

**Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem**  
**W**  
**NZOZ prowadzonym przez Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN**

**§1**

**Postanowienia ogólne**

1. Pod pojęciem Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem – zwanego dalej wewnętrznym systemem rozumie się system, o którym mowa w Ustawie z dnia 16 czerwca 2023r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zwanej dalej ustawą.
2. Wewnętrzny system w NZOZ prowadzonym przez Stowarzyszenia Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN stanowi ogół działań podejmowanych w jednostce w celu zapobieżenia występowaniu zdarzeń niepożądanych.
3. Zadaniem wewnętrznego systemu w szczególności jest zapewnienie:
  - 1) wdrożenia rozwiązań służących identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) identyfikacji obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 3) określenie kryteriów i metod potrzebnych do zapewnienia nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) okresowego monitorowania i oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 5) monitorowania zdarzeń niepożądanych;
  - 6) dostępu do szkoleń służących uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 7) prowadzenia badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, o której mowa w art. 20 ust 1 ustawy, przykładowa ankieta - załącznik nr 1.
4. Na dokumentację wewnętrznego systemu składają się procedury, instrukcje, zarządzenia, zakresy obowiązków, uprawnień, a także inne dokumenty wewnętrzne obowiązujące w Stowarzyszeniu Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN w zakresie następujących zagadnień:
  - Zgłaszanie i dokumentowanie zdarzeń niepożądanych powstałych w NZOZ – w dokumentacji placówki, w tym w EDM;
  - BHP i PPOŻ
  - Zabezpieczanie pomieszczeń NZOZ;
  - Udostępnianie dokumentacji medycznej i jej przechowywanie w NZOZ;
  - Zarządzanie systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych w NZOZ.

**DZIAŁY STANDARDÓW OBOWIAZUJĄCYCH W NZOZ:**

Opieka nad Pacjentem - OP  
Ciągłość Opieki - CO  
Prawa Pacjenta - PP  
Bezpieczeństwo Opieki - BO  
Leki - LI  
Poprawa Jakości - PJ  
Zarząd Kadra Jednostki - KJ  
Dokumentacja Medyczna - DM  
Środowisko Opieki - ŚO  
Zarządzanie Jednostką - ZJ.

5. Czynności kontrolne/ monitorujące, przeprowadzane w procesach wewnętrznego systemu powinny odbywać się według kryteriów:
  - 1) legalności - ocena zgodności działania z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, wewnętrznymi aktami

- prawnymi, umowami, decyzjami administracyjnymi oraz innymi rozstrzygnięciami podjętymi przez uprawnione podmioty;
- 2) gospodarności – ocena oszczędnego i wydajnego wykorzystania środków, uzyskania właściwej relacji nakładów do efektów, wykorzystania możliwości zapobieżenia lub ograniczenia wysokości zaistniałych szkód;
  - 3) celowości – ocena, czy działalność jednostki w celu spełnienia wymogów ustawy związanych z wewnętrznym systemem jest zgodna z przyjętymi celami;
  - 4) rzetelności - ocena, czy obowiązki i zobowiązania wykonywane są z należytą starannością, przestrzegane są wewnętrzne reguły jednostki, świadczenia/ działania dokumentowane są we właściwej formie.
6. Etapy postępowania kontrolnego/ monitorującego powinny obejmować:
- 1) porównanie stanu faktycznego z przyjętymi założeniami w regulaminach oraz instrukcjach i procedurach;
  - 2) ustalenie ewentualnych nieprawidłowości;
  - 3) ustalenie przyczyn ewentualnych nieprawidłowości;
  - 4) określenie i podjęcie działań zmierzających do usunięcia nieprawidłowości.
7. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jest kierownik jednostki, do którego zadań należy:
- 1) przeprowadzenie analizy przyczyn zdarzenia niepożądanego;
  - 2) zapewnienie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 3) opracowywanie dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy składających się na wewnętrzny system.

## **§ 2**

### **Postanowienia szczegółowe**

1. W celu identyfikacji ryzyka zdarzeń niepożądanych i zarządzania tym ryzykiem w jednostce prowadzi się:
  - 1) ewidencję zdarzeń niepożądanych w postaci papierowej, EDM;
  - 2) ewidencję zdarzeń niepożądanych przechowuje się w NZOZ przez okres 20 lat;
  - 3) za prowadzenie monitoringu ewidencji zdarzeń niepożądanych odpowiedzialny jest kierownik jednostki.

## **§ 3**

### **Postanowienia dot. personelu**

1. Zatrudnieni w NZOZ wykonując powierzone im obowiązki powinni kierować się zasadami zawartymi w aktach wewnętrznych normujących przestrzeganie prawa, w tym dyscypliny pracy;
2. Kadra NZOZ dba o dobry przykład przejawiający się w codziennym postępowaniu i podejmowaniu decyzji.

## **§ 4**

### **Kompetencje zawodowe**

1. Zatrudnieni w NZOZ posiadają odpowiednie wykształcenie, wiedzę i umiejętności, aby skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone im zadania i obowiązki;
2. Personel poszerza i aktualizuje wiedzę, rozwija umiejętności poprzez samokształcenie i udział w szkoleniach podnoszących kompetencje zawodowe.

## **§ 5**

### **Struktura organizacyjna**

1. Struktura organizacyjna NZOZ znajduje się w Regulaminie Organizacyjnym. Struktura organizacyjna jest dostosowywana do aktualnych celów i zadań jednostki.
2. Zakres zadań, uprawnień poszczególnych osób/ komórek określa Regulamin Organizacyjny.
3. Kierownicy jednostek/ komórek oraz osoby przez nich upoważnione są zobowiązane do aktualizacji zakresów zadań, uprawnień poszczególnych zatrudnionych.
4. Organizację i porządek w miejscu pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników ustala Regulamin pracy.

## **§ 6**

### **Delegowanie uprawnień**

#### **Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem**

---

1. Zakresy zadań powierza się w formie pisemnej, w formie ustnej lub elektronicznej.
2. Prawo do wydawania wewnętrznych aktów prawnych ma Zarząd Stowarzyszenia, kierownik jednostki lub osoby przez nich upoważnione.
3. Kierownik może powoływać upoważnionych na czas nieokreślony lub na okres niezbędny do wykonania zleconych zadań.
4. Pełnomocnictwo lub upoważnienie jest udzielane na piśmie, ze wskazaniem zadań wykonywanych przez Pełnomocnika, upoważnionego oraz terminu pełnomocnictwa lub upoważnienia.

## **§ 7**

### **Badanie opinii i doświadczeń pacjenta NZOZ**

Badanie opinii i doświadczeń pacjenta w jednostce dąży do podwyższenia jakości świadczonych w niej usług. Znając potrzeby świadczeniobiorców i dokonując oceny, czy potrzeby te zostały zaspokojone – łatwiej wskazywać kierunek rozwoju czy wdrażać plan naprawczy.

Wyniki badania satysfakcji pacjenta mogą być źródłem informacji, jak aktualnie jest oceniany poziom udzielanych przez jednostkę świadczeń, czy jest on satysfakcjonujący, czy może warto podjąć działania, które pomogą jednostce osiągnąć wyższy poziom jakości.

Przykładowa ankieta badania poziomu satysfakcji pacjenta stanowi załącznik nr.1.

### **Załącznik nr 1 - PRZYKŁADOWA ANKIETA BADANIA POZIOMU SATYSFAKCJI PACJENTA W NZOZ**

Szanowni Państwo

*W trosce o podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w NZOZ oraz w celu zapewnienia jak najlepszego zaspokojenia Państwa potrzeb, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedzi, zgodnie z Państwa odczuciami. Prosimy również o dopisanie uwag w miejscach pozostawionych specjalnie do tego celu. Udział w badaniu pozwoli Państwu mieć realny wpływ na jakość leczenia i rozwój naszej jednostki.*

*Zasady wypełniania ankiety:*

*Przy każdym pytaniu określony jest poziom świadczeń w skali 1-4:*

*1-źle, 2-zadowolający, 3- dobry, 4-bardzo dobry*

*\* Wskazuje wymagane pytanie*

#### **1. DANE PACJENTA, WIEK \***

Wybierz

Płeć:\* kobieta/ mężczyzna

Wybierz

Wykształcenie:\* podstawowe/ średnie/ wyższe/ inne – jakie .....

#### **2. MIEJSCE KORZYSTANIA Z USŁUG MEDYCZNYCH:\***

NZOZ – Oddział / Ośrodek dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych

NZOZ – wpisać komórki .....

#### **3. OCENA REJESTRACJI**

Jak Pan(i) ocenia uprzejmość osób rejestrujących?

źle

1

2

3

4

bardzo dobrze

*Jak Pan(i) ocenia dostępność rejestracji?\**

źle

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Jak Pan(i) ocenia jakość otrzymanych informacji?*

źle

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Czy rejestracja odbyła się z poszanowaniem ochrony danych osobowych?\**

źle

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

**PROSZĘ PODAĆ UWAGI:**

*Twoja odpowiedź .....*

#### **4. OCENA PERSONELU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO**

*Jak Pan(i) ocenia jakość udzielonych usług?*

źle

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i kulturę osobistą personelu?*

źle

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Czy wizyta/sesja przebiegła z poszanowaniem intymności?*

źle

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*PROSZĘ PODAĆ UWAGI:*

*Twoja odpowiedź .....*

**5. OCENA PERSONELU LEKARSKIEGO**

*Jak Pan(i) ocenia jakość udzielonych usług?*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i kulturę osobistą personelu lekarskiego?*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Jak Pan (i) ocenia czas poświęcony przez lekarzy?*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Czy wizyta przebiegła z poszanowaniem intymności?*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*PROSZĘ PODAĆ UWAGI:*

*Twoja odpowiedź .....*

**6. OCENA PERSONELU TECHNICZNEGO/ ORGANIZACYJNEGO**

*Jak Pan(i) ocenia jakość udzielonych usług?*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i kulturę osobistą personelu?*

\*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*PROSZĘ PODAĆ UWAGI:*

*Twoja odpowiedź .....*

### **7. OCENA PERSONELU ADMINISTRACYJNEGO**

*Jak Pan(i) ocenia jakość udzielonych usług?*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i kulturę osobistą personelu administracyjnego?*

*źle*

1

2

3

4

*bardzo dobrze*

*PROSZĘ PODAĆ UWAGI:*

*Twoja odpowiedź .....*

### **9. OCENA ESTETYKI W NZOZ\***

*źle*

*zadowolająco*

*dobrze*

*bardzo dobrze*

*Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety i poświęcony czas.*

## **System Zarządzania Jakością**

### **MISJA NZOZ**

Misją NZOZ jest najlepsze i najpełniejsze umożliwienie Pacjentom realizacji prawa do ochrony zdrowia. Udzielamy świadczeń medycznych w zakresie stacjonarnej, ambulatoryjnej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej. Świadczenia te wykonujemy na możliwie najwyższym poziomie jakości w zakresie dostępnych środków finansowych, zgodnie z zasadami sztuki medycznej przez profesjonalny personel.

### **POLITYKA JAKOŚCI**

CELE STOJĄCE PRZED NASZĄ PLACÓWKĄ TO:

1. Rozwój i poprawa jakości oferowanych usług medycznych;
2. Poprawa organizacyjnych i technicznych warunków udzielania świadczeń;
3. Dążenie do satysfakcji leczonych pacjentów;
4. Ciągła poprawa organizacji pracy;
5. Ciągłe doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością.

### **REALIZACJA TYCH CELÓW NASTĘPUJE POPRZEZ**

1. Utrzymywanie kontaktu z pacjentami monitorując poziom satysfakcji ze świadczonych usług, aby utrzymywać wysoką jakość świadczonych usług przy równoczesnym dbaniu o środowisko naturalne i społeczne;
2. Zatrudnianie personelu o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych;
3. Dbałość o dobre warunki pobytu pacjenta w NZOZ oraz przyjazną atmosferę na każdym etapie usług;
4. Udzielanie informacji o postępach leczenia;
5. Korzystanie z usług sprawdzonych dostawców;
6. Propagowanie promocji zdrowia poprzez udział w programach/ działaniach profilaktycznych;
7. Nawiązywanie współpracy ze specjalistami z różnych dziedzin;
8. Pozyskiwanie środków na rozwój ze źródeł zewnętrznych;
9. Promowanie działań NZOZ wśród społeczności lokalnej poprzez działania informacyjne;
10. Dbanie o prowadzenie poprawnej komunikacji z personelem i pacjentem –  
Prawidłowa komunikacja jest niezwykle ważna w kontaktach całego personelu medycznego z pacjentem oraz między sobą. Istotne jest również otoczenie, w którym odbywa się komunikacja – pomieszczenie oraz dbałość o zachowanie poufności, utrzymanie uwagi i skupienie pacjenta;  
(Materiał rekomendowany – Poradnik Dobrej Komunikacji opracowany przez RPO)
11. Dbanie o bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych – zgodnie z obowiązującą Polityką Bezpieczeństwa Danych.

Warszawa, dnia 30.06.2024

Bożena Bereda – Przewodnicząca ZG