacji
- zidentyfikowanego ryzyka i szans
- wyników auditu wewnętrznego lub zewnętrznego
- wyników przeglądu zarządzania
- zidentyfikowanych niezgodności.

Niektóre zmiany będą wymagały starannego zarządzania, a innym wystarczy znikoma uwaga. Przy ustalaniu sposobu postępowania właściciele/realizatorzy procesów muszą ocenić np.

- konsekwencje zmiany
- wpływ na pacjentów/klientów i na strony zainteresowane
- wpływ na cele jakościowe i skuteczność procesów.

8.6 Zwolnienie usług

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C11, E19]

Zakończenie realizacji procesów, w tym procesów leczenia, diagnostyki, rehabilitacji wymaga dokonania odpowiednich zapisów, zgodnych z wymaganiami. Zgodność ta powinna być weryfikowana przez osoby nadzorujące, wskazane wymaganiami prawnymi, proceduralnymi lub zakresami obowiązków.

Dowodem weryfikacji i akceptacji są odpowiednie zapisy, np.:

- w dokumentacji medycznej pacjenta – pieczęcie i podpisy ordynatora oddziału, pielęgniarki oddziałowej
- w innej dokumentacji (pisma, umowy, …) – pieczęcie i podpisy kierownika komórki i/lub Dyrektora SP ZOZ.

8.7 Nadzorowanie usługi niezgodnej z wymaganiami

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej C11]

Nadzór nad usługą niezgodną dotyczy postępowania w przypadku wystąpienia błędu medycznego, pojawienia się skargi pacjenta, złożenia reklamacji przez pacjenta, wskazania niezgodności przez podmioty nadrzędne, zewnętrzne służby kontrolne itp. Sposób postępowania w przypadku złożenia skargi jest ujęty w punkcie 8.2.1 KJ.

Niezgodności lub spostrzeżenia wskazane przez organy kontroli zewnętrznej takie jak: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowa Inspekcja Pracy, Najwyższa Izba Kontroli itp. są korygowane na podstawie wniosków i zaleceń pokontrolnych.
Nadzór nad usługą niezgodną opisany jest w procedurze ***Nadzoru nad usługą niezgodną***.

9. Ocena efektów działalności

9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej E19, E20]

9.1.1 Postanowienia ogólne

Monitorowanie i pomiary procesów prowadzone jest przez właścicieli i realizatorów procesów, przez auditorów wewnętrznych i zewnętrznych, przez osoby kontrolujące. Dyrekcja na podstawie otrzymywanych raportów z kontroli i auditów, analiz, sprawozdań, skarg pacjentów itp., sprawuje nadzór nad jakością monitorowania procesów w poszczególnych działach.
W ramach monitorowania wykorzystywane są następujące narzędzia:

- audit wewnętrzny SZJ
- audit zewnętrzny, kontrole zewnętrzne
- analiza danych i ocena
- samoocena kontroli zarządczej
- przegląd zarządzania
- wnioski z działalności zespołów/komisji zadaniowych.

Wyniki analiz danych są wykorzystywane do oceny skuteczności działań podjętych w celu uwzględnienia ryzyka i szans (dane wejściowe do przeglądu zarządzania).

9.1.2 Zadowolenie Pacjenta/Klienta

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej D18]

W SP ZOZ w Człuchowie określone zostały metody uzyskiwania i wykorzystywania informacji dotyczących zadowolenia pacjenta.

Informacje o zadowoleniu pacjenta/klienta zbierane są głównie:

- z badań ankietowych i ich analiz
- z analizy skarg pacjentów/klientów
- z analizy materiałów zamieszczanych w mediach dotyczących SP ZOZ
- ze spotkań z pacjentami/klientami
- z wniosków z przeglądu zarządzania.

Ankiety prowadzone są w formie papierowej. Wrzucone do skrzynek na ankiety, na bieżąco zbiera i przegląda *Komisja ds. analizowania opinii pacjentów na podstawie ankiet satysfakcji pacjenta i proponowania działań naprawczych przy opiniach negatywnych.*
Ankiety przekazywane są pełnomocnikowi ds. SZJ. Uwagi negatywne komisja przekazuje na bieżąco Dyrektorowi i/lub Naczelnej Pielęgniarce i/lub osobom odpowiedzialnym.
Pełnomocnik ds. SZJ dokonuje analizy ankiet satysfakcji pacjenta przynajmniej raz na rok.
Wyniki analiz, wszystkie wpisane uwagi i wnioski w formie pisemnej są przekazywane

Dyrektorowi SP ZOZ oraz ordynatorom/kierownikom komórek, których wyniki dotyczą. Celem takiego postępowania jest ciągłe monitorowanie świadczonych usług i możliwość zwiększania zadowolenia pacjenta.

Pełnomocnik ds. SZJ na przegląd zarządzania przygotowuje roczną analizę ankiet satysfakcji pacjenta z uwzględnieniem wyników uzyskanych w latach poprzednich.

9.1.3 Analiza i ocena

W celu wykazania przydatności i skuteczności SZJ oraz identyfikowania obszarów do doskonalenia w SP ZOZ określa się, zbiera, analizuje oraz ocenia odpowiednie dane. Analiza danych dokonywana jest systematycznie i w różnych formach.
Źródłami danych są:

- monitorowane procesy
- badania satysfakcji pacjenta/klienta
- analizy skarg i wniosków
- raporty i zalecenia z auditów wewnętrznych i zewnętrznych
- informacje z podjętych działań korygujących
- analizy wykonania celów
- sprawozdania finansowe
- informacje o skuteczności działań podjętych w wyniku zarządzania ryzkiem
- ocena dostawców
- potrzeby w zakresie doskonalenia
- zalecenia pokontrolne dotyczące kontroli wewnętrznych i zewnętrznych
- inne dostępne informacje mające wpływ na funkcjonowanie systemu.

Zbiorczą informację zawierającą wyniki analiz danych przedstawia pełnomocnik ds. SZJ w sprawozdaniu na przegląd zarządzania. Na tej podstawie sporządzana jest ocena możliwości prowadzenia ciągłego doskonalenia SZJ oraz określenia jego kierunków.

9.2 Audit wewnętrzny

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej E19]

W celu zapewnienia systematycznego badania funkcjonowania i skuteczności w osiąganiu zamierzonych celów oraz przydatności SZJ, w SP ZOZ prowadzone są audity wewnętrzne. To narzędzie służące do sprawdzenia stopnia spełnienia wymagań norm i wymagań dotyczących kontroli zarządczej.
Do przeprowadzenia auditów zostali powołani odpowiednio przeszkoleni pracownicy – auditorzy.

Audity wewnętrzne prowadzone są w oparciu o harmonogram i plany auditów – roczny i miesięczne.

Zarządzanie auditami wewnętrznymi prowadzone jest zgodnie z procedurą ***Auditu wewnętrznego i działań korygujących.*** Wyniki auditów są zapisywane i wykorzystywane do ciągłego doskonalenia SZJ.

W przypadku zidentyfikowania niezgodności zostają uruchomione działania korygujące.

Pełnomocnik ds. SZJ jest odpowiedzialny za planowanie i nadzór nad przeprowadzeniem auditów wewnętrznych w całym obszarze objętym SZJ, przynajmniej raz do roku.

Po realizacji rocznego planu auditów, Pełnomocnik ds. SZJ sporządza raport z auditów wewnętrznych do Dyrektora SP ZOZ i wyniki auditów przedstawia na przeglądzie zarządzania.

Audity w obszarze rentgenodiagnostyki są prowadzone zgodnie z wymaganiami prawnymi - kliniczny audyt wewnętrzny: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznych i zgodnie z Ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe, a szczegóły ich realizacji są opisane w procedurze ***Audity wewnętrzne i działania korygujące***.

9.2.1 Audyt wewnętrzny (ustawa o finansach publicznych)

[zastosowanie ma standard E21 kontroli zarządczej – Audyt wewnętrzny]

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, nakładają obowiązek prowadzenia audytu wewnętrznego między innymi w jednostkach samorządu terytorialnego, jeżeli ujęta w uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego kwota dochodów i przychodów lub kwota wydatków i rozchodów przekroczyła wysokość 40.000 tys. zł. W jednostkach samorządu terytorialnego audyt wewnętrzny może być prowadzony przez usługodawcę, jeżeli ujęta w uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego kwota dochodów i przychodów oraz kwota wydatków i rozchodów jest niższa niż 100.000 tys. zł.

W Szpitalu audyt wewnętrzny przeprowadza usługodawca niezatrudniony w jednostce.

Audyt wewnętrzny jest działalnością niezależną i obiektywną, której celem jest wspieranie kierownika jednostki w realizacji celów i zadań przez systematyczną ocenę kontroli zarządczej oraz czynności doradcze.

Ocena ta, dotyczy w szczególności adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w jednostce. Minister Finansów określił, w formie komunikatu, standardy audytu wewnętrznego dla jednostek sektora finansów publicznych, zgodne z powszechnie uznawanymi standardami audytu wewnętrznego. Audytor wewnętrzny, prowadząc audyt wewnętrzny, kieruje się wskazówkami zawartymi w tych standardach.

9.3 Przegląd zarządzania

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C12, E22]

9.3.1 Postanowienia ogólne

W celu utrzymania skuteczności SZJ Dyrektor SP ZOZ przeprowadza kompleksowy przegląd zarządzania, przynajmniej raz w roku. Przegląd ten obejmuje ocenę realizacji systemu, jego doskonalenie i potrzebę zmian w SZJ, Polityce Jakości i celach w niej zawartych.
Przegląd zarządzania przygotowuje pełnomocnik ds. SZJ w uzgodnieniu z Dyrektorem SP ZOZ i zawiadamia o jego terminie kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych.
Za ustalenie składu osobowego uczestników i utrzymywanie zapisów z przeglądu odpowiedzialny jest pełnomocnik ds. SZJ. Szczegółowe zasady prowadzenia przeglądu zarządzania, dane wejściowe do przeglądu oraz dane wyjściowe podane są w procedurze ***Przeglądy zarządzania***.

9.3.2 Dane wejściowe do przeglądu zarządzania

Danymi wejściowymi do przeglądu zarządzania są informacje zebrane od poprzedniego przeglądu zarządzania:

1) status działań podjętych w następstwie wcześniejszych przeglądów zarządzania

Wszelkie prawa zastrzeżone

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka
19.07.2021 r.

nieaktualna 19.07.2021 r.

Pełnomocnik ds. SZJ jest odpowiedzialny za planowanie i nadzór nad przeprowadzeniem auditów wewnętrznych w całym obszarze objętym SZJ, przynajmniej raz do roku.

Po realizacji rocznego planu auditów, Pełnomocnik ds. SZJ sporządza raport z auditów wewnętrznych do Dyrektora SP ZOZ i wyniki auditów przedstawia na przeglądzie zarządzania.

Audity w obszarze rentgenodiagnostyki są prowadzone zgodnie z wymaganiami prawnymi:

- kliniczny audyt wewnętrzny: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznych
- kliniczny audyt zewnętrzny: zgodnie z Ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe,

a szczegóły ich realizacji są opisane w procedurze ***Audity wewnętrzne i działania korygujące***.

9.2.1 Audyt wewnętrzny (ustawa o finansach publicznych)

[zastosowanie ma standard E21 kontroli zarządczej – Audyt wewnętrzny]

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, nakładają obowiązek prowadzenia audytu wewnętrznego między innymi w jednostkach samorządu terytorialnego, jeżeli ujęta w uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego kwota dochodów i przychodów lub kwota wydatków i rozchodów przekroczyła wysokość 40.000 tys. zł. W jednostkach samorządu terytorialnego audyt wewnętrzny może być prowadzony przez usługodawcę, jeżeli ujęta w uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego kwota dochodów i przychodów oraz kwota wydatków i rozchodów jest niższa niż 100.000 tys. zł.

W Szpitalu audyt wewnętrzny przeprowadza usługodawca niezatrudniony w jednostce.

Audyt wewnętrzny jest działalnością niezależną i obiektywną, której celem jest wspieranie kierownika jednostki w realizacji celów i zadań przez systematyczną ocenę kontroli zarządczej oraz czynności doradcze.

Ocena ta, dotyczy w szczególności adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w jednostce. Minister Finansów określił, w formie komunikatu, standardy audytu wewnętrznego dla jednostek sektora finansów publicznych, zgodne z powszechnie uznawanymi standardami audytu wewnętrznego. Audytor wewnętrzny, prowadząc audyt wewnętrzny, kieruje się wskazówkami zawartymi w tych standardach.

9.3 Przegląd zarządzania

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C12, E22]

9.3.1 Postanowienia ogólne

W celu utrzymania skuteczności SZJ Dyrektor SP ZOZ przeprowadza kompleksowy przegląd zarządzania, przynajmniej raz w roku. Przegląd ten obejmuje ocenę realizacji systemu, jego doskonalenie i potrzebę zmian w SZJ, Polityce Jakości i celach w niej zawartych.
Przegląd zarządzania przygotowuje pełnomocnik ds. SZJ w uzgodnieniu z Dyrektorem SP ZOZ i zawiadamia o jego terminie kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych.
Za ustalenie składu osobowego uczestników i utrzymywanie zapisów z przeglądu odpowiedzialny jest pełnomocnik ds. SZJ. Szczegółowe zasady prowadzenia przeglądu zarządzania, dane wejściowe do przeglądu oraz dane wyjściowe podane są w procedurze ***Przeglądy zarządzania***.

9.3.2 Dane wejściowe do przeglądu zarządzania

Danymi wejściowymi do przeglądu zarządzania są informacje zebrane od poprzedniego przeglądu zarządzania:

1) status działań podjętych w następstwie wcześniejszych przeglądów zarządzania

Wszelkie prawa zastrzeżone

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zdzisław Rachubiński
5.11.2018 r.

Nieaktualna → zmiany 5.11.2018 r. Jaszczyszyn (patrz zmiany)

Pełnomocnik ds. SZJ jest odpowiedzialny za planowanie i nadzór nad przeprowadzeniem auditów wewnętrznych w całym obszarze objętym SZJ, przynajmniej raz do roku.

Po realizacji rocznego planu auditów, Pełnomocnik ds. SZJ sporządza raport z auditów wewnętrznych do Dyrektora SP ZOZ i wyniki auditów przedstawia na przeglądzie zarządzania.

9.2.1 Audyt wewnętrzny (ustawa o finansach publicznych)

[zastosowanie ma standard E21 kontroli zarządczej – Audyt wewnętrzny]

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, nakładają obowiązek prowadzenia audytu wewnętrznego między innymi w jednostkach samorządu terytorialnego, jeżeli ujęta w uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego kwota dochodów i przychodów lub kwota wydatków i rozchodów przekroczyła wysokość 40.000 tys. zł. W jednostkach samorządu terytorialnego audyt wewnętrzny może być prowadzony przez usługodawcę, jeżeli ujęta w uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego kwota dochodów i przychodów oraz kwota wydatków i rozchodów jest niższa niż 100.000 tys. zł.

W Szpitalu audyt wewnętrzny przeprowadza usługodawca niezatrudniony w jednostce.

Audyt wewnętrzny jest działalnością niezależną i obiektywną, której celem jest wspieranie kierownika jednostki w realizacji celów i zadań przez systematyczną ocenę kontroli zarządczej oraz czynności doradcze.

Ocena ta, dotyczy w szczególności adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w jednostce. Minister Finansów określił, w formie komunikatu, standardy audytu wewnętrznego dla jednostek sektora finansów publicznych, zgodne z powszechnie uznawanymi standardami audytu wewnętrznego. Audytor wewnętrzny, prowadząc audyt wewnętrzny, kieruje się wskazówkami zawartymi w tych standardach.

9.3 Przegląd zarządzania

[Zastosowanie mają standardy kontroli zarządczej C12, E22]

9.3.1 Postanowienia ogólne

W celu utrzymania skuteczności SZJ Dyrektor SP ZOZ przeprowadza kompleksowy przegląd zarządzania, przynajmniej raz w roku. Przegląd ten obejmuje ocenę realizacji systemu, jego doskonalenie i potrzebę zmian w SZJ, Polityce Jakości i celach w niej zawartych.
Przegląd zarządzania przygotowuje pełnomocnik ds. SZJ w uzgodnieniu z Dyrektorem SP ZOZ i zawiadamia o jego terminie kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych.
Za ustalenie składu osobowego uczestników i utrzymywanie zapisów z przeglądu odpowiedzialny jest pełnomocnik ds. SZJ. Szczegółowe zasady prowadzenia przeglądu zarządzania, dane wejściowe do przeglądu oraz dane wyjściowe podane są w procedurze ***Przeglądy zarządzania***.

9.3.2 Dane wejściowe do przeglądu zarządzania

Danymi wejściowymi do przeglądu zarządzania są informacje zebrane od poprzedniego przeglądu zarządzania:

1) status działań podjętych w następstwie wcześniejszych przeglądów zarządzania

Wszelkie prawa zastrzeżone

2) zmiany czynników zewnętrznych i wewnętrznych istotnych dla SZJ
3) wyniki badania zadowolenia klienta i informacja od stron zainteresowanych
4) realizacja celów dotyczących jakości
5) informacje na temat zgodności usług z wymaganiami
6) informacje o stwierdzonych niezgodnościach i działaniach korygujących
7) wyniki monitorowania i pomiarów procesów
8) wyniki auditów
9) działania dostawców
10) informacje o adekwatności zasobów
11) skuteczność działań podejmowanych w wyniku zarządzania ryzykiem
12) możliwości doskonalenia systemu zarządzania

Przygotowanie danych wejściowych do przeglądu koordynuje Pełnomocnik SZJ, który pozyskuje informacje z komórek organizacyjnych SP ZOZ w Człuchowie.

9.3.3 Dane wyjściowe z przeglądu zarządzania

Z dokonanego przeglądu Pełnomocnik sporządza raport, który zatwierdza Dyrektor. Raport zawiera wytyczne działań w zakresie doskonalenia SZJ, tj. podnoszenia poziomu jakości świadczonych usług. W raporcie określa się środki na realizację przyjętych działań, terminy ich realizacji i wykonawców.
Przyjęte działania wynikające z przeglądu dotyczą:

1) możliwości doskonalenia systemu zarządzania
2) wszelkie potrzeby zmian w systemie zarządzania
3) potrzeby w zakresie zasobów.

10. Doskonalenie

[Zastosowanie ma standard kontroli zarządczej E19]

10.1 Postanowienia ogólne

Kierownictwo SP ZOZ w Człuchowie jest w pełni świadome, że warunkiem uzyskania zadowolenia pacjenta/klienta z realizowanej usługi jest doskonalenie usług i systemu.
Następuje to poprzez:

- doskonalenie usług w celu spełnienia wymagań pacjenta/klienta oraz przyszłych potrzeb i oczekiwań
- korygowanie, zapobieganie lub ograniczanie niepożądanych skutków
- doskonalenie efektów działań i skuteczności systemu zarządzania jakością
- aktualizację ryzyka i szans.

Narzędziami do doskonalenia są przede wszystkim:

- monitorowanie procesów
- analiza danych
- szkolenie pracowników
- realizacja wytyczonych celów jakości
- audity wewnętrzne i zewnętrzne
- działania korygujące

- przeglądy zarządzania
- monitorowanie potencjalnych zdarzeń mogących mieć negatywny wpływ na system
- wyniki prac zespołów zadaniowych.

10.2 Niezgodności i działania korygujące

Na wszystkich szczeblach zarządzania oceniane są potrzeby uruchomienia działań korygujących. Działania korygujące są podejmowane w celu:

1) zidentyfikowania i wyeliminowania przyczyn stwierdzonych niezgodności z wymaganiami systemu zarządzania jakością
2) zapobiegania powtórnemu wystąpieniu stwierdzonych niezgodności
3) wyeliminowania skutków wywołanych niezgodnościami.

W SP ZOZ w Człuchowie podejmowane są działania eliminujące przyczyny niezgodności i usługi niezgodnej. Podjęcie działań korygujących następuje m.in. w oparciu o:

- skargi i wnioski pacjentów
- audity wewnętrzne i zewnętrzne
- wyniki kontroli wewnętrznych
- wyniki kontroli zewnętrznych jednostek nadzorujących
- wyniki badań ankietowych
- wnioski z przeglądu SZJ.

Niezgodności wskazane przez organy kontroli zewnętrznej są korygowane na podstawie wniosków i zaleceń pokontrolnych.

Tryb podejmowania działań korygujących określa procedura ***Audity wewnętrzne i działania korygujące*** oraz procedura ***Nadzór nad usługą niezgodną.***

SP ZOZ utrzymuje zapisy związane z powyższymi działaniami, zgodnie z ww. procedurami.

10.3 Ciągłe doskonalenie

Nadrzędnym celem działania SP ZOZ w Człuchowie jest staranne wykonywanie powierzonych mu zadań publicznych oraz profesjonalna i życzliwa obsługa pacjentów. Systematyczne sprawdzanie i analizowanie konieczne są do doskonalenia SZJ – jego przydatności, adekwatności i skuteczności.

Uzyskane wyniki analizy i oceny systemu wraz z danymi wyjściowymi z przeglądu zarządzania są uwzględniane jako elementy służące ciągłemu doskonaleniu SZJ.

FORMULARZE:

Stosowane w jednostce formularze zostały określone przez aktualne procedury oraz wynikają z powszechnie obowiązujących przepisów.

ZAŁĄCZNIKI do KJ:

Załącznik nr 1 Schemat organizacyjny SP ZOZ w Człuchowie
Załącznik nr 2 Mapa procesów i powiązania

Wszelkie prawa zastrzeżone

Tabela zmian w Księdze Jakości

Nr zmiany	Czego zmiana dotyczy	Norma / Strona	Data wprowadzenia	Podpis
1.	**N 4.4** Proces diagnostyki obrazowej zaczął funkcjonować w formie udokumentowanej w dwóch procesach: **P.18** - Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej **P.23** – Proces rentgenodiagnostyki	11	05.11.2018	
2.	N 9.2 Rozszerzono opis o audity prowadzone w obszarze rentgenodiagnostyki	33	05.11.2018	
3.	W mapie procesów uwzględniono zmiany opisane w pkt nr 1	Zał. nr 2	05.11.2018	
4.	Proces P.17 zmienił tytuł na: „Leczenie krwią i jej składnikami”	11	11.06.2019	
5.	str. 8 usunięto oddz. zabiegowe, str. 9 dodano por, psycholog. dla dzieci i młodzieży, str. 10-11 usunięto procesy P.3, P.4, P.5.1, P.5.2, P.7, P.14, P.27, str. 18, 22, 23, 28, 29 było PBI - winno być PBDO; str. 19 - P.22 zmiana tytułu str. 22 – zmiana zakresu udokumentowanej informacji str. 23 – zmiana instrukcji kancelaryjnej i archiwizacji, P.1.6 zmieniła nazwę "Nadzór nad udokumentowaną informacją" str. 25 – zmiana dotycz. wskazania komórek odpowiedzialnych za zamówienia i sprzęt medyczny str. 33 – dopisano audity w obszarze rentgenodiagnostyki	8 9 10 11 18 19 22 23 25 28 29 33	19.07.2021	Dominika Wiszczyszyn
6.	mapa procesów – usunięto procesy, które już nie funkcjonują	Zał. nr 2	19.07.2021	
7.	Zmiana tytułu P.11 – Proces świadczenia usług medycznych w Izbie Przyjęć	11	18.10.2021	
8.	*mapa procesów – dodano P.4 i proces P.24 zmienił swoją formę na nieudokumentowany *str. 10 usunięto P.24 a dodano ten proces jako nieudokumentowany	10 11 26 Zał. nr 2	16.11.2022	

	*str. 11 do procesów głównych dodano *P.4 - Proces realizacji świadczeń zdrowotnych w oddziale leczenia jednego dnia* *str. 11 z procesów zlecanych na zewnątrz usunięto opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień *str. 26 z procesów zlecanych na zewnątrz usunięto opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień	do KJ		Danuta Olchówka

16. 11. 2022

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka

Nieaktualny 18.10.2022

Tabela zmian w Księdze Jakości

Nr zmiany	Czego zmiana dotyczy	Norma / Strona	Data wprowadzenia	Podpis
1.	**N 4.4** Proces diagnostyki obrazowej zaczął funkcjonować w formie udokumentowanej w dwóch procesach: **P.18** - Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej **P.23** – Proces rentgenodiagnostyki	11	05.11.2018	
2.	N 9.2 Rozszerzono opis o audity prowadzone w obszarze rentgenodiagnostyki	33	05.11.2018	
3.	W mapie procesów uwzględniono zmiany opisane w pkt nr 1	Zał. nr 2	05.11.2018	
4.	Proces P.17 zmienił tytuł na: „Leczenie krwią i jej składnikami”	11	11.06.2019	
5.	str. 8 usunięto oddz. zabiegowe, str. 9 dodano por, psycholog. dla dzieci i młodzieży, str. 10-11 usunięto procesy P.3, P.4, P.5.1, P.5.2, P.7, P.14, P.27, str. 18, 22, 23, 28, 29 było PBI - winno być PBDO; str. 19 - P.22 zmiana tytułu str. 22 – zmiana zakresu udokumentowanej informacji str. 23 – zmiana instrukcji kancelaryjnej i archiwizacji, P.1.6 zmieniła nazwę "Nadzór nad udokumentowaną informacją" str. 25 – zmiana dotycz. wskazania komórek odpowiedzialnych za zamówienia i sprzęt medyczny str. 33 – dopisano audity w obszarze rentgenodiagnostyki	8 9 10 11 18 19 22 23 25 28 29 33	19.07.2021	Danuta Wiśniewska
6.	mapa procesów – usunięto procesy, które już nie funkcjonują	Zał. nr 2	19.07.2021	
7.	Zmiana tytułu P.11 – Proces świadczenia usług medycznych w Izbie Przyjęć	11	18.10.2021	

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Wichówka

Wszelkie prawa zastrzeżone

Nieaktualny 11.06.2019

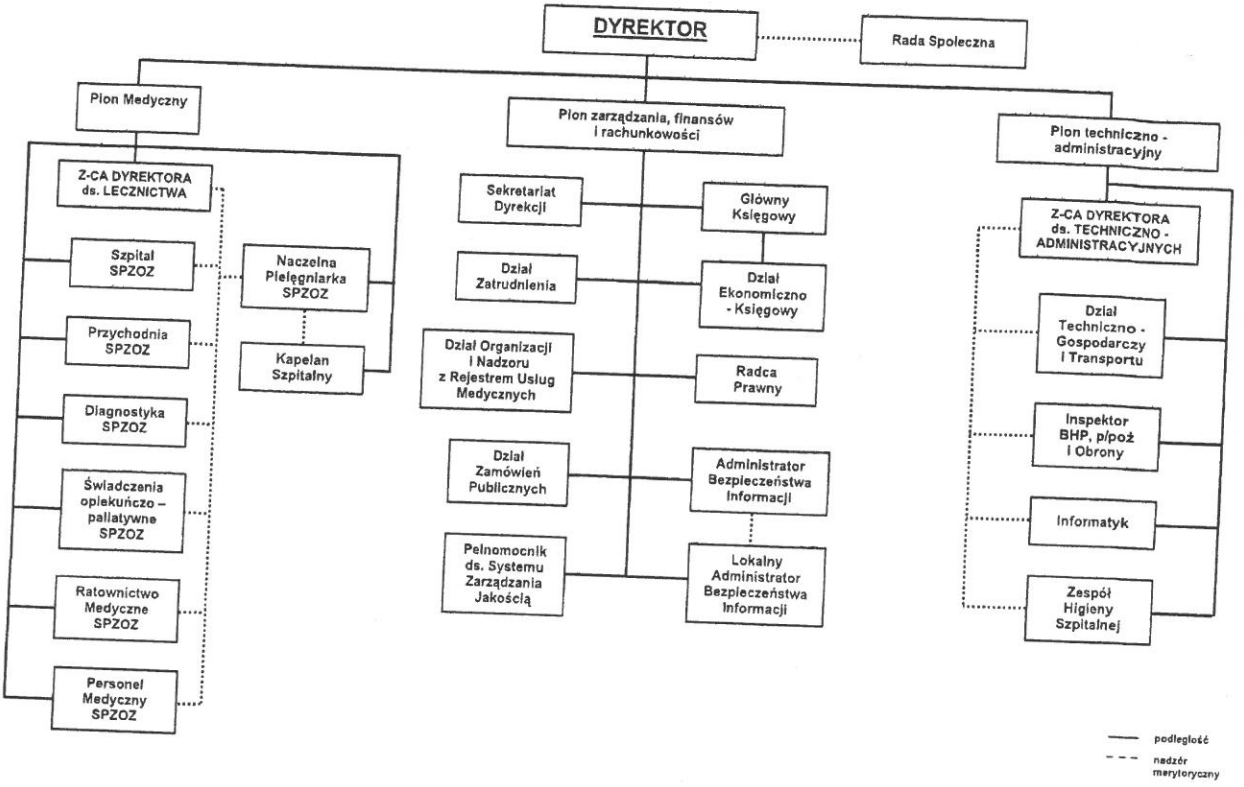
Tabela zmian w Księdze Jakości

Nr zmiany	Czego zmiana dotyczy	Norma / Strona	Data wprowadzenia	Podpis
1.	**N 4.4** Proces diagnostyki obrazowej zaczął funkcjonować w formie udokumentowanej w dwóch procesach: **P.18** - Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej **P.23** – Proces rentgenodiagnostyki	11	05.11.2018	
2.	N 9.2 Rozszerzono opis o audity prowadzone w obszarze rentgenodiagnostyki	33	05.11.2018	
3.	W mapie procesów uwzględniono zmiany opisane w pkt nr 1	Zał. nr 2 do Księgi Jakości	05.11.2018	

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zdzisław Rachubiński

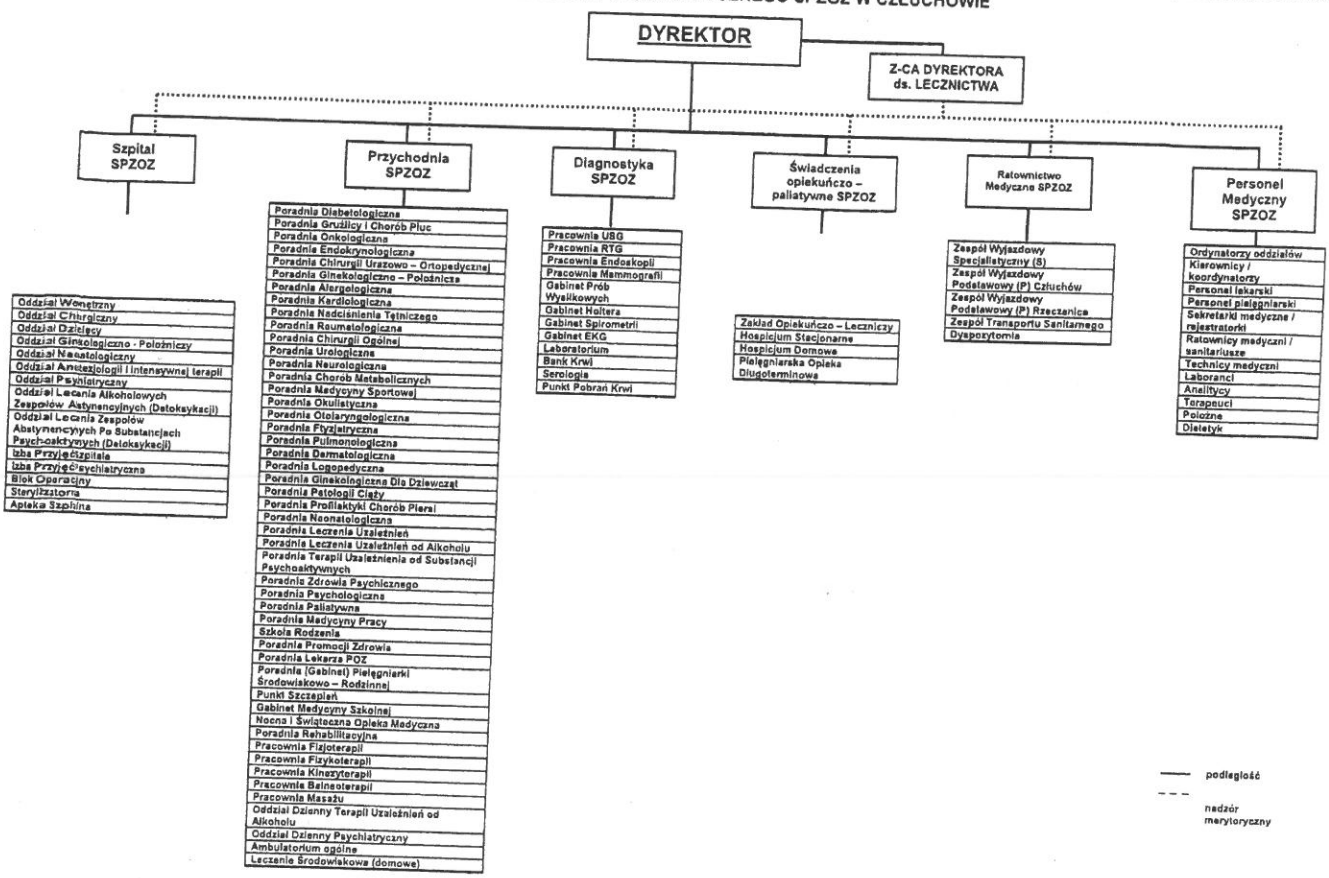
SCHEMAT ORGANIZACYJNY SPZOZ W CZŁUCHOWIE

Załącznik Nr 1 do STATUTU

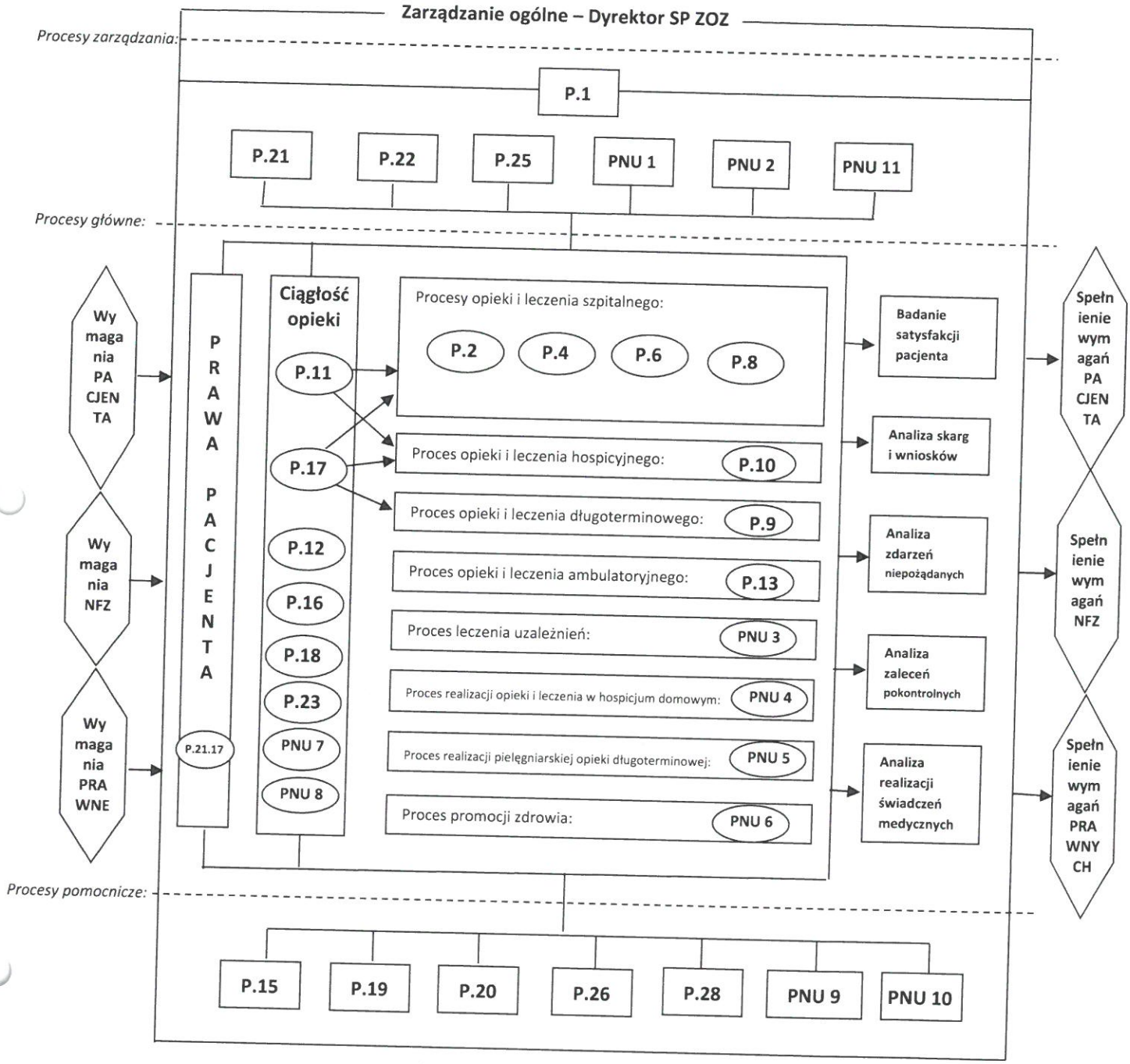


SCHEMAT ORGANIZACYJNY PIONU MEDYCZNEGO SPZOZ W CZŁUCHOWIE

Załącznik Nr 2 do STATUTU



MAPA PROCESÓW w SP ZOZ w CZŁUCHOWIE



Objaśnienia i nazwy procesów ujętych w mapie procesów:

PNU – procesy nie udokumentowane

Procesy zarządzania:

P.1 - Proces nadzoru nad SZJ
P.21 - Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 - Nadzór i realizacja zagadnień BHP, PPOŻ i OC na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.25 - Proces zarządzania zasobami ludzkimi
PNU 1 - Proces ochrony danych osobowych
PNU 2 - Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych
PNU 11 - Proces obsługi finansowo-księgowej

Procesy główne:

P.2 - Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.4 - Proces realizacji świadczeń zdrowotnych w oddziale leczenia jednego dnia
P.6 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.8 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 - Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 - Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 - Proces świadczenia usług medycznych w Izbie Przyjęć
P.12 - Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.16 - Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 - Proces leczenie krwią i jej składnikami
P.18 - Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej
P.23 - Proces rentgenodiagnostyki
PNU 3 - Proces leczenia uzależnień
PNU 4 - Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
PNU 5 - Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
PNU 6 - Proces promocji zdrowia
PNU 7 - Proces rehabilitacji leczniczej
PNU 8 - Proces wykonywania badań endoskopowych

PROCESY POMOCNICZE:

P.15 - Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 - Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.28 - Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
PNU 9 - Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
PNU 10 - Proces zachowania czystości w szpitalu

Sporządziła Pełnomocnik ds. SZJ Danuta Miszczyszyn
Stan na dzień 16.11.2022 r.

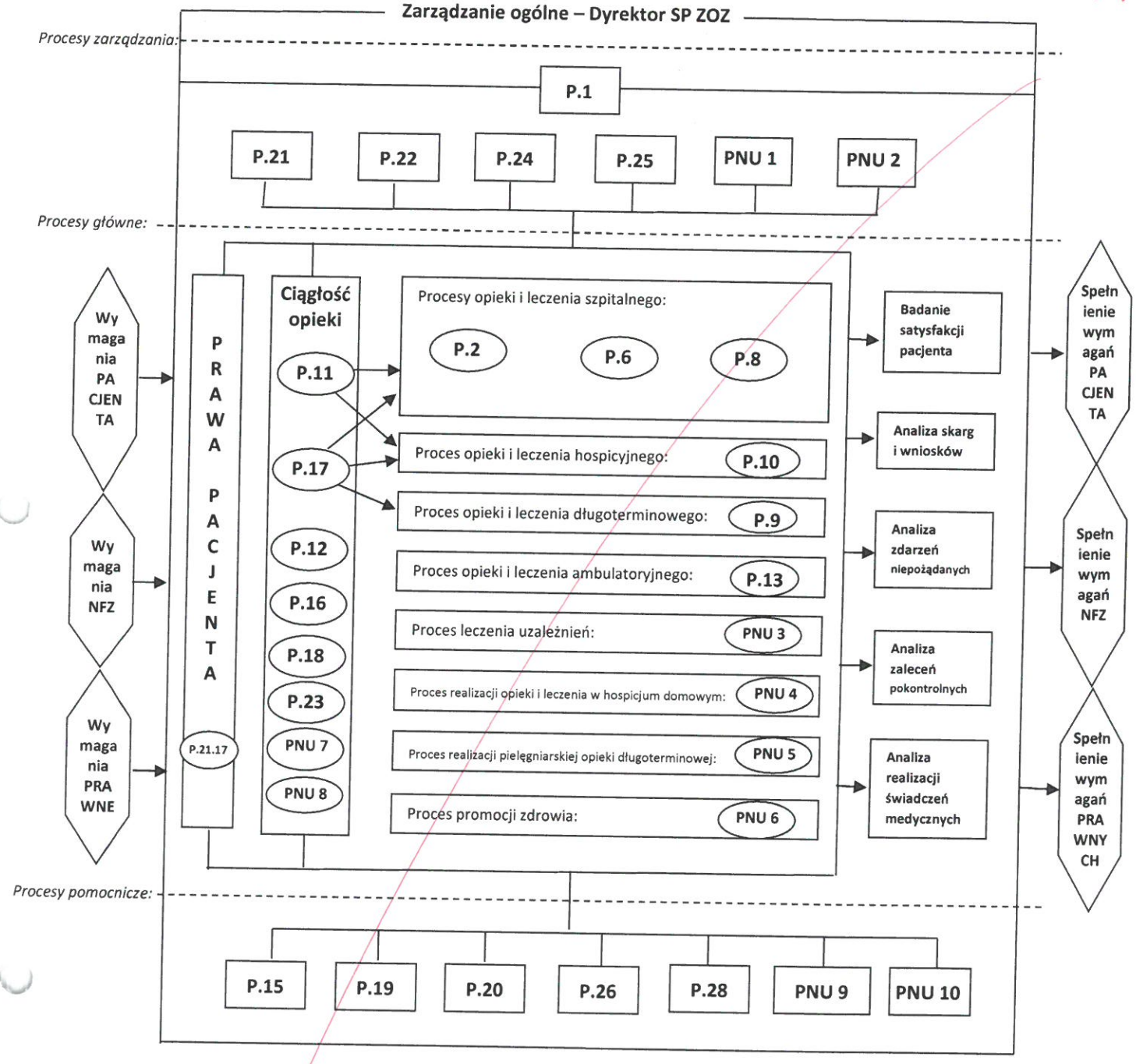
Zatwierdził:

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka

16. 11. 2022

Nieaktualna od 16.11.2022 r.
D. Miszczyszyn

MAPA PROCESÓW w SP ZOZ w CZŁUCHOWIE



Objaśnienia i nazwy procesów ujętych w mapie procesów:

PNU – procesy nie udokumentowane

Procesy zarządzania:

P.1 - Proces nadzoru nad SZJ
P.21 - Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 - Nadzór i realizacja zagadnień BHP, PPOŻ i OC na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.24 – Proces obsługi finansowo-księgowej
P.25 - Proces zarządzania zasobami ludzkimi
PNU 1 - Proces ochrony danych osobowych
PNU 2 - Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:

P.2 - Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.6 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.8 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 - Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 - Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 - Proces świadczenia usług medycznych w Izbie Przyjęć
P.12 - Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.16 - Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 - Proces leczenie krwią i jej składnikami
P.18 - Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej
P.23 - Proces rentgenodiagnostyki
PNU 3 - Proces leczenia uzależnień
PNU 4 - Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
PNU 5 - Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
PNU 6 - Proces promocji zdrowia
PNU 7 - Proces rehabilitacji leczniczej
PNU 8 - Proces wykonywania badań endoskopowych

PROCESY POMOCNICZE:

P.15 - Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 - Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.28 - Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
PNU 9 - Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
PNU 10 - Proces zachowania czystości w szpitalu

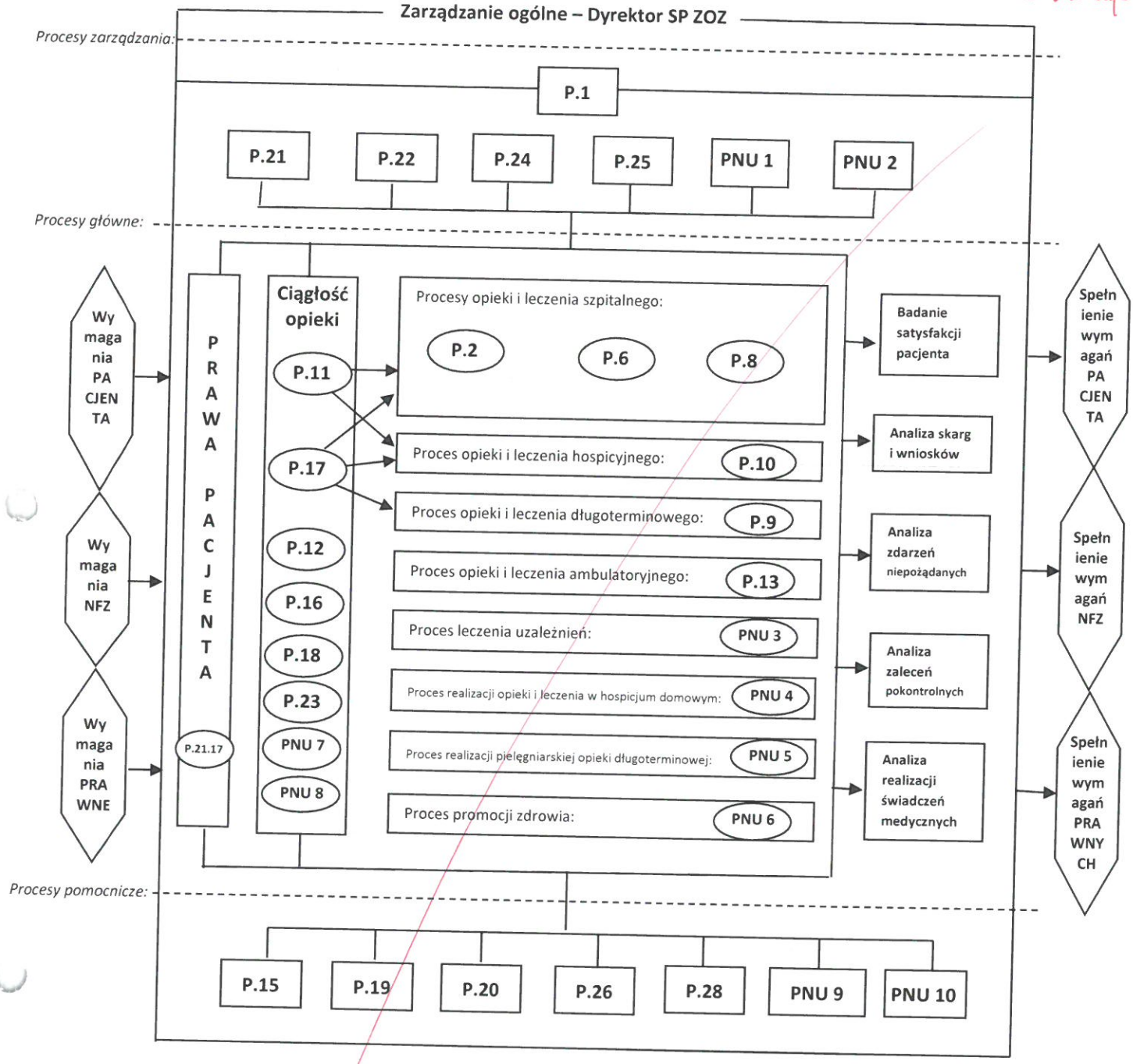
Sporządziła Pełnomocnik ds. SZJ Danuta Miszczyszyn
Stan na dzień 18.10.2021 r.

Zatwierdził:

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Olchówka

Nieaktualna od 18.10.2021 r.
D. Miszczyszyn

MAPA PROCESÓW w SP ZOZ w CZŁUCHOWIE



Objaśnienia i nazwy procesów ujętych w mapie procesów:

PNU – procesy nie udokumentowane

Procesy zarządzania:
P.1 - Proces nadzoru nad SZJ
P.21 - Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 - Nadzór i realizacja zagadnień BHP, PPOŻ i OC na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.24 – Proces obsługi finansowo-księgowej
P.25 - Proces zarządzania zasobami ludzkimi
PNU 1 - Proces ochrony danych osobowych
PNU 2 - Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:
P.2 - Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.6 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.8 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 - Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 - Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 - Proces przyjęcia pacjenta w trybie nagłym i planowanym
P.12 - Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.16 - Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 - Proces leczenie krwią i jej składnikami
P.18 - Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej
P.23 - Proces rentgenodiagnostyki
PNU 3 - Proces leczenia uzależnień
PNU 4 - Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
PNU 5 - Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
PNU 6 - Proces promocji zdrowia
PNU 7 - Proces rehabilitacji leczniczej
PNU 8 - Proces wykonywania badań endoskopowych

PROCESY POMOCNICZE:
P.15 - Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 - Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.28 - Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
PNU 9 - Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
PNU 10 - Proces zachowania czystości w szpitalu

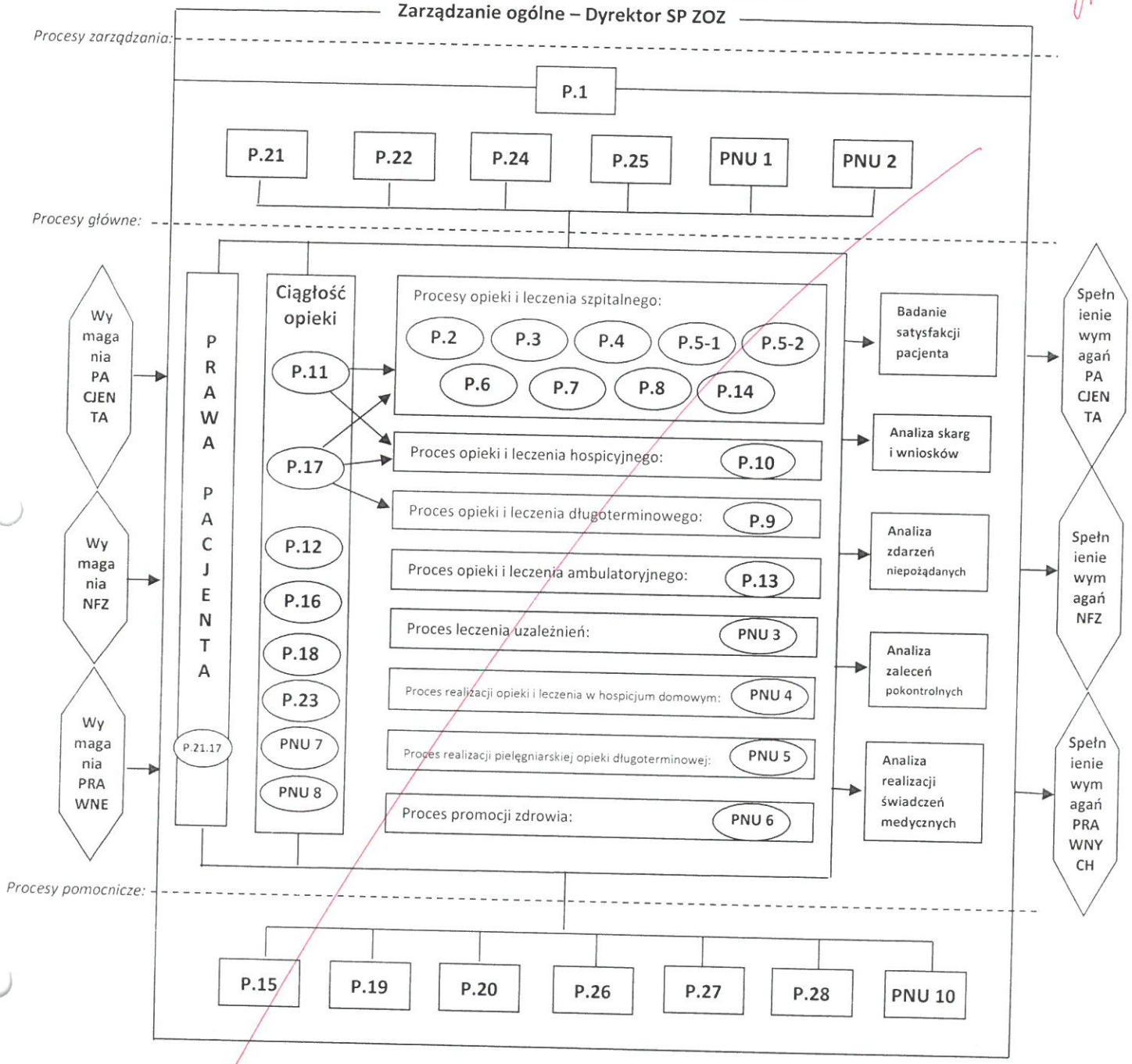
Sporządziła Pełnomocnik ds. SZJ Danuta Miszczyszyn
Stan na dzień 19.07.2021 r.

Zatwierdził:

P.O. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
mgr Danuta Cichówka

MAPA PROCESÓW w SP ZOZ w CZŁUCHOWIE

nieaktualna 19.07.2021 r.



Objaśnienia i nazwy procesów ujętych w mapie procesów:

PNU – procesy nie udokumentowane

Procesy zarządzania:

P.1 - Proces nadzoru nad SZJ
P.21 - Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 - Proces nadzoru i realizacji zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.24 – Proces obsługi finansowo-księgowej
P.25 - Proces zarządzania zasobami ludzkimi
PNU 1 - Proces ochrony danych osobowych
PNU 2 - Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:

P.2 - Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.3 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi
P.4 - Proces wykonywania zabiegów operacyjnych
P.5-1 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi
P.5-2 - Proces postępowania z ciężarną przyjętą do porodu
P.6 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.7 - Proces opieki nad noworodkami
P.8 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 - Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 - Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 - Proces przyjęcia pacjenta w trybie nagłym i planowanym
P.12 - Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.14 - Proces zabezpieczenia anestezjologicznego pacjentów szpitala
P.16 - Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 - Proces oznaczania grup krwi, zgodności grup krwi i przechowywania krwi
P.18 - Proces diagnostyki w pracowni tomografii komputerowej
P.23 - Proces rentgenodiagnostyki
PNU 3 - Proces leczenia uzależnień
PNU 4 - Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
PNU 5 - Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
PNU 6 - Proces promocji zdrowia
PNU 7 - Proces rehabilitacji leczniczej
PNU 8 - Proces wykonywania badań endoskopowych

PROCESY POMOCNICZE:

P.15 - Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 - Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.27 - Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
P.28 - Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
PNU 10 - Proces zachowania czystości w szpitalu

Sporządziła Pełnomocnik ds. SZJ Danuta Miszczyszyn
Stan na dzień 05.11.2018 r.

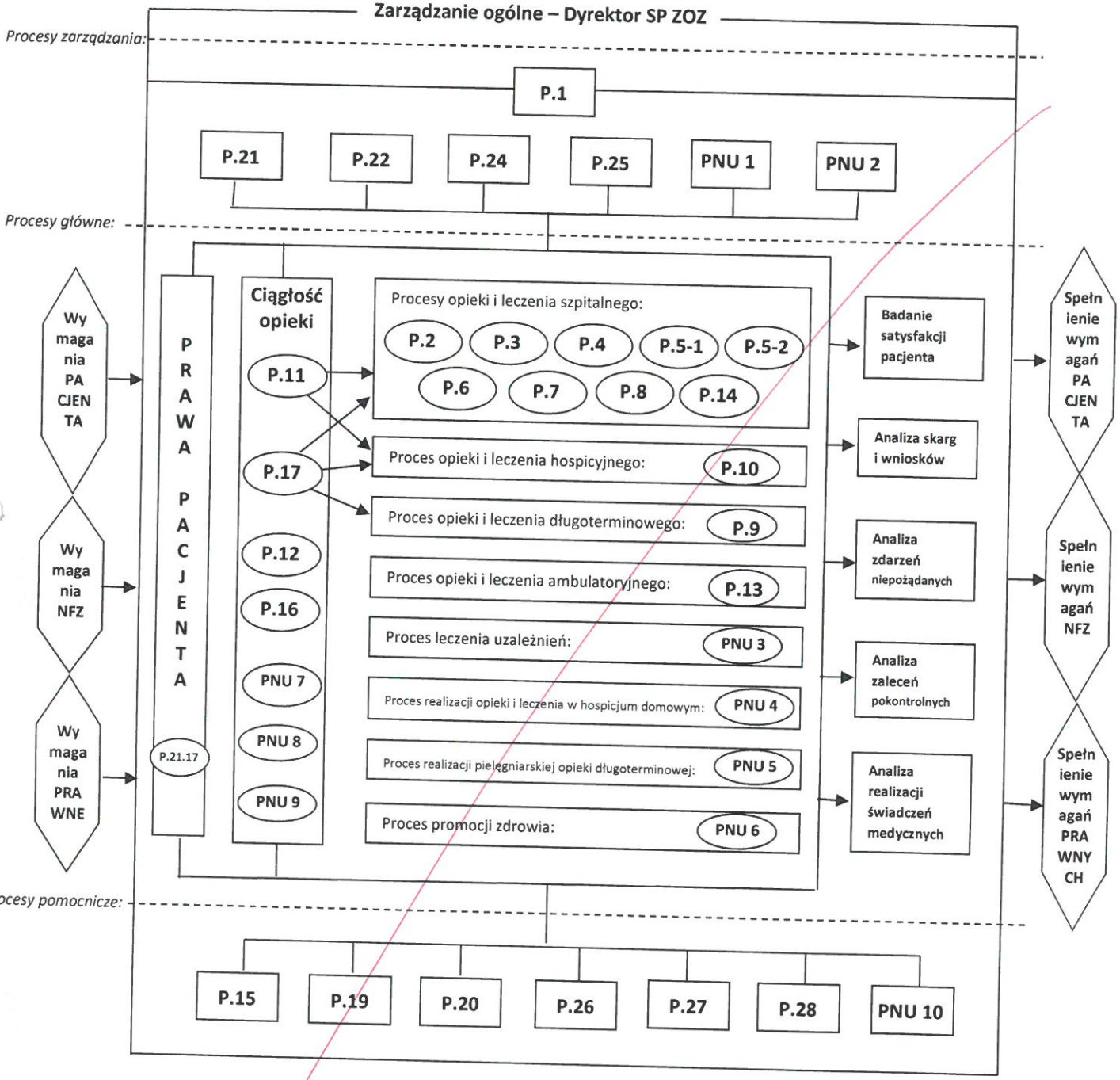
Zatwierdził:

05. 11. 2018

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zdzisław Rachubiński

Nieaktualna 5.11.2018 r. Miszczyszyn (patrz zmiany

MAPA PROCESÓW w SP ZOZ w CZŁUCHOWIE



Objaśnienia i nazwy procesów ujętych w mapie procesów:

PNU – procesy nie udokumentowane

Procesy zarządzania:
P.1 - Proces nadzoru nad SZJ
P.21 - Proces nadzoru nad pracą personelu
P.22 - Proces nadzoru i realizacji zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej na terenie SP ZOZ w Człuchowie
P.24 – Proces obsługi finansowo-księgowej
P.25 - Proces zarządzania zasobami ludzkimi
PNU 1 - Proces ochrony danych osobowych
PNU 2 - Proces kontraktowania i rozliczania realizacji usług medycznych

Procesy główne:
P.2 - Proces leczenia pacjentów ze schorzeniami internistycznymi
P.3 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi
P.4 - Proces wykonywania zabiegów operacyjnych
P.5-1 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi
P.5-2 - Proces postępowania z ciężarną przyjętą do porodu
P.6 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów do 18 roku życia
P.7 - Proces opieki nad noworodkami
P.8 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi
P.9 - Proces opieki medycznej pacjentów w ZOL
P.10 - Proces opieki medycznej w Hospicjum
P.11 - Proces przyjęcia pacjenta w trybie nagłym i planowanym
P.12 - Proces świadczenia usług medycznych w Dziale Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego
P.13 - Proces diagnostyki i leczenia pacjentów ambulatoryjnych w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych
P.14 - Proces zabezpieczenia anestezjologicznego pacjentów szpitala
P.16 - Proces wykonywania badań laboratoryjnych
P.17 - Proces oznaczania grup krwi, zgodności grup krwi i przechowywania krwi
PNU 3 - Proces leczenia uzależnień
PNU 4 - Proces realizacji opieki i leczenia w hospicjum domowym
PNU 5 - Proces realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej
PNU 6 - Proces promocji zdrowia
PNU 7 - Proces rehabilitacji leczniczej
PNU 8 - Proces wykonywania badań endoskopowych
PNU 9 - Proces wykonywania badań obrazowych

PROCESY POMOCNICZE:
P.15 - Proces zaopatrzenia szpitala w leki i materiały medyczne
P.19 – Proces nadzoru nad wyżywieniem pacjentów
P.20 – Proces zapobiegania zakażeniom szpitalnym
P.26 - Proces nadzoru nad siecią informatyczną
P.27 - Proces zapewnienia zaopatrzenia szpitala
P.28 - Proces zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala
PNU 10 - Proces zachowania czystości w szpitalu

Sporządziła Pełnomocnik ds. SZJ Danuta Miszczyszyn
Stan na dzień 06.11.2017 r.

Zatwierdził:

p. o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
Zdzisław Rachubiński