	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona 1/40
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

# KSIĘGA JAKOŚCI ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO

Szpital Rejonowy  
im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu

## Zatwierdzenia


Zespół	Imię i nazwisko stanowisko	Data	Podpis
Opracował	Grzegorz Bula PZJ	23.10.2013	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Barbara Piekarska	25.10.2013	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Gabriela Bujnowska NM	25.10.2013	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Ryszard Rudnik DN	28.10.2013	<i>Podpis nieczytelny</i>

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością SPZOzj Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu.  
Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>2/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>

### KARTA ZMIAN


Nr	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora
	Rozdziału	Strona nr			
1	R11- 10.3	Str 63	Wydanie 2 załącznika dodano „Podksięga Jakości RTG”	10.10.1	Piekarska
2	R11 -10.3	Str 63	Wydanie 3 załącznika dodano „Podksięga Jakości Laboratorium Analityczne.	20.01.11	Priebe
3	R 1	Str 10	Dodano na końcu zdanie „W roku 2010 uruchomiono w bloku operacyjnym nową centralną sterylizację	21.01.11	Bula
4	R2	Str 13	Wymieniono skan certyfikatu na aktualny	21.01.11	Bula
5	R2	Str 13	Dodano „Podksięga Jakości Laboratorium Analityczne.	21.01.11	Bula
6	R4 - 4.1.2	Str 17	Wykreślono: „Pełnomocnik ds. Środowiska”	21.01.11	Bula
7	R5 - 5.2.2	Str 22	Wykreślono: „Pełnomocnik ds. Środowiska” Dodano: „Pełnomocnik ds. Jakości z Koordynatorem ds. Środowiska”	24.01.11	Bula
8	R5 - 5.5.2	Str 25	Wykreślono: „Pełnomocnik ds. Środowiska”	24.01.11	Bula
9	R5 - 5.5.2	Str 26	Wykreślono: „Pełnomocnik ds. ZŚ posiada niezbędne uprawnienia i odpowiada między innymi za:”	24.01.11	Bula
10	R5 - 5.5.3	Str 26	Wykreślono: „Pełnomocnik ds. ZŚ”	24.01.11	Bula
11	R5 - 5.6.1	Str 27	Wykreślono: „Pełnomocnik ds. ZŚ i”	24.01.11	Bula
12	R5 - 5.6.1	Str 27	Wykreślono: „7. Pełnomocnik ds. ZŚ ”	24.01.11	Bula
13	R5 - 5.6.3	Str 29	Wykreślono: „ i Pełnomocnik ds. ZŚ ”	24.01.11	Bula
14	R6-6.1.1.4	Str 31	Dodano w zdaniu : „...o wiedzę personelu, plany..”	25.01.11	Bula
15	R6 - 6.2.2	Str 32	Wykreślono: „ i Pełnomocnik ds. ZŚ ”	25.01.11	Bula
16	R6 - 6.2.2	Str 33	Dodano p.pkt: „ - auditów wewnętrznych”	25.01.11	Bula
17	R6 - 6.3.1	Str 34	Wykreślono: „ i Pełnomocnik ds. ZŚ ”	25.01.11	Bula
18	R6 – 6.4	Str 35	Dodano p.pkt: „ - Państwowa Straż Pożarna”	25.01.11	Bula
19	R7-7.2.3.1	Str 40	W zdaniach „ZS” zastąpiono „ZJ” i „Pełnomocnik ds. ZS” zastąpiono „ Koordynator ds. Środowiska”	26.01.11	Bula
20	R7- 7.5.1	Str 42	Zdanie 1 -2 dodano p.pkt: „ - Odpowiedni personel medyczny i pomocniczy	26.01.11	Bula
21	R7- 7.5.1	Str 42	Zdanie 2 i 3- dodano p.pkt:”- dokonywanie bieżącej sprawozdawczości statystycznej zgodnie z wymogami aktualnych przepisów i umów z płatnikiem	26.01.11	Bula
22	R8- 8.2.5	48,49	W zdaniach „ „Pełnomocnik ds. ZS” zastąpiono „ Koordynator ds. Środowiska”	27.01.11	Bula
23	R9	Str 57	Zmieniono schemat organizacyjny na aktualny	27.01.11	Bula
24	R11-11.1	Str 58	Wykreślono: „ PZŚ -Pełnomocnik ds. Środowiska ”	27.01.11	Bula
25	R1.1	14,23,	Nowa deklaracja polityki jakości oraz ochrony środowiska	25.05.11	Bula
26	R5.4.1	24	Zmieniono cele jakości i ochrony środowiska	25.05.11	Bula
27	R9	Str 55	Nowy schemat mapy procesów	20.09.11	Bula
28	R 9.12	Str 55	Pod mapą dodano zdanie: Wykaz szczegółowe wykazy podmiotów realizujących procesy i działania zleconych na zewnątrz, prowadzą: 1. Dział Analiz Ekonomicznych – procesy i działania dotyczące usług medycznych 2. Dział Gospodarczy i Dział Techniczno-Eksploatacyjny – działania dotyczące usług pomocniczych	20.09.11	Bula
29	R2	Str 12	Wykreślono zdania: Wynika to z założenia, że w trakcie wprowadzania zmian w KZSZJiZŚ zmieniane są tylko te rozdziały, które uległy zmianie. W ten sposób KZSZJiZŚ może składać się z rozdziałów z różnymi numerami wydań.	20.09.11	Bula
30	Całość		Wydanie 3	01.11.13	Bula
31	Załączniki		Zmiana załącznika nr 3 i 5	30.09.14	Bula
32	R4.1	Str 10	Doprecyzowanie zakresu certyfikacji	17.11.14	Bula
33	Podks.LA		Zmiana całości Podksięgi LA z załącznikami	02.04.15	Bula
35	Załą. 7	całość	Cele jakości oraz ochrony środowiska W5	15.02.16	Bula

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością SPZOZj Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu.  
Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>3/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>


**SPIS TREŚCI**  
KARTA ZMIAN

<b>1. WSTĘP.....</b>	<b>6</b>
<b>2. PREZENTACJA ORGANIZACJI.....</b>	<b>6</b>
2.1. Dane ogólne	
2.2. Historia	
<b>3. TERMINOLOGIA I SKRÓTY.....</b>	<b>10</b>
3.1. Terminologia	
3.2. Skróty	
<b>4. ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO... 10</b>	
4.1 Wymagania ogólne	
4.1.2. System zarządzania środowiskowego - wymagania ogólne	
4.2 Wymagania dotyczące dokumentacji	
4.2.1 Postanowienia ogólne	
4.2.2 Księga Zintegrowanego systemu zarządzania jakością i zarządzania środowiskowego	
4.2.2.1 Procedury	
4.2.3 Nadzór nad dokumentami	
4.2.3.1 Nadzór nad dokumentacją systemu zarządzania środowiskowego	
4.2.4 Nadzór nad zapisami	
4.2.4.1. Zapisy dotyczące środowiska	
<b>5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA..... 14</b>	
5.1 Zaangażowanie kierownictwa	
5.2 Orientacja na klienta	
5.2.1 Aspekty środowiskowe	
5.2.2 Wymagania prawne	
5.3 Polityka Jakości i Środowiskowa	
5.4 Planowanie	
5.4.1 Cele dotyczące jakości	
5.4.1.1 Cele i zadania środowiskowe	
5.4.2 Planowanie systemu zarządzania jakością	
5.4.2.1 Program zarządzania środowiskowego	
5.5 Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja	
5.5.1 Odpowiedzialność i uprawnienia	
5.5.2 Przedstawiciel kierownictwa	
5.5.3 Komunikacja wewnętrzna	
5.5.3.1 Komunikowanie się w systemie zarządzania środowiskowego	
5.6 Przegląd zarządzania	

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.


	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>4/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

5.6.1	Postanowienia ogólne	
5.6.2	Dane wejściowe do przeglądu	
5.6.3	Dane wyjściowe z przeglądu	
<b>6.</b>	<b>ZARZĄDZANIE ZASOBAMI.....</b>	<b>19</b>
6.1	Zapewnienie zasobów	
6.1.1	Ustalanie potrzeb w zakresie zasobów	
6.1.1.1	Zasoby personalne	
6.1.1.2	Infrastruktura techniczna	
6.1.1.3	Pozostałe wyposażenie techniczne	
6.1.1.4	Utrzymanie sprawności wyposażenia	
6.1.1.5	Nadzorowanie zarządzania zasobami	
6.2	Zasoby ludzkie	
6.2.1	Postanowienia ogólne	
6.2.2	Kompetencje, świadomość i szkolenie	
6.2.2.1	Kompetencje, szkolenia i świadomość w zakresie zarządzania środowiskowego	
6.3	Infrastruktura wspomagająca	
6.3.1	Plany awaryjne	
6.4	Środowisko pracy	
6.4.1	Zagadnienia środowiskowe	
<b>7.</b>	<b>REALIZACJA WYROBU.....</b>	<b>24</b>
7.1	Planowanie realizacji usług medycznych	
7.1.1	Kryteria akceptacji	
7.1.2	Nadzorowanie zmian	
7.2	Procesy związane z klientem/pacjentem	
7.2.1	Określenie wymagań dotyczących usług medycznych	
7.2.2	Przegląd wymagań dotyczących usług medycznych	
7.2.2.1	Aspekty środowiskowe	
7.2.2.2	Wymagania prawne i inne	
7.2.3	Komunikacja z Pacjentem/klientem	
7.2.3.1	Komunikacja zewnętrzna dotycząca zagadnień środowiskowych	
7.3	Projektowanie i rozwój	
7.4	Zakupy	
7.4.1	Proces zakupu	
7.4.1.1	Zgodność z przepisami	
7.4.2	Informacje dotyczące zakupów	
7.4.2.1	Wymagania środowiskowe	
7.4.3	Weryfikacja zakupionego wyrobu	


2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>5/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

7.5	Realizacja usług medycznych	
7.5.1	nadzór nad realizacją usług medycznych	
7.5.1.1	Sterowanie operacyjne aspektami środowiskowymi	
7.5.2	Walidacja procesów dostarczania usług medycznych	
7.5.3	Identyfikacja i identyfikowalność	
7.5.4	Własność klienta	31
7.5.5	Zabezpieczenie wyrobu	32
7.6	Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów	32
7.6.1	Wyposażenie do monitorowania i pomiarów środowiskowych	
<b>8.</b>	<b>POMIARY, ANALIZA I DOSKONALENIE</b>	<b>33</b>
8.1	Postanowienia ogólne	
8.2	Monitorowanie i pomiary	
8.2.1	Zadowolenie PACJENTA/klienta	
8.2.2	Audity wewnętrzne	
8.2.3	Monitorowanie i pomiary procesów	
8.2.4	Monitorowanie i pomiary wyrobu i usług	
8.2.5	Monitorowanie i pomiary środowiskowe	
8.2.6	Ocena zgodności	
8.3	Nadzór nad wyrobem niezgodnym	
8.3.1	Nie zgodności dotyczące środowiska	
8.4	Analiza danych	
8.5	Doskonalenie	
8.5.1	Ciągłe doskonalenie	
8.5.2	Działania korygujące	
8.5.3	Działania zapobiegawcze	
8.5.4	Działania korygujące i zapobiegawcze dotyczące wymagań środowiskowych	
<b>9.</b>	<b>ZAŁĄCZNIKI</b>	<b>40</b>

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>6/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

## 1. WSTĘP


Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu pod nazwą "Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu" zwany dalej "Szpitalem Rejonowym" ustanowił i wdrożył Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego, zgodny z wymaganiami normy EN ISO 9001:2008 oraz EN ISO 14001:2004.

## 2. PREZENTACJA ORGANIZACJI

### 2.1. DANE OGÓLNE

Szpital Rejonowy im. Józefa Rostka w Raciborzu ma status Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

**Adres:** ul. Gamowska 3, 47- 400 Racibórz

 Telefon: +48 32 755 50 50

 e-mail: sekretariat@szpital-raciborz.org

**Adres internetowy:** [www.szpital-raciborz.org](http://www.szpital-raciborz.org)




Mapa dojazdowa do SPZOZ Szpital Rejonowy im. dra Józefa Rostka w Raciborzu

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością SPZOZj Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu.  
Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>7/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

## **2.2. HISTORIA SPZOZ SZPITALA REJONOWEGO IM. DR. JÓZEFA ROSTKA W RACIBORZU**

Do roku 2004 raciborski Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka stanowił kompleks trzech budynków przeznaczonych na funkcjonowanie placówki. Środkowa część głównego korpusu przy ul. Bema wzniesiona została w latach 1885 - 97. W roku 1902 dobudowano skrzydła północne i południowe, a w latach 1908-1910 duży pawilon ze skrzydłem południowym, usytuowany na działce wielobocznej, ogrodzonej, dochodzący do ulic Bema, Opawskiej i Staszica. Neogotycki w swej zasadniczej bryle, murowany z czerwonej cegły.



W strukturze Szpitala Rejonowego mieściły się dwa oddziały zamiejscowe: w Wojnowicach - oddział chorób płuc i gruźlicy, a w Krzanowicach - oddział wewnętrzny II. Po roku 1978 rozpoczęto budowę nowego szpitala, ze względu na starzejący się budynek i zmieniające się wymogi sanitarne. Inicjatorką tak znacznego przedsięwzięcia była lek. med. Gizela Pawłowska - pełniąca funkcję Dyrektora w tym okresie. Przed ostatecznym przeniesieniem Szpital przy ul. Bema posiadał 460 łóżek i zatrudniał ok. 700 pracowników na potrzeby 120 tys. mieszkańców powiatu.




8 lipca 1997 r. Racibórz nawiedziła największa od stuleci powódź. Teren miasta został zalany w 60%. Woda osiągnęła poziom 1046 cm, przekraczając stan alarmowy o 4,5 m. W raciborskim szpitalu zostały zalane piwni-

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością SPZOZj Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu. Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>8/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

ce, część kuchni, magazynów i pomieszczenia gospodarcze. Przygotowania do ewakuacji pacjentów z oddziałów do nowego obiektu przy ul. Gamowskiej były poczynione, lecz sytuacja została na tyle opanowana, iż nie było takiej konieczności. Szkody materialne były znaczne, co spowodowało przyspieszenie decyzji organów założycielskich o jak najszybszym ukończeniu działań inwestycyjnych w nowym obiekcie przy ul. Gamowskiej.



Poradnie Specjalistyczne przeprowadziły się do nowego obiektu szpitala przy ul. Gamowskiej jako pierwsze w styczniu 1996 r. Następnym krokiem było przemieszczenie oddziałów zamiejscowych tj. oddziałów z Wojnowic i Krzanowic. Wiosną 2000 r. w nowym obiekcie Szpitala został uruchomiony Oddział Wewnętrzny II, Pulmonologiczny i Okulistyczny. Do końca 2000 r. zostały uruchomione nowoczesna 9-stanowiskowa Stacja Dializ oraz Oddział Nefrologiczny. W okresie od grudnia 2003 r. do końca marca 2004 r. do nowej siedziby zostały przeniesione pozostałe oddziały wraz z pracownikami diagnostycznymi. W dotychczasowym miejscu pozostał jedynie Oddział Obserwacyjno-Zakaźny. Oficjalnego otwarcia nowego Szpitala dokonano w dniu 26 kwietnia 2004 roku. W roku 2004 rozpoczęto adaptację obiektów zaplecza na Oddział Obserwacyjno-Zakaźny.

Grudzień roku 2005 był miesiącem rozpoczęcia funkcjonowania w nowym budynku przy ul. Gamowskiej, Oddziału Obserwacyjno Zakaźnego. Od tego czasu cały szpital funkcjonował w nowej lokalizacji a budynki przy ulicy Bema zostały przekazane Staroście Raciborskiemu.

Lata 2006 do 2008 to kolejne okresy prowadzenia inwestycji, podczas których wykonano szereg prac instalacyjnych, zagospodarowanie terenu.

Od początku roku 2009 funkcjonują dwa nowe Oddziały: Geriatryczny i Neurologiczny.

Do września 2009 zakończono prace budowlanych w bloku operacyjnym.

Po audycie recertyfikującym w roku 2011, ważność certyfikatu została przedłużona do roku 2014 na zgodność z wymaganiami normy ISO 9001:2008 oraz ISO 14001:2004.

W roku 2010 uruchomiono nową centralną sterylizację.


W roku 2012 uruchomiono centralny blok operacyjny zlokalizowany w budynku „J” ostatni element projektowanego kompleksu szpitalnego.

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.



	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>9/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

W listopadzie 2008 roku, został przeprowadzony przez Biuro Certyfikacji Polskiego Rejestru Statków SA, audit certyfikujący w wyniku którego, Szpitalowi został przyznany certyfikat zgodności z wymaganiami normy ISO 9001:2000 oraz ISO 14001:2004.



W listopadzie 2012 roku Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu został poddany przeglądowi akredytacyjnemu na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 „O akredytacji w ochronie zdrowia” w zakresie spełnienia wymagań :” **STANDARDY AKREDYTACYJNE W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ FUNKCJONOWANIA SZPITALI**”.

Przegląd został przeprowadzonemu przez zespół wizytatorów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z Krakowa. Minister Zdrowia w dniu 23.12.2012 przyznał Certyfikat Akredytacyjny.




2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością SPZOzJ Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu. Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>10/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

### **3. TERMINOLOGIA I SKRÓTY**

#### **3.1. TERMINOLOGIA**

Terminologia użyta w niniejszej KJ ZSZJiZŚ jest zgodna z normami: EN ISO 9000:2006 - System Zarządzania Jakością - Podstawy i terminologia oraz EN ISO 14001:2004 - System Zarządzania Środowiskowego - Specyfikacja i wytyczne stosowania oraz skrótowymi nazwami komórek organizacyjnych przedstawionych w schemacie organizacyjnym Szpitala.

#### **3.2. SKRÓTY**

**Szpital** – Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu

**KJ** - **Księga Jakości** Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego,

**ZSZJiZŚ** - Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego,

**KO** – Komórka organizacyjna Szpitala.

**KKO** - Kierownik KO

**PZJ** – Pełnomocnik ds. Zarządzania

### **4. ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO**

#### **4.1 Wymagania ogólne**

Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „**Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu**” ul. Gamowska 3 obejmuje:

**LECZENIE SZPITALNE W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH I IZBIE PRZYJĘĆ, RATOWNICTWO MEDYCZNE, AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA W PORADNIACH (AOS), DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA, DIAGNOSTYKA OBRAZOWA - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE W ZAKRESIE BADAŃ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ, GASTROSKOPII, KOLONOSKOPII, ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE. RATOWNICTWO MEDYCZNE.**

W celu utrzymania ZSZJiZŚ zgodnego z wymienionymi normami ISO 9001:2008, ISO 14001:2004 podjęto następujące działania:

- określono procesy, niezbędne dla działalności Szpitala i dostosowano je do specyfiki tej działalności,
- określono kryteria i metody zapewniające skuteczność przebiegu poszczególnych procesów jak i ich nadzoru,
- zapewniono dostępność zasobów i przepływ informacji, niezbędnych dla sprawnego przebiegu procesów,
- zapewniono ciągłe monitorowanie, pomiary oraz analizy procesów,
- koryguje się niezgodności, zapobiega zagrożeniom i wykonuje działania zmierzające do ciągłego doskonalenia funkcjonowania.
- powołano Pełnomocnika ds. Zarządzania, jako osobę odpowiedzialną za nadzór nad ZSZJiZŚ

Powyższe działania opisano w poszczególnych procedurach i instrukcjach ZSZJiZŚ oraz w niniejszej **KJ**.


Zawierają one ponadto zakres zadań i odpowiedzialności, których spełnienie zapewnia uzyskanie i utrzymanie wymaganej jakości oraz satysfakcji Pacjentów/Klientów, przy maksymalnej dbałości o środowisko.

Zaplanowane zostały i zapewnione środki oraz zasoby, niezbędne dla osiągnięcia celów jakościowych i środowiskowych.

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>11/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

#### 4.1.1. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA ZSZJiZŚ

ZSZJiZŚ, wdrożony w Szpitalu obowiązuje we wszystkich KO szpitala:

- w zakresie leczenia szpitalnego w oddziałach szpitalnych i ambulatoryjnego w specjalistycznych poradniach wraz z diagnostyką w laboratoriach i pracowniach RTG
- w zakresie schematu organizacyjnego – we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala na wszystkich stanowiskach pracy.

ZSZJiZŚ zaprezentowany w niniejszej **KJ** uwzględnia zarówno procesy wewnętrzne jak i relacje między Szpitalem a klientem (pacjentem), a także działania wynikające z obowiązujących przepisów administracyjno-prawnych.

Wyłączony został z ZSZJiZŚ :

**Proces projektowania- punkt 7.3 normy PN-EN ISO 9001:2008**

#### 4.2.2. System zarządzania środowiskowego - wymagania ogólne

Środkiem zapewniającym zgodność działania Szpitala z określonymi wymaganiami środowiskowymi jest system zarządzania środowiskowego, oparty na normie EN ISO 14001:2004.

Wymagania tego systemu określone są w poszczególnych rozdziałach **KJ**, obejmujących opisy elementów systemu.

Szczegółowe zapisy, dotyczące elementów systemu zarządzania środowiskowego, zawarte są w procedurach ZSZJiZŚ.

Ustanowione i utrzymywane procedury systemu zarządzania środowiskowego, zintegrowane z systemem zarządzania jakością, określają:

- operacje i działania związane ze zidentyfikowanymi znaczącymi aspektami środowiskowymi,
- odpowiednie planowanie tych działań i kryteria operacyjne,
- odpowiedzialność za poszczególne działania i tworzenie zapisów, dotyczących ich realizacji.

Tak opracowane i zaplanowane działania oraz stworzona dokumentacja, gwarantują minimalizowanie negatywnego wpływu na środowisko naturalne, w związku z wszelkimi procesami, realizowanymi w Szpitalu.

### **4.2 Wymagania dotyczące dokumentacji**

#### **4.2.1 Postanowienia ogólne**

Metody spełnienia wymagań norm: EN ISO 9001:2008 oraz EN ISO 14001:2004, a zarazem metody realizacji przez Szpital założeń ZSZJiZŚ, zawarte zostały w następujących dokumentach:


**Polityce ZSZJiZŚ** – ustanowionej przez Dyrektora, omawiającej cele Szpitala, a także zobowiązanie do ciągłego doskonalenia jego funkcjonowania. Treść Polityki Jakości i Środowiskowej została rozpowszechniona wśród pracowników i jest dostępna dla Pacjentów/Klientów.

**Księdze Jakości** – prezentującej Szpital jako organizację, przedstawiającą odpowiedzialność kierownictwa w zakresie zarządzania jakością oraz środowiskiem, a także personelu wykonującego działania i weryfikującego realizację procesów; jest dokumentem nadzorowanym przez Pełnomocnika ds. Zarządzania - pełniącego rolę przedstawicieli kierownictwa - dostępnym w obszarach istotnych dla funkcjonowania systemu jako materiał informacyjny dla personelu i pacjentów/klientów,

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>12/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

**Procedurach** - ustanowionych, wdrożonych i utrzymywanych, określających sposób prowadzenia działań lub procesów w poszczególnych obszarach systemu. Dokumenty te wraz z kompletem przyporządkowanych im formularzy dostępne są w całym Szpitalu,

**Formularzach** – służących dokonywaniu zapisów, potwierdzających wykonanie działań, świadczących o skuteczności systemu.

**Instrukcjach** – określających sposób działania w poszczególnych, szczegółowych obszarach systemu.

**Standardach akredytacyjnych**- określających sposób działania zgodny z wymaganiami akredytacyjnymi określonymi przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

#### 4.2.2. Księga Jakości (KJ) ZSZJiZŚ .

Szpital ustanowił i utrzymuje Zintegrowaną Księgę Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego (KZSZJiZŚ), która zawiera:

- zakres ZSZJiZŚ, łącznie ze szczegółami, dotyczącymi wszelkich wyłączeń i ich uzasadnieniem,
- powołanie się na udokumentowane procedury i instrukcje, ustanowione dla potrzeb realizacji systemu,
- opis wzajemnego oddziaływania między określonymi procesami.

Zintegrowana Księga Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego obowiązuje wszystkich pracowników Szpitala.

Księga prezentuje ustanowiony Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego (ZSZJiZŚ) wraz z całą dokumentacją systemu i stanowi własność Szpitala.

Księga Jakości ma zastosowanie w zakresie:

- dostarczania podstawowych informacji o wdrożonym ZSZJiZŚ,
- dostarczania udokumentowanej podstawy do przeprowadzania wewnętrznych ocen funkcjonowania ZSZJiZŚ i nadzorowania realizacji działań korygujących i zapobiegawczych,
- prowadzenia nadzoru nad przebiegiem realizacji działań i procesów w Szpitalu,
- dostarczania udokumentowanej podstawy dla Najwyższego Kierownictwa do przeprowadzania okresowych przeglądów zarządzania, weryfikacji celów i zadań ujętych w „Polityce jakości oraz ochrony środowiska”,
- zaprezentowania wdrożonego systemu ZSZJiZŚ aktualnym oraz potencjalnym klientom i organizacjom współpracującym,
- dostarczenia udokumentowanej podstawy do auditowania dla zewnętrznych jednostek nadzorujących.

Szczegółowy wykaz procedur wraz z przynależnymi im załącznikami zawiera załącznik do KZSZJiZŚ.

Każde kolejne wydanie KZSZJiZŚ zatwierdzone jest przez Dyrektora.

KZSZJiZŚ nie zawiera opisów tych elementów systemu, które nie mają zastosowania w Szpitalu tj.:

- projektowanie i rozwój (punkt 7.3. PN-EN ISO 9001:2008),

Ze względu na wymagania prawne oraz specyfikę działania Zakładu Diagnostyki i Terapii oraz Laboratorium Analitycznego, w niniejszej KZSZJiZŚ zamieszczono dokumenty:


1. „**PODKSIĘGA JAKOŚCI ZAKŁADU DIAGNOSTYKI I TERAPII**”
2. „**PODKSIĘGA JAKOŚCI LABORATORIUM ANALITYCZNE**”

stanowiące załącznik do dokumentacji ZSZJiZŚ.

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>13/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

#### 4.2.2.1 Procedury

Procedury Systemu Zarządzania Jakością i Środowiskowego przedstawiają sposób realizacji w Szpitalu poszczególnych wymagań normy ISO 9001:2008 i normy ISO 14001:2004.

Procedury są integralną częścią dokumentacji systemu zarządzania jakością.

Procedury mają charakter dokumentów o użytku wewnętrznym i nie są rozpowszechniane na zewnątrz Szpitala poza przypadkiem, gdy konieczność dostępu do nich wynika z indywidualnych ustaleń z Pacjentem/Klientem.

W takich sytuacjach udostępnienie procedur osobom spoza Szpitala wymaga pisemnej zgody Dyrektora.

Na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala (Portal ISO) są dostępne aktualne procedury niezbędne do prawidłowego ich funkcjonowania.

Za bieżącą aktualizację procedur odpowiada PZJ.

#### 4.2.3. Nadzór nad dokumentami

Nadzór nad dokumentacją realizowany jest poprzez określenie odpowiedzialności, kompetencji i trybu postępowania przy opracowywaniu, opiniowaniu, zatwierdzaniu, dystrybucji, przeglądaniu i archiwizowaniu nadzorowanych dokumentów.

Szczegółowe zasady postępowania z dokumentacją systemu, ujęte zostały w procedurze PJ-4-01-Nadzór nad dokumentami

##### 4.2.3.1. Nadzór nad dokumentacją systemu zarządzania środowiskowego

Procedura PJ-4-01-Nadzór nad dokumentami zawiera odpowiednie wytyczne zapewniające, że wszelkie dokumenty, dotyczące wymagań środowiskowych, zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne są:

- łatwe do zlokalizowania,
- przeglądane, aktualizowane i zatwierdzane przez upoważniony personel,
- dostępne we wszystkich obszarach Szpitala, w których dokonywane są działania, istotne z punktu widzenia zarządzania środowiskowego,
- nieaktualne egzemplarze są usuwane ze wszystkich komórek **w przypadku ich dezaktualizacji**, odpowiednio zabezpieczone przed niezamierzonym użyciem, odpowiednio oznakowane (o ile istnieje potrzeba ich zachowania) w przypadku utraty aktualności.

#### 4.2.4. Nadzór nad zapisami


Zapisy dotyczące jakości dostarczają obiektywnych dowodów wykonania działań lub osiągnięcia wyników, odzwierciedlają one osiągnięcia wymaganej jakości i skuteczności ZSZJiZŚ.

Za sporządzanie zapisów (datowanych i podpisywanych) odpowiedzialny jest personel bezpośrednio zaangażowany w zadanie lub czynność.

Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala (stanowiska pracy), w których powstają zapisy są odpowiedzialne za rzetelność, czytelność, kompletność, właściwe przechowywanie i przegląd zapisów.

Nadzór nad zapisami opisany powyżej obejmuje również zapisy dotyczące dokumentacji Pacjenta/Klienta.

Szczegółowe wytyczne postępowania z zapisami, zawarto w procedurze PJ-4-02- Nadzorowanie zapisów dotyczących jakości.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>14/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

#### 4.2.4.1. Zapisy dotyczące środowiska

Zapisy środowiskowe stanowią integralną część Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskiem.

Stanowią one potwierdzenie jego efektywnego utrzymywania i należą do nich m.in.:

- wyniki przeprowadzonych auditów wewnętrznych i okresowych przeglądów wykonywanych przez Najwyższe Kierownictwo,
- zapisy dotyczące szkoleń,
- zapisy dotyczące reklamacji, skarg itp.,
- zapisy dotyczące aspektów środowiskowych,
- zapisy dotyczące wymagań prawnych i innych oraz oceny zgodności,
- zapisy dotyczące sytuacji awaryjnych i planowania działań,
- zapisy z przeprowadzonych działań korygujących i zapobiegawczych,
- pozwolenia, operaty itp.

## **5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA**

### **5.1. Zaangażowanie kierownictwa**

W celu osiągnięcia zgodności ZSZJiZŚ z wymaganiami norm: EN ISO 9001:2008 oraz EN ISO 14001:2004, a także wymaganiami i oczekiwaniami Pacjenta/Klienta i odpowiednimi regulacjami prawnymi, Dyrektor Szpitala, ustanowił i promuje Politykę Jakości i Środowiskową, która wyraża ogół zamierzeń Szpitala odnośnie jakości świadczonych usług oraz ochrony środowiska, a także ukierunkowanie jego działalności na uzyskanie satysfakcji Pacjenta/Klienta.


Ponadto Dyrektor Szpitala:

- ustanawia wizję rozwoju Szpitala poprzez sukcesywne realizowanie określonych celów strategicznych i operacyjnych,
- tworzy środowisko pracy, sprzyjające realizacji wyznaczonych celów, określa potrzeby szkoleniowe i zwiększa zaangażowanie pracowników, którzy stanowią istotę Szpitala,
- komunikuje pracownikom znaczenie spełnienia oczekiwań Pacjentów/Klientów oraz regulacji i wymagań przepisów prawnych,
- jest świadomy i w pełni odpowiedzialny za dostarczenie Pacjentowi/Klientowi wyrobów, których jakość spełni jego oczekiwania.
- zapewnia dostępność zasobów, utrzymuje wzajemnie korzystne powiązania z dostawcami,
- podejmuje decyzje na podstawie faktów, opierając się na rzetelnych informacjach i analizie danych,
- kieruje Szpitalem poprzez sterowanie poszczególnymi procesami, wykazując podejście systemowe do zarządzania, weryfikując uregulowania systemowe, określone cele i założenia Polityki Jakości i Środowiskowej,
- obniża koszty poprzez racjonalne gospodarowanie zasobami i eliminowanie niezgodności, stosując działania zapobiegawcze i korygujące,

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>15/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- przegląda i ocenia funkcjonowanie Szpitala, monitorując przy tym stopień zadowolenia Pacjentów/Klientów.
- definiuje, rozwija i doskonali Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Ochrony Środowiska.

## **5.2. Orientacja na klienta**

Cele strategiczne i wytyczony przez Dyrektora Szpitala kierunek rozwoju mają na celu za zadanie utrzymywanie i umacnianie statusu Szpitala, darzonych przez Pacjentów/Klientów zaufaniem ze względu na wysoką i powtarzalną jakość oferowanych usług. Zidentyfikowano kluczowe procesy - na początku tych procesów znajduje się zawsze Pacjent/Klient – jego wymagania, potrzeby i oczekiwania, zaś miarą skuteczności procesu jest stopień jego zadowolenia.

Pracownicy Szpitala znają te wymagania i potrafią je określić na wszystkich etapach realizacji wyrobu/usługi. W tym celu w KO prowadzone są badania w zakresie oczekiwań, potrzeb i preferencji Pacjenta/Klienta. Stosowane są różnorodne metody badań, takie jak bezpośredni kontakt z Pacjentem/Klientem, prezentacja usług, pozyskiwanie informacji zwrotnej od Pacjenta/Klienta poprzez wywiad lub ankiety itp.

W wyniku analizy oczekiwań i wymagań Pacjenta/Klienta Dyrektor Szpitala określa środki, zapewniające ich spełnienie oraz określa niezbędne nakłady potrzebne do ich realizacji.

### **5.2.1 Aspekty środowiskowe**

W celu określania aspektów środowiskowych, które mają lub mogą mieć w przyszłości znaczący wpływ na środowisko, ustanowiona została procedura PŚ-9-01-Aspekty Środowiskowe.

Zawiera ona wytyczne przeprowadzania procesu identyfikacji i oceny aspektów środowiskowych, określa odpowiedzialność poszczególnych służb, biorących w nim udział, w tym odpowiedzialność za wykonywanie odpowiednich zapisów.

### **5.2.2 Wymagania prawne**

Wytycznymi do prowadzenia przez Szpital działalności w zakresie ponoszenia odpowiedzialności za środowisko naturalne są Ustawy, Rozporządzenia Rady Ministrów, wymagania stron zainteresowanych (posiadane decyzje, pozwolenia, nakazy, umowy itp.), protokoły pokontrolne.


Nadzór nad identyfikacją tych wymagań (m.in. w odniesieniu do aspektów środowiskowych), dostępem, aktualizacją i archiwizowaniem tych dokumentów, sprawuje PZJ z Koordynatorem ds. Środowiska, w oparciu o procedurę PŚ-9-02-Wymagania prawne i inne.

## **5.3. Polityka jakości oraz ochrony środowiskowa**

Polityka Jakości oraz Ochrony Środowiskowa została sformułowana odpowiednio do celu istnienia i działania Szpitala, ujmuje ogół zamierzeń dotyczących jakości oferowanych usług, realizowanych zgodnie z wymaganiami ochrony środowiska oraz ukierunkowanie działalności Szpitala na uzyskanie satysfakcji Pacjenta/Klienta i zainteresowanych stron.

Zawiera ona także zobowiązanie do spełnienia wymagań przyjętych norm: EN ISO 9001:2008 oraz EN ISO 14001:2004, jak i do ciągłego doskonalenia.

Treść Polityki Jakości oraz Ochrony Środowiskowej podlega okresowym przeglądom (w ramach przeglądu wykonywanego przez Najwyższe Kierownictwo) pod względem jej przydatności i aktualności.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>16/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

Polityka Jakości oraz Ochrony Środowiskowa Szpitala została ustanowiona przez Dyrektora i rozpowszechniona wśród pracowników oraz osób pracujących w imieniu Szpitala.

Treść Polityki Jakości oraz Ochrony Środowiskowej została przedstawiona jako załącznik do KJ.

## **5.4 Planowanie**

### **5.4.1 Cele dotyczące jakości oraz ochrony środowiska**

Ustanowiona Polityka ZSZJiZŚ i planowanie strategiczne, stanowią podstawę do określania celów jakości oraz ochrony środowiska dla poszczególnych obszarów objętych Zintegrowanym Systemem Zarządzania.

Dyrektor Szpitala wraz z jego Najwyższym Kierownictwem określił cele zawarte są w dokumencie:

„ Cele dotyczące jakości oraz ochrony środowiska”.

Podlegają one okresowym przeglądom i weryfikacji pod kątem ich realizacji i korzyści dla Szpitala.

Cele jakości oraz ochrony środowiskowa Szpitala zostały rozpowszechnione wśród pracowników oraz osób pracujących w imieniu Szpitala.

Treść dokumentu „Cele jakości oraz ochrony środowiskowej” została przedstawiona jako załącznik do KJ.

### **5.4.2 Planowanie systemu zarządzania jakością oraz ochrony środowiska**

Planowanie wdrożonego Systemu ma na celu utrzymanie jego aktualności i integralności, poprzez określanie procesów operacyjnych i związanych z nimi zasobów, niezbędnych do osiągnięcia ustalonych celów.

Plany sporządzane w odniesieniu do określonego przedsięwzięcia, procesu lub usługi powstają na bazie danych wejściowych, którymi są:

- Polityka Jakości oraz Ochrony Środowiska ,
- Cele Jakości oraz Ochrony Środowiska
- wymagania i oczekiwania Pacjentów/Klientów,
- wymagania określone w kontraktowaniu z płatnikiem (NFZ)
- regulacje prawne (przepisy, rozporządzenia, ustawy),
- dane dotyczące parametrów procesów i usług,
- wnioski z Przeglądów Zarządzania,
- działania doskonalące i zapobiegawcze.


Pod koniec roku kalendarzowego Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych przygotowują plany na rok następny dotyczące:

- zakupów wyposażenia, urządzeń i oprogramowania i innych niezbędnych materiałów,
- szkoleń, w tym szkoleń doskonalących związanych z przedmiotową normą oraz szkoleń zawodowych,
- przedsięwzięć technicznych dla udoskonalenia metod w zakresie świadczenia usług,
- zmian organizacyjnych i kadrowych.

Dyrektor analizuje wszystkie te plany pod kątem przydatności dla Szpitala i możliwości zapewnienia odpowiednich środków, weryfikuje je i zatwierdza w odpowiednich dokumentach.

Ponadto w ramach planowania systemu powstaje również „ Program auditów wewnętrznych”.



	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>17/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

## **5.5. Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja**

### **5.5.1 Odpowiedzialność i uprawnienia**

Odpowiedzialność, uprawnienia i wzajemne powiązania komórek organizacyjnych są określone i zakomunikowane w organizacji poprzez:

- strukturę organizacyjną Szpitala związaną z wdrożonym Systemem, przedstawia Schemat organizacyjny ujęty w załączniku do KJ
- zakresy czynności (zawierają obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialności pracowników zajmujących stanowiska kierownicze i wykonawcze), które znajdują się w ich aktach osobowych przechowywanych w **Dziale Kadr**.

### **5.5.2 Przedstawiciel kierownictwa**

Dyrektor Szpitala powołał Pełnomocnika ds. Zarządzania i wyposażył go w niezbędne uprawnienia oraz określił obowiązki.

Pełnomocnik (PZJ) reprezentuje Dyrektora we wszystkich sprawach związanych z funkcjonowaniem ZSZJiZŚ, zarówno wewnątrz, jak również w kontaktach zewnętrznych.

Pełnomocnik (PZJ) posiada niezbędne uprawnienia i odpowiada za:

- wdrożenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego, zapewnienie jego funkcjonowania i stałego doskonalenia,
- realizowanie Polityki jakości oraz ochrony środowiska,
- planowanie i nadzór nad auditami wewnętrznymi,
- przekazywanie Dyrektorowi informacji o funkcjonowaniu Systemu z uwzględnieniem potrzeb jego usprawniania,
- zarządzanie i dystrybucję dokumentami ZSZJiZŚ (Księga Jakości, procedury, druki, formularze itp.),
- nadzór nad wdrażaniem działań zapobiegawczych i korygujących dotyczących systemu jakości,
- współpracę z jednostką certyfikującą oraz Pacjentami/Klientami w zakresie Systemu Zarządzania Jakością,
- realizowanie polityki środowiskowej,
- zapewnienie funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania jakością i środowiskowego w części środowiskowej w Szpitalu, inicjowanie działań usprawniających system, ciągłe doskonalenie,

Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień Pełnomocnika ds. Zarządzania znajduje się w aktach osobowych przechowywanych w Dziale Kadr.

### **5.5.3 Komunikacja wewnętrzna**

Pełnomocnik ds. Zarządzania ZSZJiZŚ oraz Dyrektor informują podległy personel o wszelkich działaniach, dotyczących jakości, zarządzania środowiskowego, realizowanej Polityki Jakości i Ochrony Środowiskowa oraz Celów Jakości oraz Ochrony Środowiska.


Z narzędzi stosowanych w ramach komunikacji wewnętrznej z personelem należy wymienić m.in.:

- informacje na stronach intranetu Szpitala (Portal ISO)
- informacje na stronach internetowych Szpitala

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>18/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- tablice informacyjne – gdzie prezentowane są wszystkie informacje związane z działalnością Szpitala, jak i z wdrożonym ZSZJiZŚ ,
- poczta elektroniczna,
- zarządzenia wewnętrzne wydawane przez Dyrektora,
- okresowe spotkania i narady z podległym personelem.

Komunikacja obejmuje również obowiązkowe szkolenia nowo przyjętych pracowników w zakresie jakości i ochrony środowiska

#### **5.5.3.1 Komunikowanie się w systemie zarządzania środowiskowego**

Komunikowanie się w ZSZJiZŚ obejmuje przekazywanie informacji dotyczących aspektów środowiskowych pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi oraz szczeblami w strukturze organizacyjnej Szpitala, a także reagowanie na zapytania Pacjentów/Klientów.

Szpital poprzez okresowe szkolenia wzmacnia kompetencje pracowników w zakresie polityki środowiskowej, obranych celów i zadań środowiskowych, a także motywuje i zachęca do rozumienia i akceptacji wysiłków w kierunku doskonalenia działalności środowiskowej.

### **5.6 Przegląd zarządzania**

#### **5.6.1 Postanowienia ogólne**

Przegląd zarządzania, wykonywany przez Najwyższe Kierownictwo, jest jedną z metod monitorujących sposoby realizacji przez pracowników Szpitala, wymagań systemu zarządzania jakością i środowiskowego.

Proces ten ma na celu weryfikację adekwatności i skuteczności wdrożonego systemu.


Przeglądy funkcjonującego ZSZJiZŚ odbywają się w formie posiedzeń organizowanych minimum raz w roku.

Szczegółowe wytyczne, dotyczące przygotowywania i przeprowadzania przeglądów, ujęte są w procedurze PJ-5-01-„Przegląd zarządzania”.

#### **5.6.2 Dane wejściowe do przeglądu**

Przegląd zarządzania odbywa się na podstawie danych wejściowych, którymi są informacje dotyczące:

- funkcjonowania ZSZJiZŚ ,
- rezultatów auditów wewnętrznych ,
- analizy opinii pracowników dotyczących zagadnień jakościowych i środowiskowych,
- realizacji ustaleń i wniosków z poprzedniego Przeglądu Zarządzania
- skuteczności metod komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej,
- dokumentowania i aktualizacji aspektów środowiskowych
- skuteczności procesów w zakresie spełnienia wymagań Pacjenta/Klienta
- skuteczności procesów w zakresie jakości usługi w oparciu o procedurę
- działań korygujących i zapobiegawczych,
- stopnia realizacji celów jakościowych oraz ochrony środowiska
- realizacji Polityki jakości oraz ochrony środowiska,
- gotowości i reagowania na awarie oraz zaistniałych awarii środowiskowych zgodnie z procedurą

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>19/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- oceny zgodności z mającymi zastosowanie wymaganiami prawnymi zgodnie z procedurą
- oceny zasobów,
- oceny współdziałania poszczególnych komórek organizacyjnych.
- Sprawozdania/relacje mogą być przedstawione pisemnie w postaci Raportów lub ustnie w trakcie przeglądu zarządzania.

### 5.6.3 Dane wyjściowe z przeglądu

Podsumowaniem przeglądu jest protokół z przeglądu zawierający:

- ogólną ocenę działania ZSZJiZŚ pod względem jego zgodności z wymaganiami norm, jego efektywności i skuteczności,
- ocenę i zadania w zakresie doskonalenia systemu,
- ocenę i zadania w zakresie doskonalenia procesów i zasobów,
- ocenę i ewentualne zmiany Polityki Jakości i Ochrony Środowiska, celów i zadań,
- wnioski i ustalenia, terminy ich realizacji przez przypisane odpowiedzialności.

Dane wyjściowe z przeglądu są podstawą działań, związanych z doskonaleniem systemu, jego poszczególnych procesów i usług, odpowiednio do wymagań Pacjenta/Klienta, Zarządzeń Dyrektora, aktów prawnych i innych aktów normatywnych.

Wyniki przeglądu systemu, znajdują swoje odzwierciedlenie w zapisach dokonywanych w dokumentach systemu, podczas ich aktualizacji.

Niezależnie od tego, PZJ informuje wszystkich zainteresowanych o konieczności przeprowadzenia działań, związanych z wdrożeniem ustaleń i zaleceń z przeglądu w odniesieniu do ZSZJiZŚ, określa sposób i termin realizacji tych działań oraz nadzoruje ich wykonanie.

Działania te PZJ przeprowadza w oparciu o procedurę PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze”.

## **6. ZARZĄDZANIE ZASOBAMI**

### **6.1 Zapewnienie zasobów**

Dyrektor dba o zapewnienie stanu oraz utrzymanie sprawności zasobów personalnych, i technicznej infrastruktury oraz i wyposażenia dla prawidłowego funkcjonowania Szpitala i doskonalenia Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego.

W celu realizacji zobowiązań jakościowych i środowiskowych, określonych w Polityce ZSZJiZŚ jak i w celach poszczególnych procesów zachodzących w Szpitalu, Dyrektor określił potrzebne zasoby i środki niezbędne do utrzymania i doskonalenia ZSZJiZŚ.


Dyrektor zapewnia środki finansowe, infrastrukturę, technologię i odpowiednio wyszkolony personel do zarządzania, prowadzenia prac oraz weryfikacji ZSZJiZŚ.

Dyrektor zabezpiecza środki poprzez rozsądne, racjonalne i planowane zarządzanie powierzonymi zasobami, dla zapewnienia zadowolenia Pacjenta/Klienta i stron trzecich, przez spełnienie ich wszystkich wymagań.

#### **6.1.1 Ustalanie potrzeb w zakresie zasobów**

##### **6.1.1.1 Zasoby personalne**

2016-02-11	Aktualne w momencie edycji.
12:00:14	

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>20/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>

Zasoby personalne Szpitala dostosowywane są do wymagań Pacjenta/Klienta poprzez, rekrutację , standard akredytacyjny oraz przez szkolenie pracowników dostosowujące ich kwalifikacje do wymagań.

Wszyscy pracownicy Szpitala, posiadają kompetencje odpowiednie do określonych wymagań.

Rekrutację, ocenę i analizy zatrudnienia prowadzi Dział Kadr (NK) .

Zapotrzebowanie na zasoby personalne wynikają z:

- zamierzeń rozwojowych ustalonych przez Dyrektora,
- potrzeb wynikających z wymagań Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego,
- dostosowania zatrudnienia do wymagań procesów realizacyjnych w zakresie terminowości realizacji i spełnienia wymagań jakościowych usług,
- wymagań wynikających z przepisów prawno - administracyjnych.
- realizacji Standardów akredytacyjnych

#### **6.1.1.2 Infrastruktura techniczna**

Zapotrzebowanie na inwestycje wynika z:

- zamierzeń rozwojowych ustalonych przez Dyrektora oraz Starostwo Powiatowe,
- polityki i celów jakości oraz ochrony środowiska,
- potrzeb wynikających z modernizacji,
- oceny stanu posiadanej infrastruktury i jej dostosowania do wymagań świadczonych usług,
- wymagań wynikających z przepisów prawno-administracyjnych,
- realizacji standardów akredytacyjnych

#### **6.1.1.3 Pozostałe wyposażenie techniczne**

Zapotrzebowanie na pozostałe wyposażenie wynika z:

- wymagań procesów realizacyjnych,
- wymagań procesów kontrolnych,
- przepisów dotyczących ochrony środowiska pracy, ochrony p.poż, warunków, BHP,
- przepisów prawa administracyjnego,
- wymagań Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Środowiskowego,
- realizacji standardów akredytacyjnych.


#### **6.1.1.4 Utrzymanie sprawności wyposażenia**

Sprawność techniczna wyposażenia podlega nadzorowaniu w oparciu o wiedzę personelu, plany przeglądów i remontów , procedury standardów akredytacyjnych oraz codzienną konserwację wykonywaną przez obsługę.

#### **6.1.1.5 Nadzorowanie zarządzania zasobami**

Zarządzanie zasobami, ich dostosowanie do wymagań ZSZJiZŚ , wymagań Pacjenta/Klienta i procesów podlega sprawdzeniu w ramach auditów wewnętrznych i przeglądowi dokonywanemu przez Dyrektora.

Stwierdzone niezgodności oraz wnioski z przeglądu stanowią podstawę do działań korygujących i zapobiegawczych.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>21/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

## **6.2 Zasoby ludzkie**

Proces zarządzania zasobami ludzkimi ma na celu zapewnienie, że kompetencje pracowników zaangażowanych w działania mające związek z jakością usług oraz ochroną środowiska, są zdefiniowane i określone.

Pracownicy są systematycznie szkoleni i świadomi ważności swoich działań w zakresie realizacji celów jakościowych i środowiskowych oraz wymagań prawnych.

Za określenie wymagań, dotyczących kwalifikacji i kompetencji pracowników danej komórki organizacyjnej odpowiadają Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych.

### **6.2.1 Postanowienia ogólne**

Wszyscy pracownicy Szpitala zatrudnieni są zgodnie z wymogami kwalifikacyjnymi obowiązującymi na danym stanowisku pracy oraz posiadają kompetencje stosownie do wykształcenia, umiejętności i posiadanego doświadczenia zawodowego. Zapisy odnośnie powyższego przechowywane są w Dziale Kadr.

### **6.2.2 Kompetencje, świadomość i szkolenie**

Przy planowaniu potrzeb, dotyczących podwyższania kompetencji personelu (m.in. poprzez szkolenia) uwzględniane są:

- zamierzenia rozwoju ustalone przez Dyrektora,
- polityka i cele jakościowe oraz ochrony środowiska,
- potrzeby wynikające z wymagań Systemu Zarządzania Jakością ,
- dostosowania zatrudnienia do wymagań procesów realizacyjnych w zakresie terminowości realizacji i spełnienia wymagań jakościowych usług,
- wymagania wynikające z przepisów prawno – administracyjnych (dotyczy to szkoleń, wynikających z przepisów państwowych (BHP, ppoż.), szkoleń zawodowych, szkoleń z zakresu ZSZJiZŚ, szkoleń pracowników nowozatrudnionych oraz szkoleń stanowiskowych,
- wymagania dotyczące realizacji standardów akredytacyjnych.

Inicjatorami szkoleń są:

- Dyrektor Szpitala w stosunku do podległych Kierowników oraz wszystkich pracowników,
- Kierownicy komórek organizacyjnych w stosunku do podległych pracowników,
- Pełnomocnik ds. Jakości w zakresie szkoleń ważnych dla utrzymania i doskonalenia ZSZJiZŚ,

Organizacją szkoleń zatwierdzonych przez Dyrektora zajmuje się Dział Kadr, który jednocześnie gromadzi dokumentację z przeprowadzonych szkoleń.

Szczegółowe zasady postępowania w tym zakresie określa procedura PJ-8-05-„Szkolenie, świadomość, kompetencje” oraz standardzie akredytacyjnym.


Dział Kadr w porozumieniu z Kierownikami komórek organizacyjnych, określa wymagania, dotyczące kwalifikacji pracowników i potrzeb szkolenia. Dyrektor zapewnia środki niezbędne do realizacji zaplanowanych szkoleń. Dokumentem określającym terminy i tematykę szkoleń jest roczny Plan szkoleń, opracowany przez Dział Kadr na podstawie danych dostarczonych przez Kierowników komórek organizacyjnych.

Szkolenia zewnętrzne realizowane są najczęściej jako szkolenia, wynikające z przepisów państwowych oraz szkolenia zawodowe doskonalące.

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>22/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

Przeprowadzane są one przez specjalistyczne jednostki szkoleniowe, wybierane w oparciu o listę kwalifikowanych dostawców.

Przełożeni oceniają skuteczność szkoleń na podstawie praktycznego wykorzystania przez pracowników zdobytych wiadomości.

Do sposobów badania efektywności szkoleń należą między innymi:

- pisemna ocena wyników pracy przeszkolonych pracowników, przygotowywana przez Kierownika danej komórki organizacyjnej,
- pisemna ocena zadowolenia ze szkolenia emitowana przez Dział Kadr wśród uczestników, po jego zakończeniu jednak nie później niż 14 dni od daty ukończenia szkolenia,
- audyty wewnętrzne.

Formą oceny skuteczności szkolenia jest również egzamin i uzyskane przez pracownika świadectwo.

Uczestnicy szkoleń, dostarczają w takim przypadku kopie świadectw ukończenia szkolenia do Działu Kadr, który archiwizuje je w aktach personalnych pracownika.

W przypadku stwierdzenia nieefektywnej pracy przeszkolonego pracownika, przełożony analizuje przyczyny, a następnie wnioskuje o ponowne przeszkolenie lub o przesunięcie pracownika na inne stanowisko.

#### Świadomość

Dla ciągłego podnoszenia świadomości znaczenia działań oraz dla osiągnięcia celów w zakresie jakości,

Dyrektor Szpitala organizuje spotkania z Kierownikami komórek organizacyjnych, podczas których:

- przekazuje informacje o wykonywanych i planowanych zadaniach, o poziomie jakości usług i planach rozwojowych,
- omawia bieżącą sytuację szpitala,
- wysłuchuje i omawia wnioski i uwagi Kierowników komórek organizacyjnych.

Upowszechnianie świadomości znaczenia i wpływu wykonywanej pracy na poszczególnych stanowiskach, dla osiągnięcia celów jakościowych i środowiskowych jest też realizowane na bieżąco w codziennej pracy i spotkaniach z pracownikami Szpitala.

#### **6.2.2.1 Kompetencje, szkolenia i świadomość w zakresie zarządzania środowiskowego**

Wszyscy pracownicy mający znaczący wpływ na środowisko są szkoleni zarówno w ramach instruktażu wstępnego przy przyjęciu do pracy, szkoleń stanowiskowych jak i w ramach szkoleń doskonalących, ujętych w Planie szkoleń na dany rok uzupełnianym systematycznie o nowe potrzeby w tym zakresie.

Obowiązek przeprowadzenia szkoleń instruktażowych i zgłaszania potrzeb w zakresie organizowanych szkoleń doskonalących, spoczywa na Kierownikach komórek organizacyjnych.


Celem tych szkoleń jest uświadomienie pracownikom:

- znaczenia działania zgodnego z wymaganiami systemu zarządzania środowiskowego,
- znaczących, aktualnych lub potencjalnych wpływów działania pracowników na środowisko jak i korzyści dla środowiska wynikających z poprawy ich działania,
- odpowiedzialności w osiąganiu zgodności działania z Polityką ZSZJiŚ, procedurami i wymaganiami systemu, jak i z wymaganiami dotyczącymi gotowości na wypadek awarii i reagowania na awarie,

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>23/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

– potencjalnych konsekwencji nieprzestrzegania ustalonych procedur.

Celem zasadniczym jest wytworzenie w pracownikach, realizujących zadania mające znaczący wpływ na środowisko, pełnej świadomości środowiskowej a przez to utworzenie kadry kompetentnych i doświadczonych pracowników wrażliwych na problemy ochrony środowiska.

### **6.3. Infrastruktura wspomagająca**

Szpital dysponuje następującą infrastrukturą techniczną:

- pomieszczeniami biurowymi i sprzętem komputerowym,
- budynkami,
- oprzyrządowaniem i sprzętem technicznym,
- środkami transportu
- wyposażeniem technicznym.

Wyposażenie Szpitala w środki transportu, niezbędny sprzęt i urządzenia techniczne nadzoruje KKO NTE.

Za poprawność stanu środków transportu, maszyn, urządzeń oraz ich sprawność podczas ich eksploatacji odpowiadają pracownicy danych Komórek Organizacyjnych.

#### **6.3.1 Plany awaryjne**

Na wypadek zdarzeń, takich jak przerwy w dopływie mediów (w tym mediów energetycznych), niedobór siły roboczej, awarie ważnych urządzeń należących do wyposażenia, niedobór materiałów niezbędnych do realizacji usług, awarie sieci komputerowej, ewakuacji, pożaru itp. odpowiedzialny KKO opracowuje z uwzględnieniem aktualnych wymagań prawnych i standardów akredytacyjnych, a Dyrektor zatwierdza stosowną dokumentację działań na wypadek awarii.

W procedurze PŚ-9-04-„Gotowość na wypadek awarii i reagowanie na awarie” oraz w odpowiednich instrukcjach wewnętrznych, tworzonych przez odpowiedniego KKO z udziałem Pełnomocnika ds. ZJ a zatwierdzanych przez Dyrektora, zawarte są zasady postępowania na wypadek wystąpienia zagrożeń dla środowiska.

### **6.4. Środowisko pracy**

Czynniki ludzkie i materialne dotyczące środowiska pracy są identyfikowane i nadzorowane.

Prowadzone są działania kształtujące środowisko pracy, w skład których wchodzi:

- zapewnienie odpowiedniego miejsca na rozmieszczenie wyposażenia i sprzętu medycznego,
- zapewnienie indywidualnych środków ochrony osobistej oraz odzieży roboczej,
- planowanie, realizowanie i kontrolowanie procesów sprzątnięcia i mycia sal chorych, gabinetów lekarskich, izby przyjęć, pomieszczeń poradni przyszpitalnych, pomieszczeń laboratorium oraz pomieszczeń biurowych, socjalnych i sanitarnych,
- bezpieczne i higieniczne warunki na stanowiskach pracy,
- przestrzeganie przepisów prawa pracy.


Ponadto Szpital zapewnia nadzorowanie warunków pracy w zakresie BHP i PPOŻ przez zatrudnionych Specjalistę ds. BHP, Inspektora ds. P/POŻ i Specjalistę ds. Obrony Cywilnej.

Wymienieni pracownicy monitorują i analizują procesy związane ze środowiskiem pracy, w skład których wchodzi:

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>24/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- szkolenia i ćwiczenia praktyczne z zakresu BHP,
- szkolenia i ćwiczenia praktyczne z zakresu PPOŻ,
- szkolenia i ćwiczenia praktyczne z zakresu obrony cywilnej (włącznie z ewakuacją pacjentów Szpitala),
- doradztwo i kontrola w zakresie BHP, PPOŻ i OC,
- analizowanie okoliczności wypadków przy pracy,
- ocena ryzyka zawodowego.

Ocena ryzyka zawodowego przeprowadzana jest (jeżeli jest to zasadne) dla określonych stanowisk, na których wykonywane są w tych samych warunkach te same zadania i na których występują te same zagrożenia. Głównym celem analizy ryzyka zawodowego jest zapewnienie poprawy warunków pracy oraz ochrony życia i zdrowia pracowników.

Źródłem informacji dla przeprowadzenia analizy oceny ryzyka zawodowego jest dokumentacja techniczno-eksploatacyjna sprzętu i wyposażenia technicznego oraz medycznego, obserwacja środowiska pracy, wywiady z pracownikami, przepisy prawne.

Dodatkowo kontrolę przeprowadzają takie jednostki jak np:

- Państwowa Inspekcja Pracy,
- Państwowa Inspekcja Sanitarna,
- Śląska Izba Lekarska,
- Urząd Dozoru Technicznego,
- Starostwo Powiatowe,
- Państwowa Straż Pożarna.

#### **6.4.1 Zagadnienia środowiskowe**

Zgodnie z przyjętą Polityką Jakości i Środowiskową, obowiązkiem Szpitala jest realizacja usług, w sposób zapewniający zgodność z przepisami ochrony środowiska.

Wdrożony w Szpitalu ZSZJiŚ, zapewnia prowadzenie działań związanych ze znaczącymi aspektami środowiskowymi, zidentyfikowanymi zgodnie z procedurą PŚ-9-01-„Aspekty środowiskowe” dla wszystkich tych obszarów działalności Szpitala, które mają wpływ na środowisko naturalne.

## **7. REALIZACJA WYROBU**

### **7.1 Planowanie realizacji usług medycznych**

Szpital planuje i doskonali procesy niezbędne do realizacji świadczonych usług medycznych w zakresie leczenia stacjonarnego, ambulatoryjnego oraz sprzedaży usług medycznych.

Przy planowaniu realizacji świadczonych usług uwzględnia się:


- ocenę możliwości realizacji,
- cele dotyczące jakości i procesów PŚ 9-01” Aspekty Środowiskowe”
- wymagania dotyczące świadczonych usług - określone w umowach/kontraktach oraz wynikające z wymagań prawno-administracyjnych,

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.



	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>25/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- niezbędne zasoby, specyficzne dla świadczonych przez Szpital usług,
- wymagane działania weryfikacyjne, monitorowanie kontrolne i badawcze, specyficzne dla usług oraz kryteria odbioru usług - określone w umowie z klientem/pacjentem,
- rodzaje zapisów niezbędnych do uzyskania dowodów, iż realizacja procesów i usług będących ich wynikiem spełniają wymagania.

#### **7.1.1 Kryteria akceptacji**

Kryteria akceptacji usługi określone są w dokumentacji medycznej pacjenta.

O ile klient (pacjent) tego wymaga, kryteria te są przez niego zatwierdzane.

#### **7.1.2 Nadzorowanie zmian**

Wszelkie zmiany wymagane w usłudze wymagają oszacowania i weryfikacji ich skutków, tak aby zapewnić spełnienie wymagań klienta (pacjenta). W przypadkach koniecznych (wpływ na własności usługi) skutki zmian są poddane przeglądowi wspólnie z klientem (pacjentem).

#### **7.2 Procesy związane z klientem/pacjentem**

Uwzględniając ważność wynikającą z potrzeb Klienta i stron zainteresowanych, wymagań systemu i Szpitala jako organizacji, sklasyfikowano procesy stosując następujący podział:

**proces główny (częściowo zlecany na zewnątrz)** – który decyduje o niezbędnym minimum nakładów, jakie Szpital musi ponieść, aby dostarczyć Pacjentowi/Klientowi usługę spełniającą uzgodnione wymagania jakościowe. Danymi wejściowymi do procesu głównego są wymagania i oczekiwania Pacjenta/Klienta, a danymi wyjściowymi - jego zadowolenie z wyrobu, spełniającego jego wymagania i oczekiwania,

**działania pomocnicze** – dostarczają zasoby i środki dla procesów głównych,

**działania wspomagające (częściowo zlecane na zewnątrz)** – realizowane w Szpitalu lub poza nim w celu utrzymania zdolności sprawnego jego funkcjonowania. Towarzyszą one procesom głównym i pomocniczym, dostarczając danych i informacji, oraz regulują przebiegi techniczno – organizacyjne,

**procesy i działania zlecane na zewnątrz** - realizowane przez podmioty zewnętrzne dotyczą badań specjalistycznych diagnostycznych, badań specjalistycznych laboratoryjnych, dyżurów lekarskich, ochrony, sprzątnięcia, prania, katernigu, usuwanie awarii, kontroli technicznych infrastruktury.

Przyjęty SZJiZŚ oparty jest o model procesowego podejścia, uwzględniający podporządkowanie na jego wejściu wymagań Pacjenta/Klienta, a na wyjściu uzyskaniu jego zadowolenia.

W Szpitalu określono dwa procesy główne:


- **Proces leczenia stacjonarnego**
- **Proces leczenia ambulatoryjnego**

Przebieg procesów głównych odbywa się zgodnie procedurami:

PJ -7-01 – Sterowanie procesem leczenia stacjonarnego

PJ-7-02 – Sterowanie procesem leczenia ambulatoryjnego

Monitorowanie procesów głównych wspomagane jest analizami prowadzonymi w oparciu o standardy akredytacyjne obowiązujące w Szpitalu.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>26/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

### 7.2.1 Określenie wymagań dotyczących usług medycznych

W imieniu pacjenta zakupu świadczeń zdrowotnych, w oparciu o obowiązujące prawo dokonuje Narodowy Fundusz Zdrowia, która to instytucja określa wymagania w procesie przygotowania ofert, formułując je i ogłaszając publicznie.

W czasie rokowań poprzedzających zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne, szczegółowe wymagania ulegają sprecyzowaniu.

Uzgodnień z pacjentem i sprecyzowania jego wymagań dokonuje lekarz.

Wymagania wynikające z przepisów obowiązujących w służbie zdrowia w zakresie usług medycznych i prawno-administracyjnych (w tym w zakresie ochrony danych osobowych pacjentów), stanowią dodatkowe wymagania, których spełnienie przez Szpital jest zapewnione.

### 7.2.2 Przegląd wymagań dotyczących usług medycznych

Instytucja wymieniona w rozdziale 7.2.1. zawiera umowę ze świadczeniodawcami po przeprowadzeniu konkursu ofert.

Konkurs ten poprzedzony jest ogłoszeniem szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym.

Negocjacje kończy podpisanie umowy na świadczenie.

W trakcie realizacji umowy instytucja ta kontroluje spełnianie przez Szpital ustalonych warunków realizacji umowy.

Zakres usług medycznych Szpitala oparty jest również na umowach zawieranych z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, którym Szpital świadczy usługi oraz korzysta z usług medycznych oferowanych przez te zakłady.

#### 7.2.2.1 Aspekty środowiskowe

Proces identyfikacji aspektów środowiskowych odbywa się w oparciu o procedurę środowiskową PŚ-9-01-„Aspekty środowiskowe”.


Zidentyfikowane aspekty środowiskowe stanowią podstawę dla określenia obecnego oddziaływania Szpitala na środowisko i zarazem wielkość bazową dla funkcjonującego ZSZJiZŚ, poczynając od określenia polityki środowiskowej, ustanowienia celów i zadań środowiskowych po stworzenie skutecznie działającego ZSZJiZŚ.

Do oceny znaczących aspektów środowiskowych przyjęto określoną w procedurze PŚ-9-01-„Aspekty środowiskowe”, metodę szacowania wartości punktowej każdego aspektu w oparciu o wartości punktowe kryteriów ich oceny, dającą w efekcie dla każdego aspektu wartość liczbową.

W procedurze przyjęto liczbową wartość graniczną, powyżej której aspekty są uznawane jako znaczące.

Identyfikacja aspektów środowiskowych obrazuje, jak działalność Szpitala wpływa na środowisko naturalne i pozwala tym samym na prawidłowe umiejscowienie obszarów funkcyjnych w wymaganiach wdrożonego ZSZJiZŚ.

Identyfikacja aspektów środowiskowych w Szpitalu prowadzona jest systematycznie z uwzględnieniem bieżących problemów środowiskowych Szpitala, jak i wymagań prawnych w tym zakresie. Stosowane kryteria oraz przyjęta skala oceny jest sprawdzana na Przeglądach Zarządzania.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>27/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

### 7.2.2.2 Wymagania prawne i inne

Proces przestrzegania wymagań prawnych dotyczących ochrony środowiska odbywa się w oparciu o procedurę PŚ-9-02-„Wymagania prawne i inne”.

W ZSZJiZŚ, celem procedury jest stworzenie bazy danych, tj. przepisów prawnych w zakresie ochrony środowiska, do przestrzegania przez Szpital, w ramach obowiązującego systemu prawnego w zakresie ochrony środowiska.

Przywołana procedura zapewnia posiadanie aktualnego rejestru wymagań prawnych dotyczących ochrony środowiska odnoszących się do działań Szpitala w tym zakresie.

W ten sposób zapewniona jest identyfikacja i dostęp do wymagań prawnych i innych, które dotyczą Szpitala i które mają zastosowanie do aspektów środowiskowych jego działalności usługowej.

Ustalenia procedury zapewniają, że zidentyfikowane wymagania prawne i inne mające zastosowanie w Szpitalu są przestrzegane.

Szpital zapewnia również okresową ocenę zgodności z mającymi zastosowanie w Szpitalu wymaganiami prawnymi i innymi, zgodnie z postanowieniami procedury PŚ-9-07-„Ocena zgodności”.

### 7.2.3. Komunikacja z Pacjentem / Klientem

Komunikacja/kontakty z Pacjentem/Klientem, innymi szpitalami, laboratoriami, dostawcami i innymi jednostkami odbywa się poprzez:

- bezpośrednio rozmowy,
- rozmowy telefoniczne,
- informacje o usługach medycznych dostarczanych przez Szpital, przekazywane w różnej formie,
- informacje zamieszczone na stronie internetowej [www.szpital-raciborz.org](http://www.szpital-raciborz.org).

W przypadku pojawienia się skargi stwierdzonej i zgłoszonej przez Pacjenta/Klienta, pracownik Sekretariatu Dyrektora Szpitala przekazuje informację Kierownikowi komórki organizacyjnej, której tematyka skargi dotyczy, w celu dokonania analizy i podjęcia decyzji o dalszym toku postępowania.

Na wniosek Kierownika komórki organizacyjnej dokonującej analizy, Dyrektor Szpitala dokonuje oceny i decyduje o uznaniu skargi, jako uzasadnionej lub uznaje ją, jako nieuzasadnioną.

W przypadku skarg wniesionych na drogę sądową, dalszy przebieg całości postępowania prowadzony jest przez Radcę Prawnego .

W każdym przypadku Pacjent/Klient lub jego rodzina, informowany jest pisemnie o podjętych działaniach.

W przypadku niezgodności usługi i uznania skargi, sposób postępowania opisuje procedura PJ-8-03 – „Nadzorowanie niezgodności”.

Zapisy określone wyżej stanowią zapisy jakości i podlegają nadzorowaniu zgodnie z procedurą PJ-4-02-„Nadzór nad zapisami”.


#### 7.2.3.1 Komunikacja zewnętrzna dotycząca zagadnień środowiskowych

Komunikacja zewnętrzna, dotycząca ochrony środowiska, obejmuje zarówno informowanie Pacjentów/Klientów jak i dostawców o zagadnieniach ochrony środowiska związanych z wdrożonym ZSZJiZŚ jak i przyjmowania uwag Pacjentów/Klientów i stron trzecich pod adresem działalności Szpitala w tym zakresie.

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>28/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

Zadania dotyczące public relations w zakresie aspektów środowiskowych realizuje PZJ.

Odpowiada on za dwustronny kontakt z Pacjentem/Klientem tak dla przekazania informacji o działalności środowiskowej Szpitala jak i uzyskania opinii Pacjenta/Klienta o działaniu Szpitala w tym zakresie.

Również odpowiednia informacja podawana jest na stronach internetowych Szpitala.

Zadania informowania dostawców o działaniach i wymaganiach Szpitala w tym zakresie realizują KKO w zakresie ramach swoich kompetencji.

Za komunikację zewnętrzną w zakresie utrzymywania kontaktów z urzędami i jednostkami organizacyjnymi zajmującymi się zagadnieniami środowiskowymi, dotyczącą działania w zakresie ochrony środowiska, zapobiegania zagrożeniom, informowania o aspektach i awariach środowiskowych oraz przyjmowania i rozpatrywania skarg w stosunku do działań Szpitala odpowiada Koordynator ds. Środowiska.

Prowadzi on również i nadzoruje całość dokumentów i działań w tym zakresie.

Sposób komunikacji w przypadku poważnych zagrożeń reguluje procedura PŚ-9-04-„Gotowość na wypadek awarii i reagowania na awarie”.

W trakcie corocznych Przeglądów Najwyższego Kierownictwa podejmowane są decyzje w zakresie wyboru odpowiedniej formy i treści komunikowania zewnętrznego.

### **7.3 Projektowanie i rozwój**

Obszar normy dotyczący projektowania został **wyłączny z ZSZJiZŚ**. Usługi w zakresie leczenia, odbywają się w oparciu o umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem przepisów obowiązującego prawa, aktualnej wiedzy medycznej oraz zasad etyki zawodów medycznych, etyki pracy i zarządzania.

### **7.4 Zakupy**

#### **7.4.1 Proces zakupu**


Zakupy materiałów i usług mających istotny wpływ, na jakość świadczonych usług, dokonywane są w ramach przetargów publicznych organizowanych zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych poprzez Dział Zamówień Publicznych.

Zakupy doraźne/awaryjne („z poza ustawy” – art. 4 pkt 8, realizowane poza przetargami) oraz inne nie podlegające ustawie, realizowane są na podstawie obowiązujących instrukcji wewnętrznych, przez zainteresowane KO Szpitala.

#### **7.4.1.1 Zgodność z przepisami**

Zgodność nabywanych wyrobów i materiałów używanych do realizacji procesu świadczenia usług, sprawdzana jest pod kątem spełniania aktualnych przepisów poprzez Dział Zamówień Publicznych lub odpowiedzialną KO Szpitala.

Działania te sprawiają, że wszystkie kupowane wyroby, materiały spełniają aktualne wymagania zawarte w przepisach i normach prawnych, obowiązujących w kraju producenta i kraju kupującego.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>29/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

#### **7.4.2 Informacje dotyczące zakupów**

7.4.3 Wymagania dotyczące kupowanych wyrobów i usług opracowywane są przez pracownika sporządzającego zamówienie na podstawie wymagań Szpitala (jeśli są wyspecyfikowane), dokumentacji technicznej lub postanowień obowiązujących przepisów administracyjno-prawnych.

Stanowią one podstawę opracowania szczególnych warunków zamówienia na dostawę lub zlecenia usług.

Wymagania określają parametry techniczne wyrobu lub zakres rzeczowy usług, kryteria jakościowe, wymagania dotyczące wyposażenia technicznego lub ZSZJiZŚ, terminy dostawy i ceny.

Wymagania dotyczące wyrobów i usług są wyspecyfikowane przez Szpital w zamówieniu.

##### **7.4.2.1 Wymagania środowiskowe**

Kierownicy komórek organizacyjnych lub pracownicy tych komórek, dokonując określenia potrzeb materiałowych, opierają się na wymaganiach określonych w umowach, zamówieniach i wszelkich dokumentach technologicznych, środowiskowych, w tym wymaganiach prawnych (deklaracje zgodność wyrobów z przepisami prawnymi w kraju producenta i kupującego), dotyczących ochrony środowiska, charakterystyk bezpieczeństwa, oznaczania itp.

Czynności ofertowe, prowadzone są przez Kierownika Działu Zamówień Publicznych lub odpowiednich KKO Szpitala tylko wśród tych dostawców, którzy spełniają powyższe wymagania.

Są oni na bieżąco informowani przez Kierownika Działu Zamówień Publicznych lub KKO Szpitala o wszelkich wymaganiach środowiskowych, jakim muszą sprostać ich wyroby/materiały i usługi.

Każda dostawa weryfikowana jest w oparciu o kryteria zawarte w warunkach dostaw.

##### **7.4.3 Weryfikacja zakupionego wyrobu**

Po otrzymaniu towaru lub sprzętu od dostawcy następuje weryfikacja przez pracownika danej KO lub inną osobę przyjmującą dostawę - ilości i jego parametrów /porównanie z fakturą/.

Ponadto bada się datę ważności produktów sterylnych oraz zgodność numerów serii partii wskazanych na fakturze, bądź dowodzie WZ z wydrukiem na sprzęcie.

Faktura jest badana przez wystawiającego zamówienie pod względem zgodności z ofertą i zamówieniem (asortyment, ilość, cena, producent, warunki płatności).

Po stwierdzeniu zgodności dostawy z ofertą i fakturą towar jest przyjmowany na stan magazynu odpowiedniej KO.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, podejmowane są przez odpowiedzialną za dostawę KO działania określone w umowie z dostawcą.

#### **7.5 Realizacja usług medycznych**

##### **7.5.1 nadzór nad realizacją usług medycznych**


Dla prawidłowego sterowania procesem usług medycznych, Szpital zapewnia:

- niezbędny zakres informacji określający charakterystykę świadczonych usług,
- dostępność niezbędnych norm, przepisów, procedur oraz instrukcji,
- odpowiednią infrastrukturę techniczną,
- właściwe wyposażenie medyczne i diagnostyczne,

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>30/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- planowanie procesów świadczonych usług,
- wdrożenie diagnostyki i kontroli jakości pracy,
- odpowiedni personel medyczny i pomocniczy.

**Proces leczenia stacjonarnego** w Szpitalu obejmuje wymienione poniżej etapy:

- rejestrowanie pacjentów na podstawie skierowań planowych lub w trybie „nagłym”,
- realizację leczenia w oddziałach szpitalnych wraz z niezbędną diagnostyką ,
- zakończenie leczenia z wydaniem niezbędnej dokumentacji „wypisowej”,
- w przypadkach koniecznych, skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznych w celu kontroli skuteczności leczenia,
- dokonywanie bieżącej sprawozdawczości statystycznej zgodnie z wymogami aktualnych przepisów i umów z płatnikiem.

Proces leczenia stacjonarnego regulują zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala, obowiązujące standardy akredytacyjne, obowiązujące przepisy prawne, regulaminy, instrukcje oraz zasady postępowania, a także aktualna wiedza medyczna i zależą również od stanu zdrowia pacjenta.

**Proces leczenia ambulatoryjnego** w Szpitalu obejmuje:

- rejestrację skierowań i ustalenie terminów porady,
- realizację leczenia w poradniach szpitala i niezbędną diagnostykę,
- dokonywanie bieżącej sprawozdawczości statystycznej zgodnie z wymogami aktualnych przepisów i umów z płatnikiem.

Powyższe etapy regulują zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala, obowiązujące standardy akredytacyjne, obowiązujące przepisy prawne, regulaminy, instrukcje oraz zasady postępowania a także aktualna wiedza medyczna i zależą również od aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

#### **7.5.1.1 Sterowanie operacyjne aspektami środowiskowymi**

Zgodnie z przyjętą Polityką ZSZJiŚ obowiązkiem Szpitala jest realizacja usług w sposób zapewniający zgodność z przepisami ochrony środowiska.

Wdrożony w Szpitalu ZSZJiŚ, zapewnia prowadzenie działań związanych ze znaczącymi aspektami środowiskowymi, zidentyfikowanymi zgodnie z procedurą PŚ-9-01-„Aspekty środowiskowe” dla wszystkich tych obszarów działalności Szpitala, które mają wpływ na środowisko naturalne.

Wytycznymi do prowadzenia przez Szpital działalności w zakresie ponoszenia odpowiedzialności za środowisko naturalne są ustawy, Rozporządzenia Rady Ministrów, wymagania stron zainteresowanych (posiadane decyzje, pozwolenia, nakazy itp.), ujęte w aktualnym wykazie nadzorowanych dokumentów normatywnych, prowadzonym przez Koordynatora ds. Środowiska (zgodnie z procedurą PŚ-9-02-„Wymagania prawne i inne”) oraz poszczególne procedury ZSZJiŚ.


Sterowanie operacyjne zapewnia realizację polityki środowiskowej oraz wykonywanie przyjętych celów i zadań środowiskowych.

Operacje i działania związane z ww. obszarami sterowania operacyjnego odbywają się w oparciu o procedurę PŚ-9-03-„Sterowanie operacyjne”.

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>31/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

W celu zapewnienia nadzoru nad wymaganiami dotyczącymi ochrony środowiska i osiaganiu ich ciągłego doskonolenia, procedura ta określa działania planistyczne i realizacyjne związane z monitoringiem stopnia zgodności stanu faktycznego z pożądanym.

### 7.5.2. Walidacja procesów dostarczania usług medycznych

Szpital przeprowadza walidację procesu dostarczania usług poprzez:

- określone kryteria dotyczące przeglądu i zatwierdzania procesów,
- zatwierdzenie wyposażenia i kwalifikowanie personelu,
- stosowanie określonych metod i procedur,
- wymagań dotyczących zapisów,
- ponownej walidacji.

Dla procesów usługowych określone zostały kryteria ich prawidłowego przebiegu.

Na każdym etapie realizacji procesu istnieje możliwość weryfikacji z ustalonym trybem postępowania lub oczekiwaniem Pacjenta/Klienta oraz podjęcia działania o charakterze korygującym.

Wszystkie procesy związane z działalnością usługową prowadzoną przez Szpital, są zatwierdzane i okresowo przeglądane.

Przeglądy okresowe, dotyczące zdolności procesów usługowych, są prowadzone na podstawie:

- procedury PJ-5-01-„Przegląd zarządzania”,
- procedury PJ-8-01-„Monitorowanie i pomiary dot. zadowolenia pacjenta, procesu i wyrobu”,
- procedury PJ-8-02-„Audyty wewnętrzne”.

Personel Szpitala, wyznaczony do wykonywania zadań wpływających na jakość procesów świadczonych usług medycznych, posiada odpowiednie kompetencje zawodowe, potwierdzone wykształceniem, odpowiednimi szkoleniami, kwalifikacjami zawodowymi i praktyką.

Wyniki przeglądów, auditów, kontroli – są na bieżąco zapisywane, zgodnie z procedurą PJ-4-2-Nadzorowania zapisów dotyczących jakości”.

Wyniki analiz przebiegu procesu usług medycznych, są przedmiotem analiz w trakcie przeglądu wykonywanego przez Dyрекcję, zgodnie z procedurą PJ-5-01-„Przegląd zarządzania”.

W przypadku stwierdzenia niezgodności podejmowane są działania korygujące bądź zapobiegawcze, zgodnie z procedurą PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze”.

### 7.5.3. Identyfikacja i identyfikowalność

Szpital zapewnia identyfikację swoich usług w ciągu całego procesu ich świadczenia z uwzględnieniem oznaczenia nadanego statusu kontroli i badań.

Stosowany system oznaczania w trakcie świadczenia usług zapewnia ich pełną identyfikowalność.

Dokumentacja obrotu materiałowego pozwala na ustalenie pochodzenia materiałów stosowanych w procesie usług medycznych zapewniając ich identyfikowalność.

Materiały w magazynie oznaczane są w sposób pozwalających na ich pełną identyfikację.


### 7.5.4. Własność klienta

W Szpitalu występować może własność Pacjenta/Klienta w następującej postaci:

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>32/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- dokumentacji medycznej pacjenta,
- wartościowych przedmiotów pacjenta przekazanych do depozytu,
- odzieży pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego, przekazanej do szatni,
- własności intelektualnej i danych osobowych.

Szpital zapewnia pełną identyfikację, weryfikację i ochronę bezpieczeństwa własności Pacjenta/Klienta, dostarczonej do wykonania usługi lub udostępnionej do używania.

Przy przyjęciu dokumentacji, weryfikacji podlega kompletność oraz ważność.

Przedmioty stanowiące własność Pacjenta/Klienta podlegają ochronie przed pogorszeniem ich cech jakościowych.

Szpital zapewnia właściwe przechowywanie i wykorzystane powierzonej własności.

Jeżeli własność Pacjenta/Klienta zostanie zgubiona, uszkodzona lub z innego powodu uznana za nieprzydatną do zastosowania to Szpital informuje o tym Pacjenta/Klienta i utrzymuje zapisy.

#### **7.5.5. Zabezpieczenie wyrobu**

Szpital zabezpiecza usługę podczas wewnętrznego procesu dostarczania w celu utrzymania zgodności z wymaganiami.

Zabezpieczenie obejmuje identyfikację, postępowanie z usługą i Pacjentem/Klientem.

Wyroby pochodzące z zakupów, stosowane w procesie świadczenia usług medycznych, będące w magazynie są zabezpieczone w sposób zapobiegający uszkodzeniu lub utracie pożądanych cech jakościowych.

Obiekty i wyposażenie będące własnością Szpitala są corocznie poddawane przeglądowi technicznemu w celu określenia ich stanu i podjęcia działań korygujących lub zapobiegawczych.

#### **7.6. Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów**

Ustaleniem wykazu niezbędnego wyposażenia pomiarowego na podstawie potrzeb wynikających z procesów pomiarowych wykonywanych w Szpitalu zajmują się:

- KKO NTE w zakresie wyposażenia pomiarowego w dziale NTE,
- KKO DLA i DLM w zakresie wyposażenia pomiarowego w działach oraz glukometrów (DLA),
- KKO DA w zakresie wyposażenia pomiarowego do nadzorowania przechowywania leków.

Wykaz zawiera określenie wymaganej dokładności pomiarowej.

Szczegółowe zasady postępowania w zakresie utrzymania wyposażenia pomiarowego w stanie sprawności technicznej i metrologicznej oraz ewidencji, oznaczenia i terminów kontroli okresowej określa procedura

PJ-7-03-„Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów”.


Nadzór nad zapisami prowadzony jest zgodnie z procedurą

PJ-4-2-„Nadzorowanie zapisów dotyczących jakości”.

#### **7.6.1. Wyposażenie do monitorowania i pomiarów środowiskowych**

Wyposażenie do monitorowania i pomiarów, używane do monitorowania i pomiarów aspektów środowiskowych, przeprowadzanych zgodnie z procedurami: PŚ-9-03-„Sterowanie operacyjne” oraz PŚ-9-05-Monitorowanie i pomiary środowiska”, jest nadzorowane przez KKO NTE.



	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>33/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

W przypadku, gdy pomiary wykonuje jednostka zewnętrzna, wymaga się, aby przedstawiła ona dokument potwierdzający, że używany sprzęt pomiarowo-kontrolny jest wzorcowany i sprawny.

Odpowiada za to Koordynator Środowiskowy który przechowuje taki dokument wraz z wynikami pomiarów.

## **8. POMIARY, ANALIZA I DOSKONALENIE**

### **8.1. Postanowienia ogólne**

Dla efektywnego działania Szpitala, Dyrektor wdrożył procesy monitorowania, pomiarów, analizy i weryfikacji wyników w celu:

- wykazania zgodności wyrobu i procesu z wymaganiami i oczekiwaniami Pacjenta/Klienta, innych stron zainteresowanych, wymogów standardów akredytacyjnych oraz przepisów prawnych,
- zapewnienia zgodności ZSZJiZŚ w Szpitalu z wymaganiami norm: EN ISO 9001:2008 oraz EN ISO 14001:2004,
- ciągłego doskonalenia skuteczności wdrożonego Systemu.
- monitorowania i wykonania pomiarów kluczowych charakterystyk operacji, mogących mieć wpływ na środowisko

Metody monitorowania, analizy i weryfikacji wykorzystywane w Szpitalu obejmują swym zakresem:

- monitorowanie satysfakcji Pacjentów/Klientów na formularzach :” Ankieta badania poziomu satysfakcji pacjenta ...” wg. załączonych formularzy,
- analizę reklamacji i skarg,
- monitorowanie zgodności usługi z wymaganiami, w tym NFZ,
- audyty wewnętrzne - jako narzędzie oceny skuteczności systemu i poszczególnych procesów,
- monitorowanie i analizy wykonywane zgodnie z wymaganiami standardów akredytacyjnych
- oceny zdolności procesów świadczenia usług - wykonywane w trakcie Przeglądów Zarządzania,
- analizy finansowe dokonywane przez Głównego Księgowego.

Monitorowanie i wykonanie pomiarów kluczowych charakterystyk operacji, mogących mieć wpływ na środowisko, przebiegu zgodnie z postanowieniami procedury PŚ-9-05-Monitorowanie i pomiary środowiskowe.

### **8.2. Monitorowanie i pomiary**

#### **8.2.1. Zadowolenie PACJENTA/klienta**

Zindywidualizowany charakter usług medycznych powoduje, iż w rozpoznaniu potrzeb Pacjentów/Klientów decydującą rolę odgrywa bezpośredni kontakt z aktualnym lub potencjalnym Pacjentem/Klientem.

Podczas realizacji danej usługi, a także wcześniej, występuje kontakt z Pacjentem/Klientem, co pozwala na monitorowanie jego potrzeb i sugestii oraz wyciąganie wniosków na przyszłość.


Jest ustalony system monitorowania informacji dotyczących satysfakcji i/lub jej braku jako jeden z pomiarów funkcjonowania ZSZJiZŚ.

W ramach pełnych i obiektywnych badań stopnia satysfakcji Pacjenta/Klienta, stosuje się różne metody pozyskiwania informacji o stopniu jego zadowolenia, takie jak:

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>34/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- analiza różnorodnych informacji otrzymywanych od Pacjentów/Klientów, w tym ankiety badania satysfakcji Pacjentów/Klientów,
- wywiady i rozmowy,
- analiza skarg i reklamacji,
- analizy porównawcze z konkurencją – benchmarking.

Obowiązkowo KO prowadzą badania ankietowe wg formularzy:

- KJ –ZAŁ NR 8 - ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA **SZPITALA**
- KJ –ZAŁ NR 9 - ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA **PORADNI**
- KJ –ZAŁ NR 10 - ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA **IZBY PRZYJĘĆ**
- KJ –ZAŁ NR 11 - ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA **ZAKŁADU DIAGNOSTYKI**

Zbiorcze analizy w/w ankiet przygotowuje Dział Metodyczno-Organizacyjny.

Ocena stopnia zadowolenia Pacjenta/Klienta jest również przedmiotem Przeglądów Zarządzania.

Wnioski z oceny mogą stanowić podstawę do podjęcia działań korygujących lub zapobiegawczych zgodnie z procedurą PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze”.

### 8.2.2. Audyty wewnętrzne

Celem auditów wewnętrznych jest ocena skuteczności i efektywności wdrożonego ZSZJiZŚ na zgodność z wymaganiami norm: EN ISO 9001:2008 oraz EN ISO 14001:2004.

Prowadzenie auditów wewnętrznych, oprócz identyfikacji niezgodności i analizy przyczyn tych niezgodności, ma również na celu określenie i wdrożenie odpowiednich działań korygujących i zapobiegawczych oraz ocenę ich skuteczności.

Audyty wewnętrzne są metodą weryfikacji i oceny wszystkich czynności objętych ZSZJiZŚ i przeprowadzane są we wszystkich obszarach Szpitala, zgodnie z rocznym Programem auditów wewnętrznych, opracowanym przez PZJ a zatwierdzonym przez Dyrektora.

Dokument ten jest ustalany na podstawie statusu i ważności procesów oraz auditowanych obszarów, a także wyników wcześniejszych auditów.

Danymi wejściowymi do jego sporządzenia są:


- wykaz dokumentów ZSZJiZŚ,
- schemat organizacyjny Szpitala,
- zatwierdzona lista auditorów wewnętrznych.

Każdy z elementów ZSZJiZŚ poddawany jest auditowi przynajmniej raz w roku, ale niektóre obszary, szczególnie ważne oraz te, w których występowały wcześniej niezgodności, podlegają częstszemu auditowaniu.

Audyty doraźne przeprowadzane są zwłaszcza gdy:

- stwierdzono dodatkowe zagrożenia/niezgodności,
- wprowadzono zmiany organizacyjno – techniczne,
- występują skargi, reklamacje Pacjentów/Klientów lub stron zewnętrznych.

Audyty nieplanowane są wprowadzane do Planu auditów wewnętrznych na bieżąco.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>35/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>

Również na bieżąco wprowadzane są do Planu auditów wewnętrznych ponowne audyty (reaudity), mające na celu ocenę skuteczności poauditowych działań korygujących.

Program auditów może również ulec modyfikacji w przypadku gdy zajdą zmiany w:

- dokumentacji systemowej,
- procesach i wyrobach,
- Polityce ZSZJiŚ oraz celach jakościowych i środowiskowych,
- terminach działań korygujących,
- zmianach organizacyjnych.

Szczegółowe wytyczne dotyczące auditów wewnętrznych zawarto w procedurze PJ-8-02-„Audity wewnętrzne”.

### **8.2.3. Monitorowanie i pomiary procesów**

W celu wykazania zdolności do osiągnięcia zaplanowanych wyników w zakresie realizacji poszczególnych procesów, pracownicy Szpitala stosują odpowiednie metody monitorowania skuteczności i efektywności procesów.

Kierunki działań, cele i zadania w zakresie funkcjonowania Szpitala zorientowanej na Pacjenta/Klienta oraz ochronę środowiska, określone są w oparciu o ustanowioną Politykę ZSZJiŚ, cele jakościowe i środowiskowe, wymogi zawarte w obowiązujących standardach akredytacyjnych oraz wymagania i regulacje prawne.

Monitoring realizacji procesów jest ważnym procesem pomocniczym stanowiącym istotne narzędzie zarządzania, w tym zarządzania jakością.

Podstawowym narzędziem monitorowania procesów są audyty procesów, dokonywane zgodnie z Programem auditów opracowanym według postanowień procedury PJ-8-02 –„Audity wewnętrzne”.

W przypadku, gdy stwierdzona zostanie nieskuteczność procesu podejmowane są działania korygujące lub zapobiegawcze, zgodnie z procedurą PJ-8-04 –„Działania korygujące i zapobiegawcze”.

Wyniki auditów procesów i wyniki podjętych działań są przedstawiane przez PZJ na przeglądzie systemu zarządzania wykonywanym przez Dyrektora.

Szczegóły w zakresie monitorowania procesów ustala procedura PJ-8-01-„Monitorowanie i pomiary dot. zadowolenia pacjenta, procesu i wyrobu”.

### **8.2.4. Monitorowanie i pomiary wyrobu i usług**

W celu zweryfikowania czy spełnione są wymagania dotyczące wyrobu/usługi, prowadzone jest monitorowanie we wszystkich fazach związanych z realizacją usług.

Wykorzystanie wyrobu/dostarczenie usługi nie może mieć miejsca zanim wymagane weryfikacje nie zostaną przeprowadzone w sposób całkowicie zadowalający, lub Pacjent/Klient sam zaakceptuje usługę.

Szczegóły w zakresie monitorowania wyrobów i usług ustala procedura PJ-8-01-„Monitorowanie i pomiary dot. zadowolenia pacjenta, procesu i wyrobu”.


### **8.2.5. Monitorowanie i pomiary środowiskowe**

Wszelkie kontrole i pomiary zgodności z wymaganiami środowiskowymi, prowadzone są w oparciu o wytyczne przepisów prawnych oraz posiadanych decyzji, pozwoleń i innych wymagań dotyczących aspektów środowiskowych. Koordynator ds. Środowiska, w oparciu o wytyczne przepisów prawnych oraz posiadanych decyzji, pozwoleń i innych wymagań dotyczących ochrony środowiska, planuje i nadzoruje wykonanie okresowych po-

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>36/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

miarów parametrów środowiskowych, dotyczących aspektów środowiskowych aktualnie występujących w Szpitalu, wymienionych w Liście znaczących aspektów środowiskowych.

Pomiary te służą wykonywanej okresowo przez Koordynatora ds. Środowiska ocenie zgodności z wymaganiami prawnymi zgodnie z procedurą PŚ-9-07-„Ocena zgodności”.

Szczegółowe wytyczne postępowania, zawarte są w procedurze PŚ-9-03-„Sterowanie operacyjne”.

Pomiar wykonują upoważnione jednostki zewnętrzne w terminie i zakresie ustalonym przez Koordynatora ds. Środowiska, który jest odpowiedzialny za uzyskanie i przechowywanie stosownych zapisów z tych pomiarów. Szczegółowe wytyczne dotyczące okresowych pomiarów i monitorowania aspektów środowiskowych, zawarte są w określonych wymaganiach i przepisach wymienionych w Rejestrze nadzorowanych dokumentów normatywnych prowadzonym przez Koordynatora ds. Środowiska i uściślone w odpowiednich procedurach.

### **8.2.6. Ocena zgodności**

Szpital dokonuje okresowej oceny zgodności ze zidentyfikowanymi wymaganiami prawnymi i innymi wymaganiami, do których przestrzegania jest zobowiązany.

Okresowa ocena jest przeprowadzana nie rzadziej niż raz w roku, w ramach auditów wewnętrznych, zgodnie z postanowieniami procedury PŚ-9-07-„Ocena zgodności”.

Na podstawie okresowej oceny Szpital jest w stanie wykazać, że zapewnia zgodność z wymaganiami prawnymi, do przestrzegania których jest zobowiązany lub do których się zobowiązał.

### **8.3. Nadzór nad wyrobem niezgodnym**

#### Nadzór nad wyrobem niezgodnym/usługą niezgodną

W przypadku stwierdzenia niezgodności dostarczonych wyrobów/usług, z wymaganiami określonymi w zamówieniu, pracownik dokonujący zakupu informuje Dyrektora i dostawcę określając rodzaj niezgodności.

Jako zasadę przyjęto żądanie:

- wymiany wyrobów niezgodnych na wyroby spełniające wymagania,
- korektę lub ponowne wykonanie usługi na możliwą do przyjęcia.


W każdym z tych przypadków decyzję podejmuje Dyrektor, który o ile zachodzi taka potrzeba, konsultuje się z Pacjentem/Klientem. W każdym z tych przypadków decyzjom towarzyszy dokonywanie odpowiednich zapisów w sposób i przez osoby określone w procedurze PJ-8-03-„Nadzorowanie niezgodności”.

#### Nadzór nad niezgodną usługą medyczną

Szpital zapewnia, że usługi medyczne wykonane w ramach leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego, które nie spełniają wymagań są identyfikowane, i że zapobiega się ich ponownemu wystąpieniu.

Celem tych działań jest świadczenie usług medycznych zgodnie z wymaganiami i zapisywanie takich odchyłek lub odstępstw od umów (usług) z pacjentami, które muszą być uwzględnione w późniejszych umowach (usługach).

W każdym z tych przypadków decyzję podejmuje Dyrektor, który o ile zachodzi taka potrzeba, konsultuje się z Pacjentem/Klientem.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiZŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>37/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

W każdym z tych przypadków decyzjom towarzyszy dokonywanie odpowiednich zapisów w sposób i przez osoby określone w procedurach. PJ-7-01-„Sterowanie procesem leczenia stacjonarnego” i PJ-7-02-„Sterowanie procesem leczenia ambulatoryjnego”.

Zapisy określające niezgodność usługi stanowią zapisy jakości i podlegają nadzorowaniu zgodnie z procedurą PJ-4-02-„Nadzorowanie zapisów dotyczących jakości”.

Postępowanie z usługą nie spełniającą wymagań reguluje procedura PJ-8-03-„Nadzorowanie niezgodności”.

#### Skargi Pacjentów/Klientów

Dbając o dobro Pacjenta/Klienta wszystkie rzeczywiste błędy i niezgodności występujące w Szpitalu są poddawane korektom oraz działaniom korygującym.

Bardzo istotnym aspektem związanym z procedurą składania skarg jest uświadomienie Pacjentom/Klientom, że prawidłowy przebieg procesu leczenia, który jednak nie spełnia ich oczekiwań, nie może być przedmiotem skargi. Skargi mogą być składane w formie pisemnej lub ustnej.

Uznanie skargi za zasadną tj. uznanie, iż wina za powstałe niezgodności leży po stronie Szpitala, skutkuje uruchomieniem procedury PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze”.

#### Reklamacje

W momencie formalnego zgłoszenia reklamacji przez Pacjenta/Klienta, Dyrektor, dokonuje formalnej i merytorycznej analizy zgłoszonej reklamacji. Reklamacja jest rejestrowana w rejestrze skarg.

Uznanie reklamacji za zasadną, skutkuje uruchomieniem procedury PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze”

Zapisy z przeprowadzonych reklamacji są przechowywane w dziale metodyczno Organizacyjnym i służą do przygotowywania analizy na przegląd zarządzania.

#### **8.3.1. Niezgodności dotyczące środowiska**

Odpowiedzialność poszczególnych komórek organizacyjnych oraz pracowników Szpitala za poszukiwanie jak i dalsze postępowanie w przypadkach wystąpienia niezgodności ustalone w procedurach ZSZJiZŚ, dotyczą m.in.:

- wystąpienia niezgodności w zakresie wymagań ochrony środowiska,
- niespełnienia wymagań prawnych,
- polityki i celów jakości oraz ochrony środowiska,
- niezgodnego z wymaganiami środowiskowymi procesu usługowego,
- struktury organizacyjnej Szpitala.

Ustalona odpowiedzialność i uprawnienia w zakresie postępowania ze stwierdzonymi niezgodnościami, zawarte są w procedurach: PJ-8-03-„Nadzorowanie niezgodności”, PŚ-9-04-„Gotowość na wypadek awarii i reagowanie na awarię”, PŚ-9-06-Nadzorowanie niezgodności środowiskowych”.

#### **8.4. Analiza danych**


Dla celów oceny skuteczności ZSZJiZŚ, Szpital gromadzi i analizuje informacje dotyczące:

- satysfakcji Pacjenta/Klienta lub jej braku,
- analizy skarg,

2016-02-11

12:00:14

Aktualne w momencie edycji.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>38/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- liczby zgłoszeń uwag i reklamacji,
- dostawców.
- zgodności z wymaganiami dotyczącymi usługi,
- analiz wykonanych w zakresie akredytacji.

KKO NM i PZJ dokonują weryfikacji danych pochodzących z analizy i w trakcie Przeglądu Zarządzania przedstawia wyniki analizy w sposób liczbowy i ew. graficzny oraz prezentuje wnioski.

Analiza danych i ich trendów stanowi jedną z podstaw dla podejmowania działań korygujących i zapobiegawczych przez PZJ.

## **8.5. Doskonalenie**

### **8.5.1. Ciągłe doskonalenie**

Zgodnie z ustanowioną „Polityką jakości i ochrony środowiska” stałym celem strategicznym Szpitala jest ciągłe doskonalenie jego funkcjonowania w zakresie świadczenia usług medycznych oraz ochrony środowiska. Proces ciągłego doskonalenia obejmuje swym zakresem nie tylko kosztowne przedsięwzięcia związane z doskonaleniem procesów i wyposażenia Szpitala, ale także niewielkie, lecz bardzo ważne innowacje we wszystkich procesach Szpitala.

Podstawą wszystkich działań w zakresie ciągłego doskonalenia są dane wejściowe w postaci:

- polityki jakości i ochrony środowiska,
- ustalonych celów jakościowych i środowiskowych,
- wyników auditów wewnętrznych,
- działań korygujących i zapobiegawczych oraz wniosków i zaleceń wynikających z przeglądu wykonywanego przez Najwyższe Kierownictwo, analizy skarg.

Do środków i metod ciągłego doskonalenia należą m.in.:


- przeglądy wykonywane przez Najwyższe Kierownictwo,
- analiza wyników kontroli,
- analiza zadowolenia Pacjenta/Klienta,
- śledzenie motywacji i satysfakcji pracowników,
- analizy wynikające z systemu akredytacji
- analizy zdolności procesu,
- szkolenia.

### **8.5.2. Działania korygujące**

Ustanowiona i wdrożona procedura PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze” zawiera szczegółowy opis postępowania, związanego z inicjowaniem, wdrażaniem tych działań i prowadzeniem odpowiednich zapisów.

Zawiera ona także zakres odpowiedzialności za poszczególne działania. Źródłem informacji o zaistniałych niezgodnościach są:

- audyty zewnętrzne i wewnętrzne,
- przeglądy zarządzania wykonywane przez Najwyższe Kierownictwo,

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>	
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>			Strona <b>39/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>		DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

- reklamacje Klienta i uwagi Pacjenta,
- inne informacje, wynikające z analiz wyników przeglądów, gromadzone w ramach działającego systemu.

Kolejne etapy prowadzenia działań korygujących polegają na:

- precyzyjnym ustaleniu przyczyn zidentyfikowanej niezgodności,
- ocenie ważności problemu,
- opracowaniu harmonogramu działań korygujących i ustaleniu odpowiedzialności za realizację tych działań,
- realizacji działań korygujących zgodnie z harmonogramem,
- ocenie skuteczności wdrożonych działań korygujących i dokumentowaniu ich zapisami.

Na tej podstawie PZJ, auditor lub pracownik Szpitala, inicjują działania korygujące, określając przy tym osobę odpowiedzialną, za ich realizację, zakres właściwych działań oraz terminy zakończenia prac. Po zakończeniu działań korygujących PZJ dokonuje oceny prawidłowości i kompletności przeprowadzonych działań i podejmuje decyzję o konieczności przeprowadzenia auditu sprawdzającego.

W celu prowadzenia zapisów dotyczących przeprowadzanych działań korygujących wprowadzone zostały:

- karty niezgodności,
- karty działań korygujących oraz działań zapobiegawczych,
- rejestr działań korygujących oraz działań zapobiegawczych.

Zapisy, dotyczące działań korygujących poddawane są przeglądowi dokonywanemu przez Dyrektora, opisanemu szczegółowo w PJ-5-01-„Przeгляд zarządzania”. Nadzór nad działaniami korygującymi sprawuje PZJ.


### **8.5.3. Działania zapobiegawcze**

Ustanowiona i wdrożona procedura PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze” zawiera szczegółowy opis postępowania, związanego z inicjowaniem, wdrażaniem działań zapobiegawczych i prowadzeniem odpowiednich zapisów. Źródłami informacji, na podstawie których inicjowane są działania zapobiegawcze, są:

- zapisy z procesów i wyniki monitorowania procesów,
- wyniki sprawdzenia wyposażenia do badań,
- raporty z auditów wewnętrznych,
- protokoły i wnioski z przeglądu wykonywanego przez Dyrektora,
- oceny dostaw i dostawców.

W oparciu o wykonaną analizę oraz pisemne wnioski pracowników Szpitala, PZJ rozpoznaje problemy jakie mogą wystąpić i postępuje zgodnie z procedurą PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze”.

Po zakończeniu realizacji działań zapobiegawczych, PZJ otrzymuje meldunek z realizacji działań zapobiegawczych z kompletem dokumentacji celem weryfikacji. PZJ dokonuje weryfikacji tych działań. Pozytywny wynik weryfikacji jest odnotowany przez PZJ. Jeżeli ocena realizacji tych działań jest negatywna (działania są nieskuteczne), PZJ wspólnie z zainteresowanym pracownikiem, prowadzi ponowną analizę potencjalnych przyczyn niezgodności/wad i opracowuje kolejny plan działań zapobiegawczych.

	<b>KSIĘGA JAKOŚCI</b>		<b>KJ ZSZJiŚ</b>
	<b>KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>		Strona <b>40/40</b>
	Obowiązuje : <b>WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	DATA <b>01.11.2013</b>	WYDANIE <b>3</b>

#### 8.5.4. Działania korygujące i zapobiegawcze dotyczące wymagań środowiskowych

Niezbędne działania korygujące i zapobiegawcze, prowadzone w oparciu procedurę PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze” podejmowane są w wyniku:

- zewnętrznych kontroli,
- stwierdzonych niezgodności wyników auditów wewnętrznych oraz monitorowania i pomiarów,
- przeglądu wykonywanego przez Najwyższe Kierownictwo,
- występujących awarii, wypadków przy pracy czy zdarzeń potencjalnie awaryjnych/wypadkowych.

Za wdrożenie, nadzorowanie i weryfikację skuteczności działań korygujących i zapobiegawczych, zgodnych z wytycznymi procedury PJ-8-04-„Działania korygujące i zapobiegawcze” oraz procedury PŚ-9-06-„Nadzorowanie niezgodności środowiskowych” odpowiedzialni są: PZJ, KKO poszczególnych komórek organizacyjnych, w ramach przypisanych im odpowiedzialności.

### 9. Załączniki

1. PODKSIĘGA JAKOŚCI ZAKŁADU DIAGNOSTYKI I TERAPII z załącznikami
2. PODKSIĘGA JAKOŚCI LABORATORIUM ANALITYCZNE z załącznikami
3. SCHEMAT ORGANIZACYJNY
4. MAPA PROCESÓW
5. WYKAZ PROCEDUR
6. POLITYKA JAKOŚCI ORAZ OCHRONY ŚRODOWISKA
7. CELE JAKOŚCI ORAZ OCHRONY ŚRODOWISKA
8. ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA SZPITALA
9. ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA PORADNI
10. ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA IZBY PRZYJĘĆ
11. ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA ZAKŁADU DIAGNOSTYKI