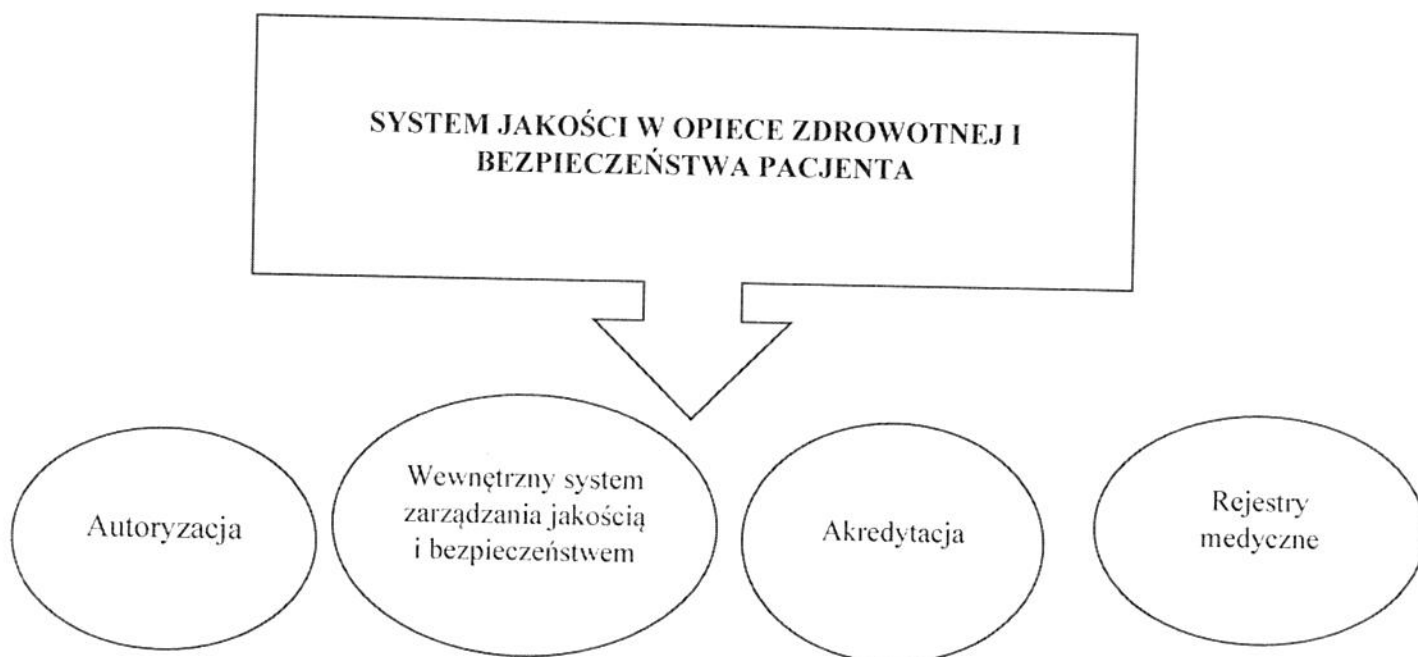




WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

I. Wprowadzenie

1. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta jest Prezes Zarządu Centrum 4Cardia Sp. z o.o.
2. Budowa systemu jakości i bezpieczeństwa.



2.1 Autoryzacja.

Jest to obligatoryjny system oceny podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ramach sieci szpitali. Otrzymanie autoryzacji stanowi potwierdzenie wydawane przez NFZ, że dany podmiot leczniczy posiada wewnętrzny system zarządzania jakością (obejmujący m.in. monitorowanie zdarzeń niepożądanych) oraz realizuje świadczenia zgodnie z warunkami dotyczącymi miejsca udzielania świadczeń, personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonymi w tzw. rozporządzeniach koszykowych (wydanych na podstawie art. 31d i art. 31da ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

W Centrum funkcjonuje Zespół ds. Jakości, odpowiedzialny za przygotowanie podmiotu do uzyskania autoryzacji.

2.2 Wewnętrzny system zarządzania jakością.

Jest to system opracowany w Centrum, dostosowany do specyfiki realizowanych świadczeń, który umożliwia bieżące monitorowanie procesów oraz wdrażanie działań usprawniających, mających na celu ciągle podnoszenie jakości i bezpieczeństwa pacjentów.

2.3 Akredytacja.

Akredytacja służy potwierdzeniu, że Podmiot realizuje świadczenia zdrowotne oraz prowadzi swoją działalność zgodnie z obowiązującymi standardami akredytacyjnymi. Standardy te odnoszą się do poszczególnych obszarów funkcjonowania podmiotu lub rodzajów udzielanych świadczeń i są zorganizowane w przejrzyste działy tematyczne.

2.4 Rejestry medyczne

Stanowią tworzone zgodnie z prawem rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych, jednostkowych danych medycznych lub danych niebędących danymi osobowymi, służący do realizacji zadań publicznych, prowadzony przez podmiot funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia

3. Obszary systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

3.1 **Obszar kliniczny** rozumiany jako zestaw wskaźników odnoszących się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, opisywanych przez parametry:

3.1.1 efektu leczniczego,

3.1.2 powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny,

3.1.3 śmiertelności po zabiegach,

3.1.4 doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej,

3.1.5 struktury procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych.

3.2 **Obszar konsumentki** – rozumiany jako wyniki badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

3.3 **Obszar zarządczy** – rozumiany jako zestaw wskaźników odnoszących się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania opisywanych przez parametry dotyczące:

3.3.1 posiadania akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę,

3.3.2 stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu,

3.3.3 długości hospitalizacji,

3.3.4 struktury realizowanych świadczeń.

II. Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

1. Głównymi celami „Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem” są:
 - 1.1 wdrażanie rozwiązań mających na celu identyfikację ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu, tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 1.2 identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń,
 - 1.3 określenie kryteriów i metod niezbędnych do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 1.4 okresowe monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 1.5 monitorowanie zdarzeń niepożądanych,
 - 1.6 zapewnienie dostępu do szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 1.7 prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w Centrum,
 - 1.8 integralną część systemu stanowią:
 - 1.8.1 Polityka bezpieczeństwa,
 - 1.8.2 Procedura bezpieczeństwa pacjenta, zdarzenia niepożądane,
 - 1.8.3 Procedura monitoringu stosowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością (WSZJ),
 - 1.8.4 Procedura realizacji standardów jakości i bezpieczeństwa pacjenta w 4Cardia sp. z o.o.
2. Wewnętrzny system funkcjonujący w Centrum oparty jest na:
 - 2.1 Regulaminie Organizacyjnym 4Cardia Centrum Kardiologii Inwazyjnej z Oddziałem Chirurgii Naczyniowej ,
 - 2.2 uchwałach Prezesa Zarządu,
 - 2.3 obowiązujących przepisach prawnych,
 - 2.4 procedurach wewnętrznych.
3. Wdrażanie rozwiązań mających na celu identyfikację ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu, tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W podmiocie funkcjonuje system zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz ich analizy, normują go procedury systemu jakości – BP 1.2 Procedura zagładzania zdarzeń niepożądanych oraz nr BP 1.4 Procedura analizy zdarzeń niepożądanych.

Zgodnie z w/w procedurami, każdy ma możliwość zgłoszenia wystąpienia zdarzenia niepożądanego, do osoby upoważnionej Prezesa Centrum do przyjmowania i rejestracji zgłoszeń.

Zgłoszenia można dokonać osobiście, pocztą tradycyjną oraz drogą mailową.

Dane zgłaszającego zdarzenie pozostają do wyłącznej wiadomości Prezesa Zarządu oraz członków Zespołu ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych. Zgłaszający może też pozostać osobą całkowicie anonimową, bez ujawnienia swoich danych.

Osoba upoważniona informuje o zgłoszeniu Prezesa Zarządu oraz Zespół ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych, który dokonuje analizy przyjętego zgłoszenia zgodnie z obowiązującą procedurą.

Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych jest nastawione na szukanie działań naprawczych, bez personalizacji i szukania osób odpowiedzialnych.

Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego, analiza przyczyn źródłowych, ocena zdarzenia i kwalifikacja nie mogą stanowić podstawy do odpowiedzialności dyscyplinarnej, odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną wskutek dokonania zgłoszenia lub odpowiedzialności z tytułu naruszenia praw innych osób lub obowiązków określonych w przepisach prawa.

Na podstawie zgłoszenia zostają wyciągnięte wnioski oraz formułuje się zalecenia o podjęcie konkretnych działań na rzecz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu nieprawidłowości.

Ustalenia i wnioski przedstawiane są na spotkaniach z kierownikami komórek organizacyjnych Centrum.

4. Identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.

W Centrum funkcjonuje powołany uchwałą Prezesa Zarządu Zespół ds. Jakości. W skład Zespołu wchodzi przedstawiciele różnych grup zawodowych, spotkania Zespołu odbywają się raz w miesiącu.

Zespół współpracuje i zapoznaje się ze wszystkimi sprawozdaniami i analizami przedstawionymi przez:

- Komitet Zakażeń Szpitalnych,
- Zespół Zakażeń Szpitalnych,

- Zespół ds. Analiz Medycznych,
- Zespół ds. Dokumentacji Medycznej,
- Zespół ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych,
- inne komórki Centrum.

Na spotkaniach Zespołu omawiane są także sprawy bieżące.

W oparciu o uzyskane dane Zespół identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa, a następnie opracowuje ogólny program działań na rzecz poprawy jakości oraz plany poprawy jakości w poszczególnych obszarach.

Zarówno program jak i plany poprawy jakości są na bieżąco monitorowane i aktualizowane (minimum raz na 6 miesięcy), odnotowane zostają postępy w ich realizacji oraz w razie potrzeby następują modyfikacje lub korekty programu i planów.

Prezes Zarządu bierze czynny udział w pracach Zespołu ds. Jakości i podejmuje decyzje odnośnie obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa.

5. Określenie kryteriów i metod niezbędnych do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Stanowią tworzone zgodnie z prawem rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych, jednostkowych danych medycznych lub danych niebędących danymi osobowymi, służący do realizacji zadań publicznych, prowadzony przez podmiot funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia.

Przykładowe kryteria oceny wewnętrznego system zarządzania jakością i bezpieczeństwem

Aspekt kliniczny	Aspekt konsumencki	Aspekt zarządczy
------------------	--------------------	------------------

<p>Ilość przedłużonych pobytów Ilość rehospitalizacji Ilość zgonów Ilość zgonów okołoperacyjnych Ilość reanimacji Ilość odmów hospitalizacji Ilość wykonanych zabiegów Rodzaj wykonanych zabiegów Ilość wykonanych znieczuleń Rodzaj wykonanych znieczuleń Zdarzenia niepożądane</p>	<p>Wynik ankiet satysfakcji pacjenta Opinie o Podmiocie zamieszczane w internecie Wpisy w „Księgach skarg i wniosków” poszczególnych oddziałów. Skargi i wnioski</p>	<p>Certyfikat jakości Struktura realizowanych świadczeń Długość hospitalizacji Stopień % wykorzystania łóżek Rodzaj wykonywanych świadczeń Ilość wykonywanych badań diagnostycznych Rodzaj wykonywanych badań diagnostycznych Średnia długość hospitalizacji Wykonanie kontraktu Przestrzeganie procedur przez personel</p>
--	--	---

6. Okresowe monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W ramach wewnętrznego systemu jakości i bezpieczeństwa, systematycznie analizuje się zdarzenia dotyczące hospitalizacji oraz funkcjonowania komórek Centrum.

Analiz dokonują działające w Centrum komitety i zespoły, dodatkowo w ramach monitorowania jakości przeprowadza się kontrole doraźne.

7. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych.

W Podmiocie funkcjonuje system zgłaszania i analiz zdarzeń niepożądanych.

Każde zgłoszone zdarzenie niepożądane jest rejestrowane przez osobę upoważnioną, a następnie analizowane przez Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych.

O każdym zgłoszeniu informowany jest Prezes Zarządu.

W ramach pracy Zespół:

- 1) porównuje wpis w karcie zgłoszenia z wpisem w dokumentacji medycznej pacjenta,
- 2) w przypadku gdy wpis nie dotyczy pacjenta, Zespół zbiera szczegółowe informacje o zdarzeniu,
- 3) przeprowadza analizę przyczyn zdarzenia,
- 4) dokonuje analizy zdarzeń zgodnie z matrycą SAC,
- 5) konstruuje wnioski i wskazuje możliwe rozwiązania, mające na celu zapobieganie zdarzeniom w przyszłości,
- 6) wydaje zalecenia.

Wyniki analiz przedstawiane są Prezesowi Zarządu oraz Zespołowi ds. Jakości.

Zespół zbiera się w razie potrzeby, jednak nie rzadziej niż 2 razy w roku.

8. Zapewnienie dostępu do szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych

Prezes Zarządu zabezpiecza personelowi dostęp do szkoleń z jakości i bezpieczeństwa pacjenta oraz innych niezbędnych do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych. Szkolenia organizowane są przez podmioty zewnętrzne oraz przez pracowników (szkolenia wewnętrzne), a prowadzone zarówno w formie stacjonarnej jak i on line.

Corocznie kierownicy komórek organizacyjnych przedkładają do osoby upoważnionej plany szkoleń, w których ujmowane są wszystkie szkolenia potrzebne personelowi danej komórki.

9. Prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w Centrum.

Centrum umożliwia zarówno pacjentom jak i ich rodzinom wyrażenie opinii na temat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizacji udzielania świadczeń oraz infrastruktury.

Ankiety satysfakcji pacjentów prowadzone są w papierowej. Analiza wyników monitorowana jest na bieżąco, raz na rok opracowuje się raport zbiorczy.

Na oddziałach znajdują się „Księgi skarg i wniosków”, w których każdy pacjent, członek rodziny lub opiekun może wyrazić anonimową lub imienną opinię na temat organizacji pracy danego oddziału oraz jakości udzielanych świadczeń. Analiza wpisów odbywa się raz na 6 miesięcy.

Dodatkowo pacjent lub osoba go reprezentująca, w chwili stwierdzenia, że jego prawa zostały w jakikolwiek sposób naruszone ma możliwość złożenia skargi lub wniosku. Skargi i wnioski w Centrum można zgłaszać do

- 1) Prezesa Zarządu.
- 2) bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych lub ordynatora/kierownika danej komórki organizacyjnej.

Skargi i wnioski rozpatrywane są bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca od daty wpływu.

Karol Antoni Rej
PREZES ZARZĄDU
~~ACARDIA Sp. z o.o.~~
ul. Szpitalna 4C, 23-204 Kraśnik
tel. 81 458 77 88
NIP: 7123397116, R: 385131962