



**SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH
ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO
WARSZAWA - OCHOTA**

KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

WYDANIE II

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością
ds. Zarządzania Jakością
SZPZLO Warszawa-Ochota

Aneta Skruszeniec

Aneta Skruszeniec

Dyrektor SZPZLO Warszawa-Ochota

DYREKTOR
Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa - Ochota

Krzysztof Marcin Zakrzewski
Krzysztof Marcin Zakrzewski

Warszawa, kwiecień 2016 r.

Kopiowanie, rozpowszechnianie i udostępnianie treści dokumentu tylko za zgodą Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością



Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania

KJ

SPIS TREŚCI

Wydanie:

II


Data :

12.04.16


Strona:

1 z 2

Numer rozdziału	Tytuł rozdziału
KJ	Wprowadzenie i zatwierdzenie Księgi
KJ-1	Deklaracja Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania
KJ-2	Prezentacja SZPZLO Warszawa – Ochota
KJ-3	Definicje i terminologia
KJ-4	Zintegrowany System Zarządzania 1.1. Postanowienia ogólne i zakres obowiązywania 1.2. Wymagania dotyczące dokumentacji 1.2.1. Postanowienia ogólne 1.2.2. Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania 1.2.3. Struktura Księgi Zintegrowanego Systemu Zarządzania 1.2.4. Aktualizacja, zmiany i identyfikacja 1.2.5. Udostępnianie Księgi Zintegrowanego Systemu Zarządzania użytkownikom 1.3. Nadzór nad dokumentami 1.4. Nadzór nad zapisami
KJ-5	Odpowiedzialność kierownictwa 1. Zaangażowanie kierownictwa 2. Orientacja na klienta/pacjenta 3. Polityka Zintegrowanego Systemu Zarządzania 4. Planowanie 4.1. Cele dotyczące Zintegrowanego Systemu Zarządzania 4.2. Planowanie dotyczące Zintegrowanego Systemu Zarządzania 4.3. Wymagania prawne i inne oraz ocena zgodności 4.4. Zarządzanie ryzykiem zawodowym 4.5. Aspekty środowiskowe 4.6. Cele, zadania i programy środowiskowe oraz w zakresie BHP 5. Odpowiedzialność uprawnienia i komunikacja 5.1. Odpowiedzialność i uprawnienia 5.2. Przedstawiciel kierownictwa 5.3. Komunikacja wewnętrzna i współudział pracowników 5.4. Komunikacja zewnętrzna 6. Przegląd Zintegrowanego Systemu Zarządzania 6.1. Postanowienia ogólne 6.2. Dane wejściowe do przeglądu 6.3. Dane wyjściowe z przeglądu
KJ-6	Zarządzanie zasobami 1. Zapewnienie zasobów 2. Zasoby ludzkie 3. Infrastruktura 4. Środowisko pracy
KJ-7	Realizacja usługi 1. Planowanie realizacji usługi 2. Określenie wymagań dotyczących usługi 2.1. Przegląd wymagań dotyczących usługi 2.2. Komunikacja z klientem/pacjentem 3. Proces zakupów 3.1. Informacje dotyczące zakupów 3.2. Weryfikacja zakupionego wyrobu 4. Realizacja i dostarczanie usługi 4.1. Nadzorowanie procesu realizacji i dostarczania usługi

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ	
	SPIS TREŚCI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 2

Numer rozdziału	Tytuł rozdziału
	4.2. Walidacja procesów dostarczania usługi 4.3. Identyfikacja i identyfikowalność 4.4. Własność klienta 4.5. Zabezpieczanie usługi 5. Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów 6. Sterowanie operacyjne 7. Gotowość i reagowanie na wypadki przy pracy i poważne awarie
KJ-8	Pomiary, analiza i doskonalenie 1. Postanowienia ogólne 2. Monitorowanie i pomiary 2.1. Zadowolenie klienta 2.2. Audit wewnętrzny 2.3. Monitorowanie i pomiary procesów 2.4. Monitorowanie i pomiary usługi 2.5. Monitorowanie parametrów środowiska oraz bezpieczeństwa i higieny pracy 3. Nadzór nad niezgodnościami 4. Analiza danych 5. Doskonalenie 5.1. Ciągłe doskonalenie 5.2. Działania korygujące 5.3. Działania zapobiegawcze
KJ-9	Wymagania standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej
Załączniki:	
<ul style="list-style-type: none"> Nr 1 – Sekwencja i powiązanie procesów w Zintegrowanym Systemie Zarządzania Nr 2 – Zestawienie odpowiedzialności i uczestnictwa w procesach Zintegrowanego Systemu Zarządzania Nr 3 – Wykaz dokumentów Zintegrowanego Systemu Zarządzania 	

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ	
	WPROWADZENIE I ZATWIERDZENIE KSIĘGI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 1

Niniejsza Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania jest dokumentem przedstawiającym opis ustanowionego, wdrożonego i utrzymywanego w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota zintegrowanego systemu zarządzania jakością, środowiskiem oraz bezpieczeństwem i higieną pracy odniesionego do wymagań norm: PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, OHSAS 18001:2007, a także do wymagań standardów akredytacyjnych Programu Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Dokument ten ma służyć jako podręcznik zintegrowanego systemu zarządzania jakością. Stanowi ona materiał źródłowy dla procedur i instrukcji oraz innych dokumentów, w których są określone działania, metodologie oraz warunki do zarządzania jakością.

Celem Księgi jest:

- udokumentowanie funkcjonującego w naszym Zespole zintegrowanego systemu zarządzania,
- udokumentowanie dostosowania dotychczasowej praktyki do wymogów standardów akredytacyjnych dla POZ,
- dostarczenie pracownikom kompleksowej informacji o zasadach funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania oraz Programu Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- informowanie Pacjentów i Klientów instytucjonalnych, instytucji certyfikujących oraz innych partnerów naszego Zespołu o sposobach zapewniania wysokiej jakości świadczonych usług w celu uzyskania zadowolenia Pacjentów.

**Niniejsza Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania obowiązuje
w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota.**

**Niniejszą Księgę (wydanie II) zatwierdzam i polecam do stosowania przez wszystkich pracowników
SZPZLO Warszawa – Ochota.**

Warszawa, dnia:

19.04.2016 r.

DYREKTOR
Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa – Ochota
.....Krzysztof Marcin Zakrzewski.....

DEKLARACJA POLITYKI ZINTEGROWANEGO
SYSTEMU ZARZĄDZANIA

Wydanie:	II
Data :	12.04.16
Strona:	1 z 1

MISJA: „Zdrowie pacjenta jest dla nas najważniejszą wartością”

**Polityka Zintegrowanego Systemu Zarządzania
Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa – Ochota**

SZPZLO Warszawa – Ochota udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów w każdym przedziale wiekowym w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, medycyny pracy, usług stomatologicznych, opieki psychiatrycznej i terapii psychologicznej, leczenia uzależnień, rehabilitacji i fizykoterapii leczniczej, diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej.

Nadrzędnym celem naszej polityki jest zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki zdrowotnej dostosowanej do ich potrzeb i oczekiwań poprzez świadczenie usług medycznych przez wysoko kwalifikowany personel w sposób gwarantujący wysoką jakość, profesjonalizm, bezpieczeństwo oraz dbałość o środowisko pracy i środowisko naturalne przy optymalnym wykorzystaniu środków, którymi dysponujemy.

Przyjętą politykę realizujemy, w szczególności poprzez:

- przestrzeganie praw pacjenta oraz stosowanie zasady szacunku wobec pacjentów i poszanowania ich godności, jako stałego elementu naszych działań,
- zatrudnianie kompetentnej i podnoszącej swoje kwalifikacje zawodowe kadry pracowniczej,
- rozszerzanie oferty usług medycznych,
- modernizację, rozbudowę i unowocześnienie infrastruktury medycznej i technicznej,
- systematyczną kontrolę stanu infrastruktury, nadzór nad sprzętem medycznym i wyposażeniem zapewniający bezpieczeństwo zarówno pacjentom jak i pracownikom,
- profesjonalną organizację pracy opartą na standardach kontroli zarządczej zapewniającą, właściwe zarządzanie Zespołem na każdym poziomie jego funkcjonowania oraz realizację zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy,
- dążenie do stałej poprawy bezpieczeństwa i higieny na wszystkich stanowiskach pracy poprzez eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i minimalizowanie ryzyka zawodowego, ochronę zdrowia pracowników, monitorowanie czynników szkodliwych, wypadków przy pracy, chorób zawodowych, zdarzeń potencjalnie wypadkowych, bieżącą kontrolę warunków i środowiska pracy,
- podejmowanie działań związanych z kontrolą i zapobieganiem powstawaniu negatywnego wpływu na środowisko poprzez odpowiednią gospodarkę odpadami, racjonalne gospodarowanie używanymi materiałami, wyrobami medycznymi, produktami leczniczymi, wodą, energią elektryczną i ciepłą,
- inspirowanie pracowników do poszerzania wiedzy oraz wspieranie wszelkich inicjatyw w zakresie poprawy jakości, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska,
- komunikowanie stronom zainteresowanym naszych wymagań dotyczących bezpieczeństwa i środowiska,
- przestrzeganie mających zastosowanie w naszej działalności przepisów prawa, regulacji i innych wymagań, które dotyczą bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zidentyfikowanych w Zespole aspektów środowiskowych,
- ciągłe doskonalenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania w obszarze jakości, środowiska i bezpieczeństwa przy utrzymaniu efektywności ekonomicznej Zespołu.


Dyrekcja deklaruje zapewnienie odpowiednich zasobów oraz pełne zaangażowanie w utrzymanie i doskonalenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania w oparciu o aktualne normy: ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 oraz standardy akredytacyjne dla podstawowej opieki zdrowotnej.

Wszyscy pracownicy Zespołu, każdy w zakresie swojego stanowiska pracy, są odpowiedzialni za realizację niniejszej Polityki oraz zobowiązani do wykazywania inicjatywy w zakresie doskonalenia procesów i usług.

Dyrektor

Warszawa, 9 czerwca 2014 r.

DYREKTOR
Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa – Ochota
Krzysztof Marcin Zakrzewski

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-2	
	PREZENTACJA SZPZLO WARSZAWA – OCHOTA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 2

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiotem, który utworzył Zakład jest m. st. Warszawa. Nadzór nad działalnością Zakładu w zakresie uregulowanym ustawą sprawuje Prezydent m. st. Warszawy. Zakład działa na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota z siedzibą przy ul. Szczęśliwickiej 36 w Warszawie to placówka z prawie 50 letnią tradycją. Obejmuje opieką medyczną ponad 60 tysięcy pacjentów. Zespół posiada ponad 40 poradni specjalistycznych i pracowni diagnostycznych. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia pacjentów w każdym przedziale wiekowym w zakresie:

- podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- usług stomatologicznych,
- opieki psychiatrycznej i terapii psychologicznej,
- leczenia uzależnień,
- rehabilitacji i fizykoterapii leczniczej,
- diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej.


Wiodącym celem naszej polityki jest zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki zdrowotnej dostosowanej do ich potrzeb i oczekiwań poprzez świadczenie usług medycznych przez wysoko kwalifikowany personel w sposób gwarantujący wysoką jakość, profesjonalizm, bezpieczeństwo oraz dbałość o środowisko pracy i środowisko naturalne przy optymalnym wykorzystaniu środków, którymi dysponujemy.

Prowadzone są działania edukacyjne i szkoleniowe z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Od kilku lat realizowane są programy profilaktyczne i zdrowotne dla pacjentów, finansowane ze środków m. st. Warszawy i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Realizując cele wyznaczone przez politykę zintegrowanego systemu zarządzania dążymy do zmiany wizerunku Zespołu. Wdrożony został Program Akredytacji POZ. Przychodnie są remontowane i modernizowane, znoszone są bariery dla osób niepełnosprawnych, trwa proces poszerzania i unowocześniania zaplecza diagnostycznego. Nadzór nad sprzętem medycznym i wyposażeniem oraz systematyczna kontrola infrastruktury poprawiają bezpieczeństwo pacjentów i pracowników. Uruchamiane są kolejne poradnie specjalistyczne, personel stale podnosi swoje kwalifikacje biorąc udział w różnych szkoleniach. Baza diagnostyczna jest ciągle poszerzana i wyposażana w nowoczesną aparaturę medyczną spełniającą normy jakości.


Obiektywnym dowodem potwierdzającym skuteczność naszych działań w dążeniu do poprawy jakości są nasze certyfikaty i nagrody:

- Certyfikat ISO 9001:2008 (CSQ i IQNET)
- Certyfikat ISO 14001:2004 (CSQ i IQNET)
- Certyfikat ISO 18001:2007 (CSQ i IQNET)
- Certyfikat Akredytacyjny 2014
- EuroCertyfikat 2007 w kategorii „Certyfikat Wiarygodności Firmy”
- II miejsce w konkursie Perły Medycyny 2010
- II miejsce w konkursie Perły Medycyny 2011
- I nagroda w konkursie Perły Medycyny 2012
- I nagroda w konkursie Perły Medycyny 2015
- Ogólny Certyfikat „Rzetelni w Ochronie Zdrowia” i certyfikat „Rzetelny Menadżer” dla Dyrektora Naczelnego Krzysztofa Marcina Zakrzewskiego, przyznane w roku 2013
- I nagroda w konkursie Mazowiecka Firma Roku 2013 w kategorii „Projekt”
- Lider Polskiego Lecznictwa - nagroda specjalna przyznana decyzją Rady Programowej Ogólnopolskiego Programu Umacniania Wiarygodności Sylwetki i Marki Polskiej gospodarki otrzymana w czerwcu 2015

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-2	
	PREZENTACJA SZPZLO WARSZAWA – OCHOTA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 2

- Gepardy Biznesu 2015
- Firma Dobrze Widziana 2015

SZPZLO Warszawa – Ochota jest sprawnie i kompetentnie zarządzany. Dysponuje nowoczesną technologią, wykwalifikowanym personelem, stosuje nowoczesne metody co pozwala zaoferować szereg usług wysokiej jakości. Dzięki dotychczasowym modernizacjom Zespół ma szansę rozwijać się i umacniać swoją pozycję na rynku przy wciąż rosnącej konkurencji.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-3	
	TERMINY I DEFINICJE		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 3

Akredytacja – formalne uwierzytelnienie, udzielenie dowodu zaufania przez instytucję akredytującą, iż jednostka akredytowana świadczy usługi na poziomie określonym wymaganiami standardów akredytacyjnych.

Akredytacja w ochronie zdrowia – zewnętrzny system oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne (opublikowane) standardy, ukierunkowany na działania związane z poprawą jakości i bezpieczeństwem opieki nad pacjentem. Akredytacji udziela Minister Zdrowia, a jej potwierdzeniem jest certyfikat akredytacyjny.

Audit – systematyczna, niezależna i udokumentowana ocena przeprowadzana dla porównania osiągniętych wyników z zaplanowanymi. Jest stosowany jako narzędzie dla oceny skuteczności zarządzania oraz dla oceny stopnia zgodności z deklarowanymi lub wymaganymi standardami.

Cel dotyczący jakości – przedmiot starań lub zamierzeń w odniesieniu do jakości.

Ciągłe doskonalenie – powtarzające się działanie mające na celu zwiększenie zdolności do spełnienia wymagań.

Dokument – informacja i jej nośnik.

Doskonalenie jakości – część zarządzania jakością ukierunkowana na zwiększenie zdolności do spełnienia wymagań dotyczących jakości.

Dostawca – organizacja lub osoba, która dostarcza wyrób.

Działania korygujące – działanie w celu wyeliminowania przyczyny wykrytej niezgodności lub innej sytuacji niepożądaney.

Działania zapobiegawcze – działanie w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnej niezgodności lub innej potencjalnej sytuacji niepożądaney.

Efektywność – relacja między osiągniętymi wynikami a wykorzystanymi zasobami.

Identyfikowalność – zdolność do prześledzenia historii, zastosowania lub lokalizacji tego co jest przedmiotem rozpatrywania.

Informacja – znaczące dane.

Infrastruktura – system urządzeń, wyposażenia i obsługi niezbędny do działania organizacji.


Jakość – stopień, w jakim zbiór koherentnych (samyh w sobie) właściwości spełnia wymagania.

Klient – organizacja i osoba, która otrzymuje wyrób.

Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania – dokument, w którym określono zintegrowany system zarządzania funkcjonujący w organizacji.

Najwyższe kierownictwo – osoba lub grupa osób, które na najwyższym szczeblu kierują organizacją i ją nadzorują.

Niezgodność – niespełnienie wymagania.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-3	
	TERMINY I DEFINICJE		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 3

Organizacja – grupa ludzi i infrastruktura, z przypisaniem odpowiedzialności, uprawnień i powiązań.

Polityka zintegrowanego systemu zarządzania – ogół zamierzeń i ukierunkowanie organizacji dotyczące jakości, środowiska, bezpieczeństwa i higieny pracy formalnie wyrażone przez najwyższe kierownictwo.

POZ – podstawowa opieka zdrowotna.

Program Akredytacji POZ (PAPOZ) – zestaw standardów akredytacyjnych opracowany przy współpracy Kolegium Lekarzy Rodzinnych wykorzystywany do zewnętrznej oceny jakości w podstawowej opiece zdrowotnej.

Procedura – ustalony sposób przeprowadzenia działania lub procesu.

Proces – zbiór działań wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących, które stan wejściowy przekształcają w stan wyjściowy.

Przegląd – działanie podejmowane w celu określenia przydatności, adekwatności i skuteczności przedmiotu rozważań do osiągnięcia ustalonych celów.

Skuteczność – stopień w jakim planowane działania są zrealizowane i planowane wyniki osiągnięte.

Specyfikacja – dokument, w którym podano wymagania.

Standard akredytacyjny – określone, maksymalne wymagania stawiane jednostkom opieki zdrowotnej.

Struktura organizacyjna – przypisanie odpowiedzialności, uprawnień i powiązań między ludźmi.

System – zbiór wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących elementów.

System zarządzania – system do ustanawiania polityki i celów oraz osiągania tych celów.

Zintegrowany system zarządzania (ZSZ) – to udokumentowany i spójny system zarządzania spełniający wymagania co najmniej dwóch norm.

Wada – niespełnienie wymagania odnoszące się do zamierzonego lub wyspecyfikowanego użytkowania.

Walidacja – potwierdzenie, poprzez przedstawienie obiektywnego dowodu, że zostały spełnione wymagania dotyczące konkretnego, zamierzonego użycia lub zastosowania.


Weryfikacja – potwierdzenie poprzez przedstawienie obiektywnego dowodu, że zostały spełnione wyspecyfikowane wymagania.

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

Wyposażenie pomiarowe – przyrząd pomiarowy, oprogramowanie, wzorzec jednostki miary, materiał odniesienia lub aparatura pomocnicza lub ich kombinacja, niezbędne do przeprowadzenia procesu pomiarowego.

Wyrób/usługa – wynik procesu.

Zadowolenie klienta (pacjenta) – percepcja klienta (pacjenta) dotycząca stopnia w jakim jego wymagania zostały spełnione.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-3	
	TERMINY I DEFINICJE		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	3 z 3

Zapis – dokument, w którym przedstawiono uzyskane wyniki lub dowody przeprowadzonych działań.

Zarządzanie – skoordynowane działania dotyczące kierowania organizacją i jej nadzorowania.

Zespół – należy przez to rozumieć Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota.

Zgodność – spełnienie wymagania.

Aspekt środowiskowy – element działań organizacji, jej wyrobów lub usług, który może oddziaływać ze środowiskiem.

Znaczący aspekt środowiskowy – element działań organizacji, który ma lub może mieć znaczący (pozytywny lub destrukcyjny) wpływ na środowisko.

Wpływ na środowisko – każda zmiana w środowisku, zarówno niekorzystną, jak i korzystną, która w całości lub częściowo jest spowodowana działaniami organizacji, jej wyrobami lub usługami.


Ocena ryzyka zawodowego – proces analizowania ryzyka zawodowego i wyznaczania dopuszczalności ryzyka.

Identyfikacja zagrożenia – proces rozpoznawania tego, czy zagrożenie istnieje oraz definiowania jego charakterystyk.

Zagrożenie – stan środowiska pracy mogący spowodować wypadek lub chorobę.

Zagrożenie znaczące – zagrożenie mogące spowodować poważne i nieodwracalne uszkodzenia zdrowia lub śmierć, występujące w szczególności podczas wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych lub w sytuacjach poważnych awarii.

Ryzyko zawodowe – prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń związanych z wykonywaną pracą powodujących straty, w szczególności wystąpienia u pracowników niekorzystnych skutków zdrowotnych w wyniku zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub sposobie wykonywania pracy.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-4	
	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 5

1. Opis systemu zintegrowanego systemu zarządzania

1.1. Postanowienia ogólne i zakres obowiązywania

W Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota jest ustanowiony, udokumentowany, wdrożony i utrzymywany zintegrowany system zarządzania jakością, środowiskiem oraz bezpieczeństwem i higieną pracy, zgodny z wymaganiami norm PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, OHSAS 18001:2007 a także z wymaganiami standardów akredytacyjnych Programu Akredytacji POZ. Skuteczność systemu zarządzania jest ciągle doskonała.

Wymagania zintegrowanego systemu zarządzania wg w/w norm obowiązują w całym zakresie działalności organizacji. System ten obejmuje usługi medyczne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, stomatologii, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, medycyny pracy, promocji zdrowia, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. System swoim zakresem obejmuje następujące lokalizacje:

- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna przy ul. Szczęśliwickiej 36,
- Filia Przychodni Rejonowo – Specjalistycznej przy ul. Szczęśliwickiej 36 z siedzibą przy ul. Kaliskiej 24,
- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna i Centrum Zdrowia Psychicznego przy ul. Skarżyńskiego 1,
- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna przy ul. Sanockiej 6,
- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna przy ul. Sosnkowskiego 18,
- Przychodnia Rejonowa przy ul. Wojciechowskiego 58,
- Filia Przychodni Rejonowej przy ul. Wojciechowskiego 58 z siedzibą przy ul. Kadłubka 18,
- Centrum Medyczne Raszyn, z siedzibą w Raszynie przy ul. Pruszkowskiej 52,
- Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii przy ul. 1 Maja 13.


Wymagania Programu PAPOZ wg standardów akredytacyjnych obowiązują w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dostępne są w niżej wymienionych jednostkach organizacyjnych Zespołu:

- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna przy ul. Szczęśliwickiej 36,
- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna przy ul. Skarżyńskiego 1 (poradnia tylko dla dorosłych),
- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna przy ul. Sanockiej 6,
- Przychodnia Rejonowo – Specjalistyczna przy ul. Sosnkowskiego 18,
- Przychodnia Rejonowa przy ul. Wojciechowskiego 58,
- Filia Przychodni Rejonowej przy ul. Wojciechowskiego 58 z siedzibą przy ul. Kadłubka 18 (poradnia tylko dla dorosłych),
- Centrum Medyczne Raszyn, z siedzibą w Raszynie przy ul. Pruszkowskiej 52.

Z systemu zarządzania jakością wyłączono pkt. 7.3 normy PN-EN ISO 9001:2009 – „Projektowanie i rozwój” z uwagi na fakt, że Zespół ze względu na charakter działalności nie projektuje usług medycznych. Wszelkie działania realizowane są w oparciu o zatwierdzone wytyczne lub standardy postępowania klinicznego, pielęgniarstwa, diagnostycznego jak również w oparciu o wytyczne płatnika tj. NFZ. Wyłączenie procesu projektowania usługi nie wpływa na zdolność organizacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób spełniający wymagania Pacjenta.

W Zespole zidentyfikowano następujące kategorie procesów:

1. Procesy zarządcze (zarządzanie działaniami):
 - przegląd zarządzania,
 - planowanie: strategii, celów zadań i programów, zasobów materiałowych i finansowych,
 - komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna,
 - określenie odpowiedzialności i uprawnień,
 - nadzór nad dokumentami i zapisami.


	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-4	
	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 5

2. Procesy zasadnicze –dostarczanie (realizacja) usług medycznych:
 - usługi medyczne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
 - usługi medyczne specjalistyczne,
 - usługi medyczne w zakresie medycyny pracy,
 - usługi medyczne z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej,
 - inne usługi medyczne.
3. Procesy związane z zarządzaniem zasobami:
 - zarządzanie personelem,
 - zarządzanie infrastrukturą techniczną,
 - nadzorowanie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz środowiska,
 - zakupy.
4. Procesy pomiarowe:
 - monitorowanie procesów i usług (nadzorowanie wyposażenia pomiarowego, nadzorowanie usługi niezgodnej, ocena zgodności),
 - działania korygujące i zapobiegawcze,
 - pomiar satysfakcji pacjenta,
 - audyty wewnętrzne,
 - analiza danych,
 - ciągłe doskonalenie.

Schemat sekwencji procesów i ich wzajemnych powiązań oraz zestawienie odpowiedzialności i uczestnictwa w procesach ZSZ wraz z dokumentami opisującymi te procesy przedstawiają odpowiednio załączniki nr 1 i nr 2 do niniejszej Księgi.

W organizacji:

- ustanowiono udokumentowane procedury, plany przebiegu procesów, instrukcje i inną dokumentację wymaganą postanowieniami norm PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, OHSAS 18001:2007, standardami akredytacyjnymi, przepisami prawa; wykaz dokumentów zintegrowanego systemu zarządzania jakością, środowiskowego oraz BHP przedstawiono w załączniku nr 3 niniejszej Księgi,
- określono kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skuteczności przebiegu i nadzorowania procesów i zawarto je w procedurach, planach przebiegu procesów oraz w dokumentach z nimi związanych i odpowiednio powołanych,
- dla prac i działań związanych ze znaczącymi zagrożeniami lub mogących wywierać znaczący wpływ na środowisko określono metody sterowania operacyjnego tymi działaniami oraz kryteria operacyjne;
- zapewniono dostępność zasobów i informacji niezbędnych do wspomagania przebiegu i monitorowania tych procesów wg ustaleń niniejszego rozdziału pkt. 1.2 oraz ustaleń rozdziałów KJ-5 do KJ-9 niniejszej Księgi,
- zapewniono współudział pracowników w planowaniu i realizacji wszelkich działań mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo, higienę, ergonomię pracy,
- procesy są monitorowane, wykonuje się pomiary ustalonych parametrów procesów, parametrów środowiskowych oraz oceny stanu BHP, przeprowadza się analizy wyników procesów (wg ustaleń rozdziału KJ-8 niniejszej Księgi); dane uzyskane z analiz wykorzystywane są do poprawy jakości świadczonych usług, stanu BHP, zmniejszania wpływów środowiskowych i doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania,
- wdrażane są niezbędne działania w celu osiągnięcia zaplanowanych wyników i w celu ciągłego doskonalenia tych procesów, jak opisano w rozdziale KJ-5, KJ-8 i KJ-9 Księgi,
- w przypadku zlecenia na zewnątrz organizacji realizacji procesów, zapewniono stworzenie właściwego nadzoru nad zlecanymi procesami poprzez ustalanie i stawianie odpowiednich wymagań dostawcom oraz monitorowanie i kontrolę ich realizacji, co przedstawiono w rozdz. KJ-7, pkt. 2, 3 i 6.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-4	
	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	3 z 5

Zarządzanie zidentyfikowanymi procesami jest realizowane w sposób opisany w dalszych postanowieniach niniejszej Księgi.

Udokumentowane procedury zintegrowanego systemu zarządzania stanowią odrębne dokumenty poza niniejszą Księgą i są przywołane w odpowiednich rozdziałach Księgi oraz zestawione w załączniku nr 3 do Księgi.

1.2. Wymagania dotyczące dokumentacji

1.2.1. Postanowienia ogólne

Dokumentacja zintegrowanego systemu zarządzania SZPZLO Warszawa – Ochota jest dostosowana do charakteru działalności, złożoności i powiązań procesów, kompetencji personelu i obejmuje:

1. Deklarację polityki zintegrowanego systemu zarządzania
2. Cele jakości, cele, zadania i programy środowiskowe i BHP
3. Księgę Zintegrowanego Systemu Zarządzania
4. Procedury i plany przebiegu procesów:
 - wymagane postanowieniami norm PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, OHSAS 18001:2007
 - wymagane standardami akredytacyjnymi Programu Akredytacji POZ
 - pozostałe określone przez organizację jako potrzebne do zapewnienia skutecznego planowania przebiegu i nadzorowania jej procesów
5. Księgi procedur i standardów
6. Instrukcje
7. Wzory formularzy zapisów

Dokumenty są stosowane zarówno w formie nośników papierowych jak i elektronicznych. Niezależnie od typu nośnika obowiązują zasady nadzorowania określone w procedurze P-423-01.

1.2.2. Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania


Księgę Zintegrowanego Systemu Zarządzania, którą stanowi niniejszy dokument opracowuje Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością a zatwierdza Dyrektor Naczelny SZPZLO Warszawa – Ochota. Dokument jest nadzorowany przez Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością zgodnie z postanowieniami pkt 1.3 niniejszego rozdziału.

Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania zawiera:

- deklarację Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- zakres zintegrowanego systemu zarządzania łącznie ze wskazaniem i uzasadnieniem wyłączonego punktu 7.3 normy PN-EN ISO 9001:2009,
- charakterystykę procesów stosowanych w organizacji i ich wzajemnych powiązań,
- opis elementów zintegrowanego systemu zarządzania,
- przywołuje udokumentowane procedury zintegrowanego systemu zarządzania.

1.2.3. Struktura Księgi Zintegrowanego Systemu Zarządzania

Księga składa się z rozdziałów oraz załączników wyszczególnionych w spisie treści. Rozdziały od KJ-4 do KJ-8 odnoszą się do systemu zarządzania jakością, środowiskowego i BHP. Rozdział KJ-9 odnosi się do wymogów standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej. W załącznikach przedstawiono mapę zidentyfikowanych procesów i ich wzajemnych powiązań, odpowiedzialność i uczestnictwo w procesach, a także wykaz dokumentacji systemowej.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-4	
	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	4 z 5

Każdy rozdział oznaczony symbolem KJ posiada niezależną numerację stron, każda strona zawiera:

- tytuł, numer, datę i numer wydania rozdziału,
- nr strony rozdziału i liczbę stron rozdziału.

1.2.4. Aktualizacja, zmiany i identyfikacja

Za aktualizację i wprowadzanie zmian w Księdze, zgodnie z zapisami w procedurze P-423-01, odpowiedzialny jest Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością. Status aktualności Księgi określony jest:

- na stronie tytułowej Księgi zawierającej miesiąc, rok i nr wydania,
- w nagłówkach poszczególnych stron (data i nr wydania).

1.2.5. Udostępnianie Księgi ZSZ użytkownikom

Oryginał Księgi przechowuje i udostępnia Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością. Księgę udostępnia się do wglądu poprzez sporządzenie kopii i zamieszczenie jej na stronie internetowej Zespołu. Nadzorowane kopie wydaje wyłącznie Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością zgodnie z procedurą P-423-01. Pozostali użytkownicy z wyłączeniem jednostki certyfikującej udostępniają Księgę innym użytkownikom tylko do wglądu.

1.3. Nadzór nad dokumentami

Działania związane z nadzorowaniem dokumentacji, w szczególności dotyczące wprowadzania nowego dokumentu i/lub zmian w dokumencie, rozpowszechniania, wdrażania i aktualizacji określono w procedurze P-423-01 oraz w Polityce bezpieczeństwa informacji.

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością sprawuje nadzór nad dokumentami systemowymi, osoby odpowiedzialne za dany obszar, proces lub działanie nadzorują dokumenty systemowe oraz inne uznane za ważne dla organizacji, które są związane z merytoryczną działalnością w podległych im obszarach.

Wykaz nadzorowanych dokumentów oraz wykaz zmian w dokumentach systemowych prowadzi Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością zgodnie z procedurą P-423-01.

1.4. Nadzór nad zapisami


Zasady sporządzania i nadzorowania zapisów umożliwiających zidentyfikowanie wykonanych czynności w ramach realizacji procesów wymaganych w zintegrowanym systemie zarządzania i Programie Akredytacji POZ zostały określone w procedurze P-423-02.

Zapisy sporządzane są w komórkach organizacyjnych zgodnie z udokumentowanymi procedurami, planami przebiegu procesów, instrukcjami, z zachowaniem ich wymaganej formy, sposobu identyfikacji oraz czasu archiwizowania co zostało określone w procedurze P-424-01 „Nadzór nad zapisami”.

Prowadzone zapisy są źródłem informacji o nadzorowanych procesach oraz umożliwiają ocenę ich wyników a także są podstawą do identyfikowania obszarów potencjalnych niezgodności i podejmowania działań doskonalących procesy i skuteczność zintegrowanego systemu zarządzania.

Szczególną formą zapisów jest dokumentacja medyczna indywidualna i zbiorcza. Organizacja określiła zakres informacji i wzory dokumentacji medycznej. Zasady prowadzenia i nadzorowania dokumentacji określa procedura P-424-02 „Nadzór nad dokumentacją medyczną”.

Wpisy w dokumentacji medycznej, prowadzone przez uprawnionych pracowników wskazanych w przywołanej wyżej procedurze, umożliwiają zidentyfikowanie czynności wykonanych w ramach realizacji procesu opieki nad pacjentem. Zapewniona jest poufność informacji dotyczących Pacjenta.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-4	
	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	5 z 5


Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona przed utratą, zagubieniem, sfalszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej i informacji medycznej określa instrukcja I-424-02-01.

Obowiązującą formą zapisów są zarówno wydruki na papierze, jak i zapisy na nośnikach elektronicznych. W przypadku stosowania nośników elektronicznych ustalone są kody dostępu i odpowiednie systemy zabezpieczeń przed utratą danych zgodnie z dokumentami ustanowionej Polityki bezpieczeństwa informacji i Instrukcji zarządzania systemami informatycznymi.

Wykaz stosowanych formularzy ZSZ i wykaz zapisów określonych w dokumentach systemowych prowadzi Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością.

Dokumenty związane:

- Procedura „Nadzór nad dokumentami” P-423-01
- Procedura “Nadzór nad zapisami” P-424-01
- Procedura “Nadzór nad dokumentacją medyczną” P-424-02

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-5	
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 6

1. Zaangażowanie kierownictwa

Najwyższe kierownictwo SZPZLO Warszawa – Ochota przejęło pełną odpowiedzialność za rozwój i ciągłe doskonalenie ustanowionego i wdrożonego zintegrowanego systemu zarządzania.

Dowodem zaangażowania kierownictwa jest:

- określenie misji i ustanowienie polityki ZSZ oraz zakomunikowanie jej pracownikom,
- określenie strategii, celów, zadań i programów,
- powołanie pełnomocnika ds. zarządzania jakością,
- przeprowadzanie regularnych dorocznych przeglądów systemu,
- autoryzacja planów doskonalenia systemu jakości, zarządzania środowiskiem, bezpieczeństwem i higieną pracy,
- prowadzenie analiz dotyczących działalności organizacji,
- zapewnienie niezbędnych zasobów dla realizowanych zadań,
- popularyzacja przekonania, że działania podejmowane na rzecz poprawy jakości, bezpieczeństwa i higieny pracy, dbałości o środowisko mają istotny wpływ na poziom świadczonych usług.

2. Orientacja na Klienta/Pacjenta

Najwyższe kierownictwo zapewnia, że polityka SZPZLO Warszawa – Ochota ukierunkowana jest na spełnienie wymagań pacjentów będących głównymi klientami organizacji a także pozostałych podmiotów współpracujących. Proces identyfikowania potrzeb i oczekiwań klientów/pacjentów mający na celu zwiększenie ich zadowolenia z poziomu otrzymywanych usług opisano w pkt. 2 rozdziału KJ-7 niniejszej Księgi.

Przyjęty w organizacji system zachowań odzwierciedla poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjenta. Poziom satysfakcji pacjenta jest regularnie badany metodą ankietyzacji co opisano w procedurze PP-821-01.

3. Polityka Zintegrowanego Systemu Zarządzania

Najwyższe kierownictwo SZPZLO Warszawa – Ochota zapewnia, że przyjęta Polityka ZSZ:

- jest odpowiednia w odniesieniu do ogólnych celów organizacji,
- zawiera zobowiązanie do spełnienia wymagań pacjentów i przepisów prawnych oraz do nieustannego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania,
- tworzy ramy do ustanowienia i przeglądu celów, zadań dotyczących jakości, środowiska, BHP i planów ich realizacji,
- jest zakomunikowana, realizowana oraz rozpowszechniona w całej organizacji,
- jest przeglądana pod kątem aktualności i ciągłej przydatności co najmniej podczas przeglądów prowadzonych przez najwyższe kierownictwo.

4. Planowanie

Proces planowania obejmuje definiowanie celów organizacji, w tym celów dotyczących jakości, środowiska i BHP, określenie ogólnej strategii ich osiągania oraz operacyjnych planów działalności dla jednostek/komórek organizacyjnych Zespołu.

4.1. Cele dotyczące Zintegrowanego Systemu Zarządzania

Cele dotyczące zintegrowanego systemu zarządzania są ustalane dla odpowiednich funkcji i poziomów zarządzania SZPZLO. Cele te są mierzalne i spójne z Polityką ZSZ, a ich integralną część stanowią cele szczegółowe, niezbędne do spełniania wymagań jakościowych dotyczących realizowanych usług.



Główne cele ZSZ na dany rok są ustalane i zatwierdzane przez Dyrektora po dokonaniu przeglądu zarządzania zgodnie z procedurą PP-56-01. Rozwinięciem tych celów jest Plan doskonalenia usługi, procesu, systemu zarządzania (F-851-01-01). Ponadto cele dokumentowane są:

- w specyfikacjach usług, umowach zawartych z NFZ i innymi stronami, zamówieniach na dostawy i umowach z dostawcami,
- w dokumentach systemowych dotyczących działalności organizacji a przytoczonych w załączniku nr 3 do niniejszej Księgi.

4.2. Planowanie dotyczące zintegrowanego systemu zarządzania

W celu spełnienia wymagań norm przywołanych w niniejszej Księdze, a także wymagań standardu akredytacyjnego PJ 1.1 w szczególności dotyczących ciągłej poprawy jakości udzielanych świadczeń oraz osiągnięcia celów dotyczących jakości, Dyrekcja planuje procesy systemu zarządzania, dokonuje przeglądu, wprowadza zmiany i ocenia rezultaty. Działanie to odbywa się w obszarach, które w szczególności dotyczą:

- zawartości, kompletności i jakości dokumentacji medycznej,
- działalności organizacyjnej,
- poprawy dostępności do oferowanych usług,
- poprawy opinii pacjentów.

Wszelkie zmiany odnoszące się do planowania jakości są przeprowadzane w sposób nadzorowany oraz zapewniający integralność systemu.

4.3. Wymagania prawne i inne oraz ocena zgodności

Za bieżącą identyfikację przepisów prawnych i innych w zakresie działalności podstawowej, BHP i ochrony środowiska odpowiadają: Zastępcy Dyrektora: ds. Lecznictwa, ds. Pielęgniarstwa, ds. Administracyjnych, Specjalista ds. BHP, Specjalista ds. Epidemiologii – każdy w zakresie nadzorowanych przez siebie procesów. Informacje o zmianach w przepisach prawnych i innych są przekazywane do Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością.

Wykaz przepisów prawnych i innych dotyczący działalności podstawowej, BHP i ochrony środowiska znajdujący się u Pełnomocnika jest udostępniany zainteresowanym pracownikom. Wymagania „inne” są przede wszystkim wymaganiami zawartymi w decyzjach oraz tych normach, których przestrzeganie jest wymagane przepisem prawnym.

Zmiany w przepisach prawa analizuje się w aspekcie ich wpływu na działalność Zespołu oraz świadczone usługi i, w razie potrzeby, podejmuje działania dla:


- poinformowania personelu o zmianach (spotkania, narady, szkolenia),
- zaplanowania sposobu wdrożenia zmian prawnych w środowisku firmy,
- dokonania stosownych zmian w celach szczegółowych BHP i środowiskowych (Plan doskonalenia) lub innej dokumentacji zintegrowanego systemu zarządzania.

Co najmniej raz w roku Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością, na podstawie informacji otrzymanych osób odpowiedzialnych za dany obszar/proces, dokonuje całościowego przeglądu aktualności zidentyfikowanych przepisów prawnych w zakresie działalności podstawowej, bhp i środowiska oraz oceny zgodności działalności SZPZLO z wymaganiami.

Obowiązujące przepisy prawne w zakresie ochrony środowiska oraz wynikające z tych przepisów obowiązki są określone w arkuszach „Wykaz przepisów prawnych i innych oraz ocena zgodności” w zakresie środowiskowym (F-PP-64-01-02) i BHP (F-PP-64-01-01).

4.4. Zarządzanie ryzykiem zawodowym

Komisja powołana przez Dyrektora dokonała przeglądu stanowisk w Zespole, identyfikując wszelkie zagrożenia wewnętrzne i zewnętrzne, na które mogą być narażeni pracownicy przy realizowaniu zadań,

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-5	
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	3 z 6

użytkowaniu urządzeń i narzędzi, kontaktu z substancjami niebezpiecznymi i szkodliwymi oraz innych czynnościach. Określone też zostały środki zapobiegawcze ograniczające ryzyko na poszczególnych stanowiskach pracy. Wyniki identyfikacji zapisane zostały w Kartach oceny ryzyka zawodowego, sporządzonych dla każdego stanowiska pracy lub grupy stanowisk.

Na podstawie powyższych danych oceniono ryzyko zawodowe na stanowiskach pracy. Szczegółowy opis metody i trybu postępowania przy ocenie ryzyka zawodowego zawiera procedura P-64-02 „Zarządzanie ryzykiem zawodowym”.

Z oceną ryzyka zawodowego został zapoznany Dyrektor a następnie pracownicy za pośrednictwem bezpośrednich przełożonych.

Wyniki oceny służą do zdefiniowania celów ogólnych i szczegółowych w zakresie BHP.

4.5. Aspekty środowiskowe

W organizacji ustanowiono i wdrożono udokumentowaną procedurę identyfikowania aspektów środowiskowych związanych z realizowanymi procesami, usługami oraz wszystkimi działaniami, jakie są prowadzone.

Komisja, powołana przez Dyrektora, co najmniej raz w roku określa aspekty, które mają lub mogą mieć znaczący wpływ na środowisko, szacuje znaczenie tego wpływu i możliwość nadzorowania. Wynikiem tego procesu jest analiza (F-P-64-03-01) i Wykaz znaczących aspektów środowiskowych (F-P-64-03-02), który stanowi podstawę do

- ustalenia celów i zadań środowiskowych, a następnie do opracowania i realizacji celów i programu środowiskowego,
- sterowania operacyjnego działaniami, które mogą mieć znaczący wpływ na środowisko.

Tryb postępowania przy identyfikowaniu i aktualizacji aspektów środowiskowych i ocenianiu ich wpływu na środowisko reguluje procedura P-64-03 „Identyfikacja i ocena aspektów środowiskowych.

Dyrektor SZPZLO Warszawa – Ochota podjął decyzję o niekomunikowaniu do otoczenia informacji o znaczących aspektach środowiskowych.

4.6. Cele, zadania i programy środowiskowe oraz w zakresie BHP

Cele ogólne dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy są określane po identyfikacji zagrożeń i ocenie ryzyka zawodowego oraz na podstawie przeglądu stanu BHP w organizacji i przepisów prawnych i innych.


W pierwszej kolejności odpowiednie cele są ustalane w odniesieniu do stanowisk i prac związanych ze znaczącymi zagrożeniami z uwzględnieniem znaczących aspektów środowiskowych, wymagań prawnych i innych i oczekiwań stron zainteresowanych.

Propozycje celów środowiskowych i BHP są przygotowywane przez Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością we współpracy z kadrą zarządzającą Zespołem, Specjalistą ds. BHP, Specjalistą ds. Epidemiologii oraz przedstawicielem pracowników. Tam, gdzie jest to możliwe, cele są określone w sposób mierzalny.

Program realizacji celów środowiskowych i celów w zakresie BHP jest określony w jednym spójnym „Planie doskonalenia”, opracowanym dla całej organizacji. Dla każdego celu określone są zadania, osoby odpowiedzialne za ich wykonanie i terminy realizacji. Plan doskonalenia jest przedstawiany do weryfikacji i zatwierdzenia Dyrektorowi, który zapewnia środki do jego realizacji.

Zatwierdzone programy są realizowane pod nadzorem Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, który co najmniej raz w roku przekazuje Pełnomocnikowi ds. Zarządzania Jakością informacje o stopniu ich realizacji.

Realizacja i skuteczność programów środowiskowych i BHP jest analizowana i oceniana w trakcie przeglądu zarządzania i podejmowane są decyzje w celu doskonalenia.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-5	
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	4 z 6

5. Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja

5.1. Odpowiedzialność i uprawnienia

Strukturę organizacyjną SZPZLO Warszawa – Ochota, zakresy zadań i odpowiedzialności oraz wzajemne powiązania funkcjonalne jednostek i komórek określa Regulamin organizacyjny.

Wymagane kompetencje pracowników realizujących poszczególne procesy określono w planie przebiegu procesu PP-62-01 „Zarządzanie personelem – zasoby ludzkie i szkolenia”. Zakresy obowiązków, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników zostały określone i zakomunikowane w indywidualnych zakresach czynności oraz:

- w dokumentach zintegrowanego systemu zarządzania,
- w mapie powiązań procesów przedstawionej w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszej Księgi,
- w Polityce bezpieczeństwa informacji.

5.2. Przedstawiciel Kierownictwa

Dyrektor SZPZLO Warszawa – Ochota wyznaczył swego przedstawiciela na stanowisko Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością. Uprawnienia i odpowiedzialność pełnomocnika określone zostały w Regulaminie organizacyjnym i w szczególności dotyczą:

- sprawowania nadzoru nad zintegrowanym systemem zarządzania i programem PAPOZ,
- zarządzania audytami wewnętrznymi i przedstawiania potrzeb związanych z doskonaleniem systemu,
- organizowania przeglądów zarządzania,
- współpracy ze stronami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania.

Ponadto Dyrektor powołał Komisję do spraw wdrożenia systemu zarządzania środowiskowego oraz zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota.

5.3. Komunikacja wewnętrzna i współudział pracowników

Podstawowe zasady komunikacji wewnętrznej wynikają ze schematu organizacyjnego i zostały określone w Regulaminie kontroli zarządczej. Komunikacja wewnętrzna przebiega przy użyciu różnych technik, np. zarządzenia, pisma, komunikaty, polecenia, ogłoszenia, e-maile. Ponadto organizowane są zebrania, na których przekazywane są pracownikom informacje dotyczące funkcjonowania i bieżących spraw organizacji.

Dyrekcja zapewnia współudział pracowników we wszystkich działaniach związanych z bezpieczeństwem i higieną ich pracy poprzez taką organizację pracy, która umożliwia przedstawicielom załogi udział w planowaniu i zarządzaniu BHP na każdym etapie, a przede wszystkim:


- podczas identyfikowania zagrożeń i oceny ryzyka zawodowego,
- przy planowaniu celów ogólnych i szczegółowych w zakresie BHP,
- przy analizowaniu wyników badań czynników szkodliwych oraz monitorowania BHP w Zespole,
- planowaniu działań korygujących i zapobiegawczych w zakresie BHP,
- uczestnictwo w przeglądzie zarządzania.

Komunikacja wewnętrzna w zakresie systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy jest realizowana zgodnie z procedurą P-64-05 „Komunikacja wewnętrzna i współudział pracowników”.

5.4. Komunikacja zewnętrzna

Komunikacja zewnętrzna dotyczy przede wszystkim:

- okresowych sprawozdań składanych właściwym władzom i instytucjom,
- reakcji na uwagi i interwencje, skargi stron zainteresowanych,
- uzgodnień z usługodawcą dotyczących bezpieczeństwa podczas realizacji robót,

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-5	
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	5 z 6

- kontaktów z terenowymi organami nadzoru (np. PIP, WIOŚ),
- informowania stron zainteresowanych o polityce ZSZ,
- konsultacji z odpowiednimi instytutami ochrony pracy w kwestiach niejasnych dotyczących interpretacji przepisów lub dostępnych technologii i jest prowadzona przez osoby upoważnione przez Dyrektora.

Specjalista ds. BHP jest uprawniony do komunikowania z instytucjami zajmującymi się kwestiami ochrony pracy oraz obsługi inspekcji organów kontrolnych w zakresie BHP. Pracownik Zespołu nadzorujący usługę zewnętrzną jest odpowiedzialny za poinformowanie pracowników firm świadczących usługi na terenie SZPZLO o zasadach i przepisach obowiązujących w zakresie ochrony środowiska i BHP w Zespole. Informacja taka została opracowana i zatwierdzona do stosowania przez Dyrektora.

6. Przegląd Zintegrowanego Systemu Zarządzania


6.1. Postanowienia ogólne

Przeglądy systemu zarządzania odbywają się cyklicznie, nie rzadziej niż raz w roku. W ramach przeglądu dokonywana jest ocena systemu pod względem stałej przydatności, adekwatności i skuteczności a także identyfikacja obszarów do doskonalenia. Wynikiem przeglądu jest ustalenie celów na dany rok i przyjęcie planu doskonalenia. Zapisy z przeglądu są utrzymywane. Zasady prowadzenia przeglądu systemu zarządzania określa plan przebiegu procesu PP-56-01.

6.2. Dane wejściowe do przeglądu

Dane wejściowe do przeglądu systemu zarządzania jakością obejmują informacje dotyczące:

Elementy wspólne dla wszystkich systemów		
<ul style="list-style-type: none"> • aktualność polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania • działania podjęte w wyniku wcześniejszych przeglądów • status działań korygujących i zapobiegawczych • wyniki audytów • zmiany, które mogą wpłynąć na ZSZ, w tym zmiany wymagań prawnych i innych • zalecenia i możliwości dotyczące doskonalenia • potrzeby zmian w ZSZ • cele, programy i zadania właściwe dla każdego z systemów • wyniki monitorowania i pomiarów 		
Elementy typowe dla poszczególnych części Zintegrowanego Systemu Zarządzania		
ISO 9001	ISO 14001	OHSAS 18001
<ul style="list-style-type: none"> • informacje zwrotne od pacjentów • informacje dotyczące funkcjonowania procesów oraz zgodności usług z wymaganiami 	<ul style="list-style-type: none"> • wyniki oceny zgodności z wymaganiami prawnymi i innymi • informacje dotyczące komunikacji zewnętrznej, w tym skargi • stopień realizacji celów i zadań środowiskowych • efekty działalności środowiskowej 	<ul style="list-style-type: none"> • wyniki oceny zgodności z wymaganiami prawnymi i innymi • wyniki uczestnictwa i konsultacji pracowników i stron zewnętrznych w zakresie BHP • informacje od zewnętrznych zainteresowanych stron z uwzględnieniem skarg • efekty działalności w dziedzinie BHP • stopień osiągania celów i realizacji programów w zakresie BHP • informacje dotyczące badania wypadków przy pracy, zdarzeń potencjalnie wypadkowych i chorób zawodowych

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-5	
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	6 z 6


6.3. Dane wyjściowe z przeglądu

Dane wyjściowe z przeglądu zintegrowanego systemu zarządzania obejmują decyzje i działania związane z:

- doskonaleniem skuteczności zintegrowanego systemu zarządzania i jego procesów,
- doskonaleniem realizacji usług medycznych w powiązaniu z wymaganiami klienta/pacjenta i zapewnieniem niezbędnych zasobów,
- poprawą jakości i bezpieczeństwa opieki w POZ oraz efektów działalności środowiskowej i w zakresie BHP.

Dokumenty związane:

- Polityka Zintegrowanego Systemu Zarządzania
- Plan przebiegu procesu „Przegląd Systemu Zarządzania” – PP-56-01
- Plan przebiegu procesu „Zarządzanie personelem – zasoby ludzkie i szkolenia” – PP-62-01
- Zasady postępowania dla dostawców/podwykonawców zał. do procedury „Zakupy” – P-76-01
- Plan przebiegu procesu „Badanie satysfakcji pacjenta” – PP-821-01
- Procedura „Zarządzanie ryzykiem zawodowym” - P-64-02
- Procedura „Identyfikacja i ocena aspektów środowiskowych – P-64-03
- Procedura „Komunikacja wewnętrzna i współudział pracowników” – P-64-05
- Regulamin organizacyjny
- Regulamin kontroli zarządczej
- Polityka bezpieczeństwa informacji

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-6	
	ZARZĄDZANIE ZASOBAMI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 2

Celem działań związanych z zarządzaniem zasobami jest zapewnienie i utrzymanie zasobów niezbędnych do realizacji celów i zadań w sposób gwarantujący wysoką jakość, profesjonalizm, bezpieczeństwo oraz dbałość o środowisko pracy i środowisko naturalne.

1. Zapewnienie zasobów

Zasoby wykorzystywane w procesach zintegrowanego systemu zarządzania jakością, środowiskowego i BHP, zostały określone i obejmują:

- zasoby materialne takie jak urządzenia, wyposażenie do realizacji procesów, infrastruktura,
- zasoby i mechanizmy służące do aktywizacji ciągłego doskonalenia struktury organizacyjnej, zarządzania informacją, podnoszenia kwalifikacji personelu,
- środki finansowe niezbędne dla zapewnienia zasobów,
- niezbędne przyszłe zasoby.

2. Zasoby ludzkie

Zasoby ludzkie obejmują:

- wiedzę (wiedza teoretyczna),
- umiejętności (np. umiejętność obsługi programu komputerowego),
- doświadczenie (staż pracy w zawodzie lub na stanowisku),
- postawy (np. zaangażowanie).

Kompetencje wymagane dla poszczególnych stanowisk określone są w „Wykazie stanowisk i kwalifikacji”, który podlega aktualizacji w wyniku zmian organizacyjnych lub wprowadzania nowych zadań. Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych posiadają prawo wykonywania zawodu.

Zadania pracowników, wymagane kwalifikacje, indywidualne uprawnienia i odpowiedzialność oraz współzależność poszczególnych członków zespołu określa Regulamin organizacyjny i indywidualne zakresy czynności. Ponadto odpowiedzialność i uprawnienia zostały określone w procedurach systemowych.

Pracownicy uczestniczą w szkoleniach z częstotnością i w zakresie wynikającym z potrzeb i wymagań określonych przepisami prawa oraz z ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą. Polityka szkoleń została opisana w planie przebiegu procesu PP-62-01 „Zarządzanie personelem – zasoby ludzkie i szkolenia”.

Pracownicy nowo zatrudniani podlegają adaptacji zawodowej według zasad określonych w instrukcji I-62-01. Pracownicy podlegają okresowej ocenie zgodnie Regulaminem oceny pracownika.


Zapisy dotyczące wykształcenia, szkolenia, adaptacji zawodowej i oceny pracownika oraz Wykaz stanowisk i kwalifikacji przechowywane są w Dziale Kadr i Szkoleń.

3. Infrastruktura

Infrastruktura obejmuje:

- zabudowania, przestrzeń do pracy i związane z nią instalacje,
- wyposażenie procesu (zarówno sprzęt, jak i dokumentację oraz oprogramowanie),
- usługi pomocnicze (takie jak transport, łączność lub systemy informatyczne).

Sekwencja działań, które zapewniają utrzymanie infrastruktury niezbędnej do realizacji zadań w sprawności i stanie technicznym zapewniającym bezpieczne użytkowanie oraz ograniczanie wpływów na środowisko została opisana w planie przebiegu procesu PP-63-01 „Zarządzanie infrastrukturą techniczną”.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-6	
	ZARZĄDZANIE ZASOBAMI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 2

4. Środowisko pracy

Zasady nadzorowania środowiska pracy, które zapewnią bezpieczne i higieniczne warunki na stanowiskach pracy oraz właściwe relacje ze środowiskiem naturalnym zostały określone w planie przebiegu procesu PP-64-01 „Nadzorowanie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz środowiska”.


W ramach sprawowania nadzoru środowiska pracy prowadzi się:

- szkolenia pracowników (wstępne, specjalistyczne, okresowe, instruktaż na stanowisku pracy),
- badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne),
- badanie środowiska pracy i prowadzenie rejestru wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy,
- stałe monitorowanie parametrów środowiskowych oraz procesu utrzymania odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych i zapewnienia dostępności środków ochrony,
- analizowanie okoliczności wypadków przy pracy i podejmowanie działań korygujących,
- analizowanie incydentów potencjalnie wypadkowych w celu zapobiegania zagrożeniom,
- ocenę ryzyka zawodowego i informuje się pracowników o istniejących zagrożeniach,
- okresową ocenę warunków pracy i planowanie poprawy warunków środowiska pracy,
- identyfikowanie aspektów środowiskowych związanych ze wszystkimi działaniami i usługami realizowanymi w Zespole oraz ocenę wpływów na środowisko,
- sterowanie operacyjne wszystkimi działaniami, które mogą znacząco oddziaływać na środowisko lub są związane z dużymi zagrożeniami na stanowiskach pracy.

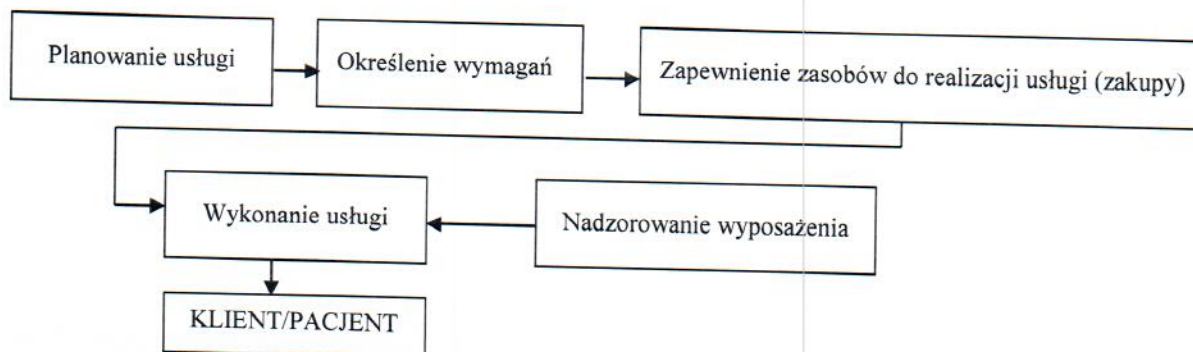
Zapisy dotyczące nadzorowania warunków pracy oraz środowiska prowadzone są przez Specjalistę ds. BHP oraz Specjalistę ds. Epidemiologii.

Dokumenty związane:

- Procedura „Zarządzanie zasobami” – P-60-01
- Plan przebiegu procesu „Zarządzanie personelem – zasoby ludzkie i szkolenia” – PP-62-01
- Instrukcja „Adaptacja zawodowa pracownika” – I-62-01
- Plan przebiegu procesu „Zarządzanie infrastrukturą techniczną” – PP-63-01
- Plan przebiegu procesu „Nadzorowanie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz środowiska – P-64-01
- Regulamin organizacyjny
- Regulamin oceny pracownika

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-7	
	REALIZACJA USŁUGI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 6

Celem procesu jest określenie rodzaju i sekwencji działań, które zapewnią, że usługa jest odpowiednio zaplanowana, realizowana zgodnie z określonymi wymaganiami i dostarczana w warunkach nadzorowanych. Sekwencję tych działań przedstawia poniższy schemat:



1. Planowanie realizacji usługi

W SZPZLO Warszawa – Ochota zidentyfikowano procesy niezbędne do realizacji działalności statutowej Zespołu. Planując realizację usługi na płaszczyźnie poszczególnych procesów wyznaczono:

- cele i kryteria pomiaru,
- zasady odpowiedzialności,
- zasoby potrzebne dla prawidłowej realizacji działań w ramach poszczególnych procesów,
- rodzaje zapisów potwierdzających realizację procesu zgodnie z wymaganiami.

Realizacja usługi odbywa się zgodnie z wytycznymi zawartymi w odpowiednich dokumentach systemowych oraz zgodnie z odpowiednimi dla zakresu prowadzonej działalności przepisami prawa a także zawartymi umowami.

Dokumenty związane z etapem planowania realizacji usługi:

- dokumenty systemowe,
- umowy,
- przepisy prawa.

2. Określenie wymagań dotyczących usługi

Wymagania dotyczące procesu dostarczania usługi są identyfikowane i obejmują:


- wymagania określone przez pacjentów/klientów SZPZLO Warszawa – Ochota,
- wymagania dotyczące usług niewyspecyfikowane przez pacjentów, ale niezbędne do wykonania usługi medycznej,
- wymagania ustawowe i przepisy dotyczące realizowanej usługi,
- wymagania własne określone przez SZPZLO Warszawa – Ochota.

Wymagania jakie powinna spełniać usługa medyczna określono w procedurach i instrukcjach.

2.1. Przegląd wymagań dotyczących usługi

Przegląd wymagań dotyczących usługi ma na celu zapewnienie, że w prawidłowy sposób zostały zrozumiane wymagania pacjenta lub klienta instytucjonalnego, a Zespół jest przygotowany do ich spełnienia. Przeglądu wymagań dotyczących usługi dokonuje się na podstawie warunków określonych w specyfikacji NFZ i w przepisach prawa.

Nadzór nad przeglądem sprawuje Dyrektor lub osoba przez niego wskazana odpowiedzialna za dany obszar działalności podstawowej. Z przeglądu utrzymywane są zapisy, zawarte umowy są rejestrowane, zmiana wymagań jest dokumentowana odpowiednim aneksem.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-7	
	REALIZACJA USŁUGI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 6

2.2. Komunikacja z klientem/pacjentem

Określone są regulacje związane z komunikacją z klientem/pacjentem dotyczące:

- informacji o usługach, np. oferty, umowy,
- zapytań handlowych, postępowania z umowami lub zleceniami,
- informacji zwrotnych od klienta (reklamacje, skargi i wnioski).

Komunikacja z klientami SZPZLO Warszawa – Ochota prowadzona jest przez osoby upoważnione, poprzez:

- bezpośredni kontakt z pacjentem podczas rejestracji,
- korespondencję bieżącą,
- umieszczanie informacji na tablicach ogłoszeń,
- prowadzenie rejestru skarg i wniosków, rejestru reklamacji,
- informację telefoniczną,
- stronę internetową,
- ankietyzację.

Dokumenty związane z etapem komunikacji:

- Plan przebiegu procesu „Współpraca z klientem/pacjentem ” - PP-72-01,
- Instrukcja „Rejestracja Pacjenta” - I-75-01,
- Procedura „Nadzór nad niezgodnościami, działania naprawcze, korygujące” - P-83-01,
- Plan przebiegu procesu „Badanie satysfakcji Pacjenta” - PP-821-01,
- Procedura „Nadzór nad zapisami” – P-424 -01,
- Regulamin przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.

3. Proces zakupów

Celem procesu jest określenie trybu postępowania i organizacji działań, które zapewnią, że zakupione wyroby mające istotny wpływ na realizację usług medycznych oraz ich ostateczną jakość, spełniają ustalone wymagania jakościowe, wymagania związane z oddziaływaniem na środowisko oraz w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Proces zakupów, niezależnie od rodzaju przebiegu wg schematu:

- planowanie i wstępny szacunek kosztów → wnioskowanie o zakup → przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego → zakup i dostawa.


W Zespole wyróżniono trzy kategorie zakupów:

- podlegające ustawie Prawo zamówień publicznych,
- niepodlegające ustawie Prawo zamówień publicznych,
- udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze konkursu.

Nadzór nad procesem zakupów sprawuje Dyrektor. Szczegółowy sposób postępowania w odniesieniu do odpowiedniej kategorii zakupów wraz ze wskazaniem osób odpowiedzialnych regulują procedury wymienione jako dokumenty związane w dalszej części niniejszego rozdziału.

3.1. Informacje dotyczące zakupów

Informacje dotyczące zakupów, a w szczególności wymagania jakościowe, niezbędne parametry dla jednoznacznego zidentyfikowania przedmiotu zakupów, terminy i miejsca dostaw, wskazanie osób odpowiedzialnych za nadzór i realizację procesu znajdują się w zapisach określonych w dokumentach przywołanych w pkt. 3.2 niniejszego rozdziału.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-7	
	REALIZACJA USŁUGI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	3 z 6

3.2. Weryfikacja zakupionego wyrobu

Weryfikacja zakupionego wyrobu odbywa się we właściwej dla przedmiotu zakupu jedn./kom. org. poprzez sprawdzenie zgodności dostawy z zamówieniem i sprawdzenie dokumentów towarzyszących dostawie. Weryfikacji dokonuje osoba upoważniona, a wyniki oceny są odnotowywane na dokumentach dostawy. W przypadku niezgodności, jeżeli zachodzi taka potrzeba, podejmowane są czynności reklamacyjne zgodnie z postanowieniami w rozdziale KJ-8.

Dokumenty związane z procesem zakupów:

- Instrukcja udzielania zamówień podlegających ustawie Prawo zamówień publicznych
- Procedura P-74-01 „Zakupy”,
- Plan przebiegu procesu PP-74-01 „Zakupy niepodlegające ustawie Prawo zamówień publicznych”,
- Plan przebiegu procesu PP-74-02 „Postępowanie konkursowe przy udzieleniu zamówienia na świadczenia zdrowotne”.

4. Realizacja i dostarczanie usługi

W Zespole realizowane są usługi medyczne z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- medycyny pracy,
- diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej,
- inne wymienione w Regulaminie organizacyjnym.

Dostarczanie usług przebiega zgodnie z przepisami prawa, ustanowionymi procedurami, instrukcjami, wytycznymi oraz wymaganiami standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej. Wykaz dokumentów dotyczących realizacji i dostarczania usługi stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Księgi.

4.1. Nadzorowanie procesu realizacji i dostarczania usługi


W ramach nadzorowania warunków realizacji i dostarczania usługi, tam gdzie ma to zastosowanie, zapewnia się dostępność:

- informacji, w której określono właściwości usługi (np. wymagania pacjenta, Narodowego Funduszu Zdrowia, ubezpieczycieli – dokumentacja pacjenta, umowy, specyfikacje),
- personelu o wymaganych kwalifikacjach,
- procedur, instrukcji i innych dokumentów niezbędnych do realizacji usługi na danym stanowisku pracy w warunkach zapewniających bezpieczeństwo pracowników,
- właściwego wyposażenia (aparatura, sprzęt, wyroby medyczne, inne środki badawcze),
- zapisów potwierdzających sprawność stosowanego wyposażenia,

4.2. Walidacja procesów realizacji i dostarczania usługi

Walidacja procesu realizacji usług medycznych polega na:

- stosowaniu uznanych metod i sprawdzonych procedur klinicznych, diagnostycznych, pielęgniarskich,
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez wykwalifikowany personel, posiadający wymagane uprawnienia,
- zatwierdzaniu wyposażenia i aparatury medycznej do stosowania (spełnienie wymagań określonych w odpowiednich przepisach prawa, posiadanie odpowiednich atestów, aktualne przeglądy techniczne, aktualne walidacje/legalizacje sprzętu pomiarowego),
- monitorowaniu, tam gdzie to jest wymagane, temperatury w miejscach przechowywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków badawczych,
- prowadzeniu zapisów, w przypadkach określonych w dokumentacji systemowej.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-7	
	REALIZACJA USŁUGI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	4 z 6

4.3. Identyfikacja i identyfikowalność

W Zespole zachowana jest pełna identyfikacja pacjenta i personelu oraz wykonanych czynności na wszystkich etapach procesu realizacji i dostarczania usługi.

Każdy pacjent od momentu pierwszej wizyty ma zakładaną dokumentację medyczną adekwatną do rodzaju realizowanej usługi. Czynności wykonywane w celu dostarczenia usługi identyfikowane są poprzez autoryzowane zapisy w odpowiedniej dokumentacji medycznej pacjenta. Dokumenty i zapisy dotyczące identyfikacji pacjenta w trakcie procesu realizacji usługi medycznej są nadzorowane zgodnie z procedurą „Nadzór nad dokumentacją medyczną” oraz „Nadzór nad zapisami”.

Personel SZPZLO Warszawa – Ochota posiada i nosi identyfikatory. Identyfikacja obejmuje również sprzęt (w tym sprzęt kontrolno-pomiarowy) i aparaturę medyczną, która jest odpowiednio oznakowana zgodnie z procedurą „Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów”.

Identyfikowalność jest zapewniona poprzez:

- ustanowienie zasad pisemnego załatwiania spraw,
- unikatową numerację prowadzonych spraw (zgodnie z Instrukcją sporządzania, obiegu i kontroli dokumentów),
- przestrzeganie zasady autoryzowania każdego zapisu (dokumentu) istotnego dla organizacji i/lub dotyczącego załatwionych spraw przez osoby do tego upoważnione.

Odtworzenie historii przebiegu realizacji usługi polega na analizie zapisów w dokumentacji medycznej, które pozwalają ustalić:

- czas i miejsce przyjęcia pacjenta oraz dane identyfikacyjne pacjenta i pracowników biorących udział w procesie opieki,
- zakres opieki,
- dane charakteryzujące użyte materiały i wyposażenie stosowane przy realizacji usługi.

4.4. Własność klienta

SZPZLO Warszawa – Ochota sprawuje pieczę nad własnością klienta w czasie, gdy znajduje się w zasobach Zespołu, pod jego ochroną lub jest przez Zespół wykorzystywana.

Dokumenty i dane stanowiące własność klienta włączone do realizacji usług, są odpowiednio identyfikowane, weryfikowane, chronione i zabezpieczane.

Dane osobowe klientów przetwarzane w procesie realizacji usługi podlegają nadzorowi i zabezpieczeniu na zasadach określonych w Polityce bezpieczeństwa informacji.

W przypadku nieumyślnego zniszczenia lub zagubienia dokumentu pracownicy informują o tym fakcie zainteresowanego oraz sporządzają zapis.


Zabezpieczeniu i ochronie podlegają:

- dane osobowe pacjentów,
- dokumentacja medyczna,
- rzeczy osobiste pacjentów pozostawione w szatni,
- materiał biologiczny.

4.5. Zabezpieczanie usługi

Wszystkie dokumenty i dane oraz przedmioty materialne (np. produkty lecznicze, wyroby medyczne) towarzyszące procesom realizacji usługi są zabezpieczane poprzez:

- właściwą identyfikację,
- przechowywanie w miejscach do tego przeznaczonych,
- ochronę przed uszkodzeniem zniszczeniem bądź utratą oraz dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi uregulowaniami.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-7	
	REALIZACJA USŁUGI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	5 z 6

Do zakupionych i przechowywanych w jedn./kom. org. towarów stosuje się następujące zasady:

- zapewnia się do nich łatwy dostęp upoważnionego personelu,
- zapewnia się pełną identyfikację towaru i możliwość bezpiecznego i szybkiego pobrania,
- prowadzi się okresowe przeglądy posiadanego towaru celem weryfikacji przydatności do użycia.

5. Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów

Ustalone zasady nadzorowania wyposażenia do monitorowania i pomiarów w szczególności dotyczą:

- użytkowania i kontroli wyposażenia,
- sprawdzania, wzorcowania, legalizacji itp. wyposażenia kontrolno-pomiarowego, określenia statusu wyposażenia,
- weryfikacji wiarygodności i kompletności konfiguracji oprogramowania komputerowego,
- postępowania w przypadku zastosowania wyposażenia niezgodnego z wymaganiami,
- prowadzenia zapisów dokumentujących proces nadzorowania wyposażenia do monitorowania i pomiarów.

Dokumenty związane:

- Procedura P-76-01 „Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów”
- Plan przebiegu procesu PP-76-01 „Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów”

6. Sterowanie operacyjne

Sterowanie operacyjne jest wdrożone dla realizowania i nadzorowania prac mogących znacząco oddziaływać na środowisko tak, aby przebiegały one w warunkach nadzorowanych i wpływ na środowisko był ograniczany. Realizacja prac związanych ze znaczącymi zagrożeniami, wymienionych w Wykazie prac szczególnie niebezpiecznych jest nadzorowana w sposób zaplanowany w udokumentowanych procedurach. Szczegółowy tryb postępowania uregulowano przede wszystkim w:

- Księdze procedur i standardów higienicznych KP 4,
- Księdze procedur i standardów Pracowni Rentgenodiagnostyki i Ultrasonografii KP 7,
- Planie przebiegu procesu „Zarządzanie infrastrukturą techniczną” PP-63-01,
- Planie przebiegu procesu „Nadzorowanie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz środowiska” PP-64-01,
- Procedurze „Nadzór nad produktami leczniczymi” P-75-0,1
- Zasadach postępowania dla dostawców/podwykonawców – zał. Nr 1 do procedury „Zakupy” P-74-01,
- Instrukcjach bezpieczeństwa pożarowego (w każdej przychodni).


7. Gotowość i reagowanie na wypadki przy pracy i poważne awarie

W Zespole zostały opracowane i wdrożone plany/procedury i/lub instrukcje dla wszystkich zidentyfikowanych potencjalnych sytuacji awaryjnych i wypadkowych, które mogą mieć wpływ na środowisko lub bezpieczeństwo pracy.

Opracowania te zapewniają:

- podejmowanie odpowiednich kroków minimalizujących ryzyko ich wystąpienia,
- zmniejszenie wpływu zaistniałych awarii i wypadków w Zespole na środowisko oraz życie i zdrowie pracowników,
- prowadzenie odpowiednich działań korygujących lub zapobiegawczych.


Plany awaryjne określają rodzaj i skutki awarii, działania, które muszą zostać podjęte w przypadku awarii, organy i służby oraz osoby z personelu zarządzającego, które muszą być powiadomione w przypadku awarii. Plany awaryjne określają personel odpowiedzialny za zarządzanie w sytuacji awaryjnej, sposoby komunikacji i sygnalizacji, miejsca zbiórek i inne niezbędne informacje.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-7	
	REALIZACJA USŁUGI		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	6 z 6

Podstawowymi procedurami zawierającymi sposoby zapobiegania wypadkom przy pracy i awariom środowiskowym są:

- Instrukcje bezpieczeństwa pożarowego,
- Księga procedur postępowania w sytuacjach kryzysowych KP 10,
- Księga procedur postępowania w stanach zagrożenia życia KP 1,
- Księga procedur i standardów higienicznych KP 4 (zwłaszcza procedury związane z ekspozycją zawodową),
- Procedura „Badanie wypadków przy pracy, chorób zawodowych oraz zdarzeń potencjalnie wypadkowych” P-64-04.

Plany awaryjne są okresowo sprawdzane za pomocą ćwiczeń i symulacji z udziałem służb ratownictwa (Straż pożarna) i innymi podmiotami. Wnioski z ćwiczeń są wykorzystywane do doskonalenia planów oraz podnoszenia wiedzy i świadomości pracowników poprzez szkolenia. Dokumentacja przeprowadzonych ćwiczeń i symulacji przechowywana jest u inspektora ds. ppoż. i/lub inspektora OC.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-8	
	POMIARY, ANALIZA I DOSKONALENIE		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 4

Celem procesu jest określenie działań, które potwierdzą, że zrealizowana usługa odpowiada ustalonym wymaganiom, zintegrowany system zarządzania jest zgodny z normami i przyjętymi standardami, a także ciągle doskonalony.

Wejściem do procesu są wyniki monitorowania realizowanych usługi i procesów, informacje zwrotne od klienta (jego zadowolenie) oraz wyniki monitorowania parametrów środowiskowych i efektów działalności BHP. Wyjściem natomiast są informacje dla kierownictwa o tym jak system funkcjonuje. Doskonaleniem systemu są działania naprawcze, korygujące i zapobiegawcze oraz wyznaczanie przez kierownictwo kolejnych celów.

1. Postanowienia ogólne

W SZPZLO Warszawa – Ochota określono i wdrożono odpowiednie działania, które zapewniają zbieranie informacji i ich analizę pod kątem:

- potwierdzenia zgodności oferowanej usługi z wymaganiami,
- zapewnienia, że system zarządzania jest zgodny (z normami odniesienia, wymaganiami prawnymi i innymi, standardami akredytacji, wymogami klienta),
- ciągłego doskonalenia systemu (jego skuteczności – stopnia spełnienia postawionych celów).

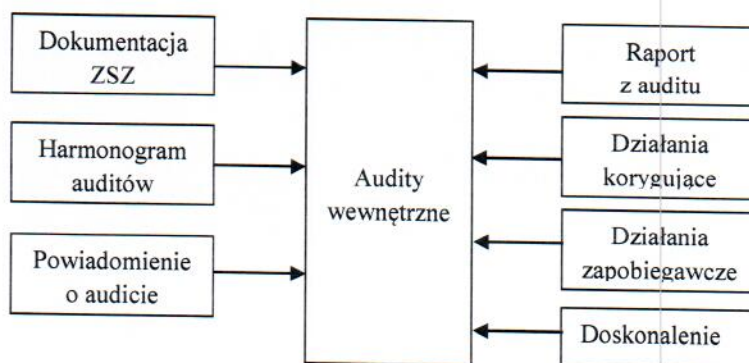
2. Monitorowanie i pomiary

2.1. Zadowolenie klienta


Zadowolenie klienta (pacjenta) to informacja zwrotna od pacjenta dotycząca usług świadczonych w Zespole. Stopień zadowolenia jest mierzony i analizowany. Na podstawie wyników analizy podejmowane są odpowiednie działania naprawcze, korygujące i/lub zapobiegawcze. Do pomiaru zadowolenia pacjenta wykorzystuje się metodę ankietyzacji, ocenę poziomu reklamacji oraz skarg i wniosków zgłaszanych przez pacjenta. Przeprowadzane analizy są dokumentowane i przedstawiane podczas przeglądów systemu zarządzania.

2.2. Audit wewnętrzny

Celem audytów wewnętrznych jest dostarczenie obiektywnych dowodów zgodności poszczególnych procesów w zintegrowanym systemie zarządzania z wymogami norm, przepisów prawa, własnych procedur, itp. Charakterystyka procesu:



Zasady prowadzenia auditów określa procedura P-822-01. Nadzór nad procesem sprawuje Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-8	
	POMIARY, ANALIZA I DOSKONALENIE		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 4

2.3. Monitorowanie i pomiary procesów

Celem monitorowania jest ocena zdolności procesów do osiągania zaplanowanych wyników. Do monitorowania i pomiarów (tam gdzie ma to zastosowanie) wykorzystuje się ustalone dla każdego procesu wskaźniki skuteczności, a także wyniki audytów wewnętrznych. Na podstawie danych z procesu podejmowane są działania korygujące, jeżeli nie osiągnięto założonego celu. Zapisy z monitorowania i pomiarów procesów są prowadzone, a wyniki są omawiane podczas przeglądu systemu zarządzania jakością.

2.4. Monitorowanie i pomiary usługi

Monitorowanie usługi polega na przestrzeganiu wytycznych i procedur postępowania klinicznego, ustalonych standardów pielęgniarskich i diagnostycznych. Udzielane świadczenia zdrowotne są dokumentowane na każdym etapie realizacji poprzez dokonywanie wpisów do odpowiedniej dokumentacji medycznej. Wykaz procedur dotyczących realizacji usługi medycznej przedstawia załącznik nr 3 do niniejszej Księgi.

2.5. Monitorowanie parametrów środowiska oraz bezpieczeństwa i higieny pracy

Dla zapewnienia regularnego kontrolowania i wykonywania pomiarów parametrów procesów i działań mających wpływ na środowisko oraz bezpieczeństwo i higienę pracy, w planie procesu „Nadzorowanie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz środowiska” przyporządkowano odpowiedzialności za systematyczne monitorowanie i wyznaczono kryteria.

Monitorowanie dotyczy przede wszystkim:

- nadzoru nad realizacją Polityki ZSZ (w odniesieniu do środowiska i BHP) oraz wynikających z niej celów ogólnych i szczegółowych,
- oceny zgodności funkcjonowania Zespołu z wymaganiami prawnymi i innymi,
- planowania i przeprowadzania monitorowania procesów i działań mających znaczący wpływ na środowisko, stan BHP i ppoż.,
- rejestrowania i analizowania czynników mających wpływ na BHP i ppoż.,
- wdrażanie działań korygujących w przypadkach, gdy wyniki monitorowania są niezgodne z kryteriami operacyjnymi.

3. Nadzór nad niezgodnościami


Celem procesu jest zapewnienie, że wyrób niezgodny z wymaganiami został zidentyfikowany i był nadzorowany tak, aby zapobiec jego niezamierzonemu użyciu lub dostawie (dostarczeniu do klienta).

Niezgodnością może być wadliwy sprzęt, wyroby medyczne, źle wykonane lub źle funkcjonujące inne usługi (dostawy, usługi pralnicze), wadliwe oprogramowanie lub inny wytwór intelektualny, błędne dokumenty, reklamacje, skargi pacjentów.

Niezgodności mogą być także związane z zarządzaniem środowiskowym i BHP.

Sposób postępowania dotyczący identyfikowania, dokumentowania i podejmowania działań w przypadku wystąpienia niezgodności został określony w procedurze P-83-01 „Nadzór nad niezgodnościami, działania naprawcze i korygujące”. Zapisy dokumentujące charakter niezgodności i dalsze działania są prowadzone.

Szczególnym rodzajem niezgodności są wypadki przy pracy i choroby zawodowe. Procedura P-64-04 „Badanie wypadków przy pracy, chorób zawodowych oraz incydentów potencjalnie wypadkowych” reguluje tryb postępowania z taką niezgodnością.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-8	
	POMIARY, ANALIZA I DOSKONALENIE		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	3 z 4

4. Analiza danych

Celem procesu jest zapewnienie, że istotne dla funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania dane są określone, zbierane i analizowane. Dane te są wykorzystane do wykazania przydatności i skuteczności systemu oraz są podstawą do jego doskonalenia.

W Zespole w sposób zaplanowany i usystematyzowany zbierane są dane dostarczające informacji dotyczących w szczególności:

- satysfakcji pacjentów i pracowników,
- zgodności z wymaganiami dotyczącymi usługi,
- właściwości i trendów procesów i wyrobów, łącznie z możliwościami prowadzenia działań zapobiegawczych,
- dostawców,
- działalności medycznej i organizacyjnej,
- efektów działalności środowiskowej i BHP w organizacji.

Wyniki analiz są dokumentowane i przedstawiane w formie raportów podczas przeglądu systemu zarządzania. Stanowią dane wejściowe do:

- ewentualnych działań korygujących i zapobiegawczych,
- budowy planów doskonalenia, zmian w planach opieki i pielęgnacji, planowaniu zmian dostaw,
- identyfikacji obszarów wymagających poprawy i do doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania.

5. Doskonalenie

5.1. Ciągłe doskonalenie

Skuteczność utrzymywanego zintegrowanego systemu zarządzania jest ciągle doskonalona. Proces ten jest realizowany poprzez wykorzystanie:

- polityki zintegrowanego systemu zarządzania i celów dotyczących jakości, środowiskowych oraz związanych z doskonaleniem stanu BHP,
- wyników audytów,
- analizy danych,
- działań korygujących i zapobiegawczych,
- przeglądów zarządzania i wyznaczanie kolejnych celów.

5.2. Działania korygujące


Działania korygujące podejmowane są w przypadku stwierdzenia niezgodności w celu usunięcia przyczyny wykrytej niezgodności lub innej sytuacji niepożądaney. Działania te są odpowiednio dostosowane do skutków, jakie powodują lub mogą powodować stwierdzone niezgodności. Tryb podejmowania działań korygujących określa ustanowiona i wdrożona procedura P-83-01 „Nadzór nad niezgodnościami, działania naprawcze i korygujące”. Podjęte działania są dokumentowane poprzez odpowiednie zapisy.

5.3. Działania zapobiegawcze

Działania zapobiegawcze to działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnej niezgodności lub innej potencjalnej sytuacji niepożądaney.

Działania zapobiegawcze odnoszą się do potencjalnych niezgodności lub sytuacji niepożądanych, które mogą dotyczyć:

- dokumentacji systemowej,
- niestabilności procesów realizowanych w Zespole,


	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-8	
	POMIARY, ANALIZA I DOSKONALENIE		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	4 z 4

- ponadto gdy zauważone zostanie niewykorzystanie możliwości poprawy jakości usług lub skuteczności funkcjonowania systemu zarządzania,
- badania zdarzeń potencjalnie wypadkowych i sytuacji niebezpiecznych,
- wniosków pracowników dotyczących poprawy warunków BHP lub organizacji pracy.

Działania te podejmowane są zgodnie z ustanowioną i wdrożoną procedurą P-853-01 „Działania zapobiegawcze” oraz odpowiednio dostosowane do skutków jakie mogą powodować. Wszelkie zapisy potwierdzające podjęte działania są odnotowywane w Karcie działań zapobiegawczych. Karty podlegają rejestracji przez Pełnomocnika, który podejmuje decyzję o potrzebie podjęcia działań zapewniających, że niezgodność nie wystąpi. Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością przeprowadza przegląd wdrożonych działań i określa potrzebę zmian w dokumentacji systemowej.

Dokumenty związane:

- Plan przebiegu procesu "Badanie satysfakcji pacjenta"- PP-821-01
- Procedura „Nadzór nad niezgodnościami w realizacji świadczeń medycznych, działania naprawcze i korygujące” – P-83-02
- Plan przebiegu procesu „Przegląd systemu zarządzania jakością” – PP-56-01
- Regulamin przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków
- Procedura „Audit wewnętrzny” – P-822-01
- Plan przebiegu procesu „Ciągłe doskonalenie” – PP-851-01
- Procedura „Działania zapobiegawcze” – P-853-01
- Procedura „Nadzór nad zapisami” – P-424-01
- Procedury i instrukcje w wykazie dokumentów (zał. Nr 3 do niniejszej Księgi)
- Procedura „Badanie wypadków przy pracy, chorób zawodowych oraz incydentów potencjalnie wypadkowych” – P-64-04
- Plan procesu „Nadzorowanie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz środowiska” – PP-64-01

	Księga zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-9	
	WYMAGANIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH DLA POZ		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 7


W związku z faktem, że w SZPZLO Warszawa – Ochota został wdrożony i jest utrzymywany zintegrowany system zarządzania jakością, środowiskowy oraz BHP, a także z uwagi na podobieństwo wymagań standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej i normy EN ISO 9001:2008, program PAPOZ został włączony do zintegrowanego systemu zarządzania.

Celem działań opisanych w niniejszym rozdziale jest zapewnienie, że wdrożono standardy akredytacyjne w zakresie świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Wszechstronność Opieki

Symbol	Wymagania
WO 1	Jednostka zapewnia ciągłość opieki
WO 2	Lekarze prowadzą wizyty domowe
WO 3	Jednostka zapewnia domową opiekę pielęgniarki i położnej środowiskowej
WO 4	Pacjenci uzyskują poradę przez telefon
WO 5	Jednostka posiada i realizuje programy opieki dyspenseryjnej
WO 6	Jednostka zapewnia opiekę okołoporodową
WO 7	Jednostka zapewnia opiekę terminalną
WO 8	Jednostka prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin
WO 9	Jednostka opracowała standard zgłaszania przypadków szczególnych do instytucji zewnętrznych
WO 10	Szczepienia ochronne
WO 11	Badania profilaktyczne
WO 12	Jednostka zapewnia wydzielony czas na promocję zdrowia

1. W celu zapewnienia ciągłości opieki opracowano i wdrożono nowy wzór Księgi dziennej ewidencji przyjęć w poradniach poz, co pozwala na łatwą rejestrację skierowań wystawianych w przypadku konieczności przekazania pacjenta pod opiekę innych świadczeniodawców. Zbierane dane statystyczne są podstawą analizy jakościowej i ilościowej częstości przekazywania pacjentów, co jest dokumentowane w protokole z przeglądu systemu zarządzania jakością.
2. Lekarskie wizyty domowe są prowadzone i dokumentowane zgodnie z trybem ustalonym w instrukcji I-75-01 „Rejestracja pacjenta”. Przyczyny wezwań i odmowy odbycia wizyty domowej są dokumentowane i analizowane na co jednostka posiada dowody (rejestry wizyt domowych, sprawozdania z jednostek organizacyjnych Zespołu przekazywane do Pełnomocnika ds. Zarządzania, protokół z przeglądu systemu zarządzania).
3. W celu zapewnienia kompleksowej domowej opieki pielęgniarki i położnej środowiskowej ustanowiono i wdrożono procedurę P-75-09 „Program opieki środowiskowej”.
4. Pacjenci mają możliwość uzyskania porady telefonicznej. Porady telefoniczne są odnotowywane w dokumentacji medycznej. Kierownikom jednostek organizacyjnych przekazano odpowiedzialność za organizację procesu udzielania porad przez telefon.
5. Określono 10 grup dyspenseryjnych oraz opracowano programy opieki dyspenseryjnej. Tryb realizacji programów określa ustanowiona i wdrożona procedura P-75-12 „Opieka dyspenseryjna w wybranych schorzeniach”.
6. Opracowano program opieki okołoporodowej, który jest realizowany zgodnie z procedurą P-75-05 „Opieka okołoporodowa sprawowana nad kobietą w okresie ciąży i porodu”.


	Księga zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-9	
	WYMAGANIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH DLA POZ		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 7

7. Zostały opracowane zasady sprawowania opieki terminalnej co jest udokumentowane w procedurze P-75-03 „Ocena i skuteczne leczenie bólu przewlekłego ze szczególnym uwzględnieniem bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej”.
8. Określono listę chorób przewlekłych wymagających szczególnej edukacji pacjentów i ich rodzin oraz programy edukacyjne. Zasady realizacji i dokumentowania procesu edukacji określa procedura P-75-04 „Księga edukacji pacjentów i ich rodzin”.
9. Określono przypadki szczególne wymagające zgłaszania do instytucji zewnętrznych i ustanowiono oraz wdrożono procedurę P-75-02 „Postępowanie w przypadkach szczególnych wymagających zgłoszenia do instytucji zewnętrznych”.
10. Opracowano program szczepień ochronnych obejmujący wszystkie grupy wiekowe. Zasady realizacji programu określa procedura P-75-06 „Szczepienia ochronne”.
11. Opracowano i wdrożono plan działań profilaktycznych z uwzględnieniem wszystkich grup wiekowych co jest udokumentowane w procedurach:
 - P-75-10 – Profilaktyczna opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania,
 - P-75-11 – Program profilaktycznej opieki zdrowotnej.
12. Zarezerwowano i podano do wiadomości pacjentów czas (przynajmniej 2 godziny w miesiącu) przeznaczony wyłącznie na promocję zdrowia. Szczegóły postępowania – P-75-04.

Prawa Pacjenta

Symbol	Wymagania
PP 1	Przyjęty w jednostce system zachowań odzwierciedla poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjenta
PP 2	Pacjent uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia
PP 3	Pacjent może współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji medycznych
PP 4	Pacjent ma dostęp do własnej dokumentacji medycznej
PP 5	Jednostka stworzyła możliwości składania skarg, uwag i wniosków oraz opracowała mechanizm ich analizowania

1. Przyjęty w Zespole system zachowań odzwierciedla poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjenta czego dowodem są wyniki badań ankietowych. Konstrukcja pytań zawartych w ankiecie umożliwia pacjentom ocenę poszanowania ich praw i potrzeb. Opracowana ankieta stanowi załącznik do protokołu z przeglądu systemu zarządzania.
2. Na tablicach informacyjnych udostępniono:
 - spisane prawa pacjenta (i/lub informację o tym gdzie są dostępne),
 - informację o dostępie do własnej dokumentacji medycznej,
 - informację o trybie składania skarg i wniosków.
3. Pacjent ma dostęp do własnej dokumentacji medycznej co zostało określone w instrukcji I-424-02-01.
4. Tryb składania skarg i wniosków oraz mechanizmy ich analizowania określa ustanowiony i wdrożony Regulamin przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.

	Księga zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-9	
	WYMAGANIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH DLA POZ		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	3 z 7

Poprawa Jakości


Symbol	Wymagania
PJ 1	Jednostka systematycznie poprawia jakość oferowanych świadczeń
PJ 2	Kierownictwo odpowiada za zapewnienie wysokiej jakości świadczeń
PJ 3	Jednostka wyznaczyła osobę lub zespół realizujący program poprawy jakości
PJ 4	Personel jednostki uczestniczy w szkoleniach z zakresu jakości

Jakość oferowanych świadczeń jest systematycznie poprawiana co opisano w rozdziale KJ-5 niniejszej Księgi. Działania podejmowane przez Zespół, mające na celu poprawę jakości w podstawowej opiece zdrowotnej, to w szczególności:

1. Opracowanie i przyjęcie planu doskonalenia (procedura PP-851-01).
2. Monitorowanie efektów realizacji planu w ramach przeglądu systemu zarządzania (procedura PP-56-01).
3. Przekazanie lekarzom wytycznych rekomendowanych przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych dotyczących postępowania klinicznego w wybranych schorzeniach.
4. Prowadzenie oceny okresowej pracowników zgodnie z ustalonym regulaminem (procedura PP-62-01).
5. Okresowe dokonywanie oceny działalności Zespołu przez pracowników (badanie ankietowe prowadzone przez Dział Kadr i Szkoleń).
6. Ankietyzacja pacjentów w celu badania ich opinii na temat przestrzegania praw i funkcjonowania opieki zdrowotnej (procedura PP-821-01). Badanie satysfakcji pacjentów prowadzi Sekcja Marketingu i Promocji Zdrowia.
7. Prawidłowe prowadzenie dokumentacji opieki środowiskowej (procedura P-75-09).
8. Opracowanie i wdrożenie zasad stosowania produktów leczniczych (procedura P-75-01).
9. Przyjęcie przez kierownictwo odpowiedzialności za zapewnienie wysokiej jakości świadczeń (zapisy w rozdziale KJ-5 niniejszej Księgi).

Bezpieczeństwo Opieki

Symbol	Wymagania
BO 1	Jednostka posiada efektywny system postępowania w stanach zagrożenia życia
BO 2	Jednostka opracowała i wdrożyła procedury postępowania z produktami leczniczymi
BO 3	Produkty lecznicze są podawane wyłącznie przez uprawniony personel
BO 4	Jednostka wdrożyła zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania
BO 5	Jednostka przyjęła schemat empirycznego stosowania antybiotyków
BO 6	Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej
BO 7	Jednostka wdrożyła standardy higieniczne dotyczące: mycia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów medycznych, dostępności środków ochrony osobistej, dostępności wyrobów medycznych jednorazowego użytku, postępowania z odpadami, utrzymania warunków higieniczno-sanitarnych

	Księga zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-9	
	WYMAGANIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH DLA POZ		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	4 z 7

Wymagania standardów dotyczące bezpieczeństwa opieki zostały zrealizowane poprzez:

1. Ustanowienie i wdrożenie standardów postępowania w stanach zagrożenia życia zebranych w Księdze procedur KP 1.
2. Ustanowienie i wdrożenie procedury P-75-01 „Nadzór nad produktami leczniczymi”, w której określono:
 - produkty lecznicze, wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia,
 - zawartość torby wyjazdowej,
 - produkty lecznicze podawane w Zespole,
 - zasady monitorowania warunków przechowywania produktów leczniczych,
 - zasady kontroli produktów leczniczych (terminy ważności, ewidencja przychodu i rozchodu, postępowanie z produktami przeterminowanymi),
3. Dostarczenie na stanowiska pracy karty charakterystyk produktów leczniczych.
4. Ustanowienie i wdrożenie procedury postępowania z produktami leczniczymi wstrzymanymi lub wycofanymi (procedura P-75-08).
5. Wdrożenie procedury postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania (P-75-02).
6. Dostarczenie lekarzom publikacji pt. „Przewodnik antybiotykoterapii”, pod redakcją Danuty Dzierżanowskiej.
7. Ustanowienie i wdrożenie Księgi procedur i standardów higienicznych KP 4 określonych w standardzie BO 7.


Zespół Współpracowników

Symbol	Wymagania
ZW 1	Jednostka określiła obowiązki i uprawnienia członków zespołu i zapewnia ich współdziałanie
ZW 2	Wszystkie osoby udzielające świadczeń medycznych mają prawo wykonywania zawodu a jednostka posiada na to dowód
ZW 3	Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji personelu
ZW 4	Pracownicy odbywają regularne spotkania

1. Działania związane z wymaganiami standardów akredytacyjnych grupy ZW określają zapisy w rozdziale KJ-6 niniejszej Księgi oraz procedura PP-62-01 i instrukcja I-62-01. Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań przechowywane są w Dziale Kadr i Szkoleń.

Dokumentacja Medyczna

Symbol	Wymagania
DM 1	Jednostka określiła zawartość dokumentacji medycznej
DM 2	Dokumentacja medyczna jest łatwo dostępna dla personelu medycznego
DM 3	Dokumentacja jest zabezpieczona przed utratą, zagubieniem, zniszczeniem, sfałszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych
DM 4	Dokumentacja medyczna jest prowadzona na bieżąco
DM 5	Dokumentacja medyczna jest wypełniana czytelnie i zrozumiale
DM 6	Każdy wpis do dokumentacji jest datowany i autoryzowany

	Księga zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-9	
	WYMAGANIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH DLA POZ		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	5 z 7

Symbol	Wymagania
DM 7	Dokumentacja medyczna zawiera kluczowe informacje: dane identyfikacyjne pacjenta, informacje o uzależnieniach, wywiad rodzinny, listę istotnych problemów zdrowotnych, rozpoznań, przebyte zabiegi i hospitalizacje, czynniki ryzyka, uczulenia i nietolerancje, listę leków przewlekłe stosowanych, przeprowadzone szczepienia i stosowane surowice, miejsce w cyklu życiowym rodziny, opis warunków rodzinno-środowiskowych
DM 8	Istotne informacje medyczne znajdują się w tym samym miejscu każdej dokumentacji medycznej
DM 9	Każda porada jest udokumentowana
DM 10	Wpisy porad powinny zawierać: dane subiektywne, dane obiektywne, analizę stanu pacjenta, plan postępowania
DM 11	Zlecenie i podanie leku parenteralnego jest dokumentowane


1. Dokumentacja medyczna obowiązująca w poz spełnia wymagania standardów: DM 1, DM 4, DM 6, DM 7, DM 8, DM 9, DM 10. Katalog obowiązującej dokumentacji medycznej jest w posiadaniu Działu Administracyjno-Technicznego.
2. Zasady dokumentowania podania leku parenteralnego (standard DM 11) określone zostały w procedurze P-75-01 i Księdze procedur gabinetu diagnostyczno-zabiegowego KP 6.
3. Zasady nadzorowania dokumentacji medycznej określa procedura P-424-02 (standard DM 2, DM 3, DM 5).

Organizacja Jednostki

Symbol	Wymagania
OJ 1	Jednostka ma zdefiniowaną misję i jest ona znana pracownikom
OJ 2	Jednostka ma wyznaczone cele strategiczne
OJ 3	Jednostka posiada strategię działania
OJ 4	Jednostka określiła niezbędną strukturę
OJ 5	Strategia działania uwzględnia potrzeby populacji i jest aktualizowana
OJ 6	Strategia uwzględnia programy poprawy jakości opieki
OJ 7	Jednostka posiada aktualny schemat organizacyjny
OJ 8	Jednostka określiła głównych partnerów zewnętrznych
OJ 9	Jednostka posiada harmonogram pracy i przestrzega go
OJ 10	Terminarz wizyt jest elastyczny i funkcjonalny
OJ 11	Jednostka posiada efektywny system rejestracji telefonicznej
OJ 12	Jednostka zapewnia pacjentom pisemne informacje dotyczące: zakresu oferowanych świadczeń, całodobowej opieki medycznej, opłat za świadczone usługi
OJ 13	Pacjent ma możliwość zidentyfikowania personelu
OJ 14	Jednostka zapewnia wiarygodność wyników badań laboratoryjnych
OJ 15	Dokumenty są datowane i autoryzowane oraz łatwo dostępne
OJ 16	Akta osobowe są zabezpieczone i przechowywane w bezpiecznym miejscu

Zgodnie z wymaganiami standardów grupy OJ:


1. Ustanowiono i przyjęto oraz zakomunikowano pracownikom Politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania, w której określono misję (standard OJ 1).

	Księga zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-9	
	WYMAGANIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH DLA POZ		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	6 z 7

2. Wyznaczono cele strategiczne i określono strategię działania (standard OJ 2 i OJ 3).
3. Opisano posiadaną strukturę: liczbę i kwalifikacje personelu, warunki lokalowe, niezbędny sprzęt (standard OJ 4 – opisy stanowią załączniki do protokołu z przeglądu systemu zarządzania).
4. Dokonywana jest analiza działalności medycznej Zespołu z uwzględnieniem wymagań standardu OJ 5 (analiza stanowi załącznik do protokołu z przeglądu systemu zarządzania).
5. Corocznie opracowywany jest plan poprawy jakości, który wg procedury PP-851-01 zwany jest planem doskonalenia (standard OJ 6).
6. Ustanowiono Regulamin organizacyjny, który określa sposób organizacji jednostki (standard OJ 7).
7. Określono głównych partnerów zewnętrznych (wykazy są dostępne w jednostkach organizacyjnych Zespołu).
8. Wymagane standardem OJ-9 harmonogramy pracy zostały ustalone i są przestrzegane a tryb zgłaszania zmian określa procedura P-62-01.
9. Przyjęcia pacjentów odbywają się zgodnie z ustalonym terminarzem, który umożliwia przyjmowanie pacjentów zgodnie z wcześniej ustaloną datą wizyty oraz uwzględnia przyjęcie chorych z nagłymi problemami zdrowotnymi. Zasady ustalania terminarza wizyt reguluje instrukcja I-75-01.
10. Dokonano analizy systemu rejestracji telefonicznej, która potwierdziła jego efektywność określoną w standardzie OJ 11. Jednostka posiada odpowiednią liczbę linii telefonicznych i rejestratorek. Wynik analizy dostępny są w Dziale Administracyjno-Technicznym.
11. Zapewniono pacjentom możliwość zapoznania się z informacjami dotyczącymi: zakresu oferowanych usług, całodobowej opieki medycznej, opłat za świadczone usługi (standard OJ 12). Informacje ułatwiające pacjentom korzystanie ze świadczeń zamieszczone są na tablicach informacyjnych, stronie internetowej Zespołu, kwartalniku „Ochota na zdrowie”.
12. Wprowadzono obowiązek noszenia identyfikatorów przez pracowników (standard OJ 13).
13. Badania laboratoryjne dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej wykonywane są przez:
 - Pracownię Diagnostyki Laboratoryjnej będącą komórką organizacyjną SZPZLO Warszawa – Ochota; pracownia jest zarejestrowana w KIDL jako Centralne Laboratorium Analityczne pod nr 0456; certyfikat jest dostępny u kierownika laboratorium;
 - laboratoria zewnętrzne, które posiadają certyfikat rejestracji w KIDL (certyfikaty są załącznikami do zawartych umów).

W celu zapewnienia jak najbardziej wiarygodnych wyników badań zostały ustanowione i wdrożone instrukcje operacyjne dotyczące prawidłowego pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium. Wykaz instrukcji operacyjnych jest dostępny u kierownika Pracowni. Cały personel odpowiedzialny za pobieranie materiału do badań i jego transport do laboratorium jest okresowo szkolony. Zapisy ze szkoleń są przechowywane w Dziale Kadr i Szkoleń.

Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej wdrożyła standardy jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych zgodnie z obowiązującymi przepisami. Pracownia utrzymuje system wewnętrznej kontroli badań i regularnie uczestniczy w zewnętrznym krajowym i międzynarodowym systemie kontroli jakości na co posiada odpowiednie dokumenty. Wykaz oferowanych badań jest dostępny u kierownika laboratorium oraz w publikowanym na stronie internetowej Regulaminie organizacyjnym.

	Księga zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ-9	
	WYMAGANIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH DLA POZ		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	7 z 7

14. Zasady datowania i autoryzacji dokumentów oraz zapewnienia ich dostępności zostały określone w procedurach P-423-01, P-424-01 i P-424-02.
15. Akta osobowe są zabezpieczone i przechowywane w bezpiecznym miejscu w sposób ustalony przez kierownika Działu Kadr i Szkoleń.

Infrastruktura


Symbol	Wymagania
IN 1	Pomieszczenia jednostki umożliwiają prawidłowe sprawowanie opieki
IN 2	Infrastruktura jednostki jest przyjazna dla pacjenta
IN 3	Postępowanie w sytuacjach zagrożenia
IN 4	Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy

Nadzorowanie infrastruktury opisano w rozdziale KJ-6 niniejszej Księgi oraz w procedurach: PP-63-01, PP-76-01, P-76-01. Procedury postępowania w sytuacjach zagrożenia zebrano w Księdze KP 10.

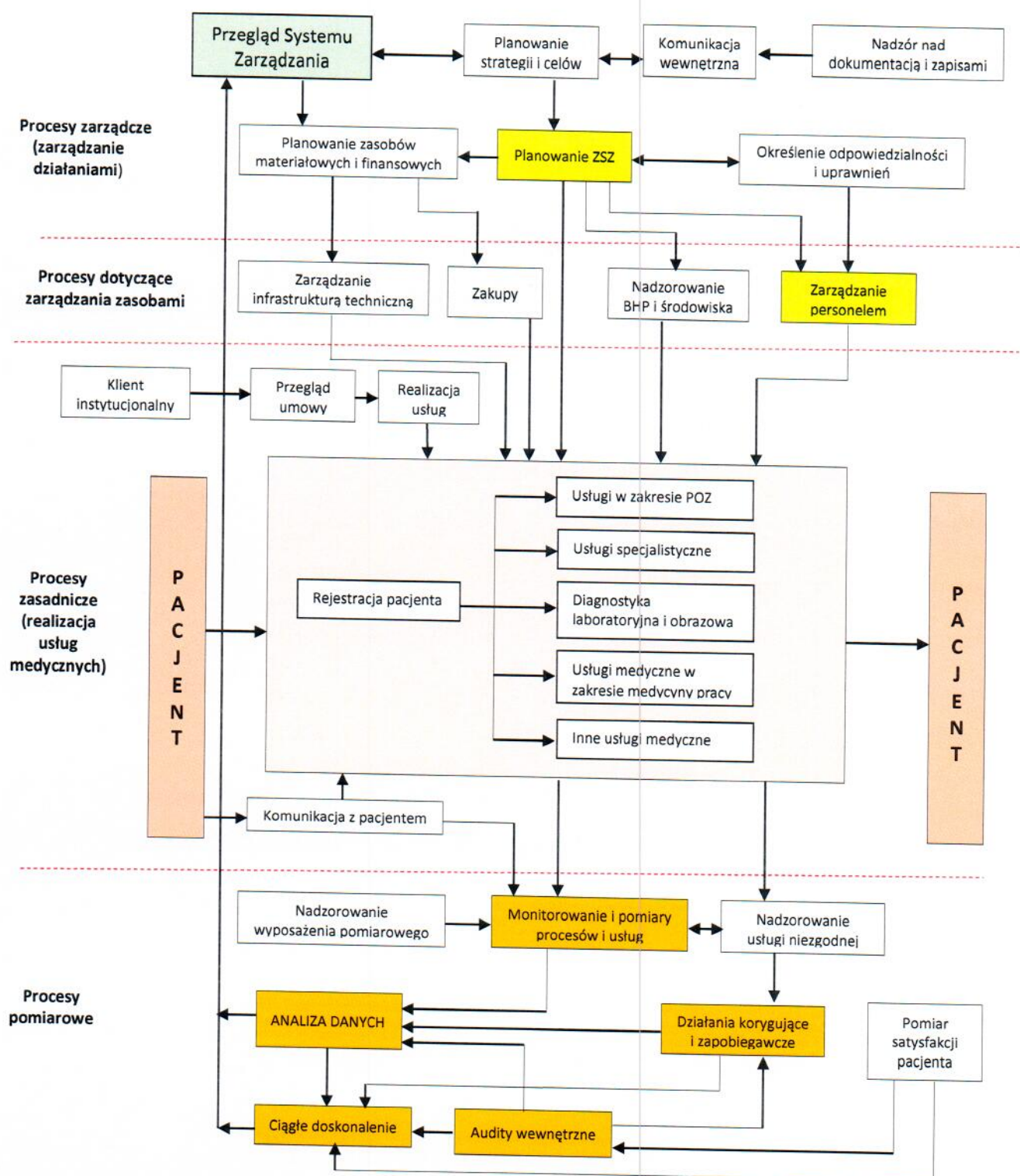
Działania podjęte przez Zespół w celu zapewnienia odpowiedniej infrastruktury to w szczególności:

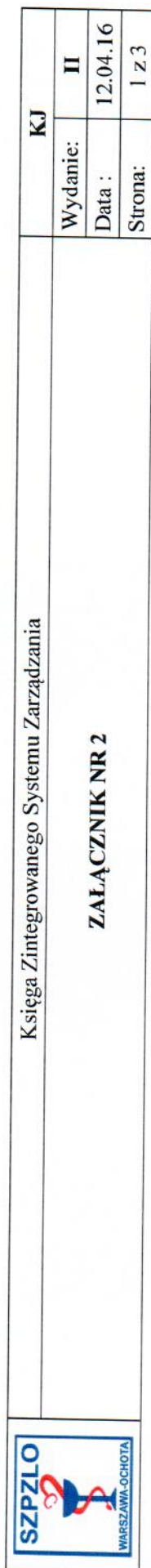
1. Dokonanie przeglądu pomieszczeń i wyposażenia pod kątem ich przystosowania do prawidłowego sprawowania opieki zgodnie z wymaganiami określonymi w standardzie IN 1 i IN 2.
2. Opracowanie i wdrożenie procedur postępowania w sytuacjach kryzysowych określonych w standardzie IN 3.
3. Opracowanie i wdrożenie procedur regulujących planowanie, realizację i dokumentowanie przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu medycznego zgodnie z wymaganiami standardu IN 4.

Wykaz dokumentów systemowych został przedstawiony w załączniku nr 3 do niniejszej Księgi.

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ	
	ZAŁĄCZNIK NR 1		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 1

Sekwencja i powiązania procesów w zintegrowanym systemie zarządzania






Zestawienie odpowiedzialności i uczestnictwa w procesach zintegrowanego systemu zarządzania

[illegible]

Proces /działanie	Osoby odpowiedzialne (X)		Komórki i jednostki organizacyjne uczestniczące w procesach (O)																	Dokumenty odniesienia							
	DN	PZJ	ZDL	ZDP	ZDA	ZDR	GK	DKS	DAT	MPZ	BHP	PPoZ	EP	KJKO	PSZ	FKAL	PSK	CZP	PSO		PSAN	PWOJ	FKAD	ZRF	CM		
Medycyna Pracy	X			X					O		O		O	X	O											PP-75-06, P-64-04, PP-62-01	
Sterowanie operacyjne	X	O	O	O	X		O			O	X	X	X	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	KP1, KP 4, KP 7, KP 10, PP-63-01, PP-64-01, P-75-01, Zał. do P-74-01, Instrukcje p/poż	
Nadzorowanie wyposażenia pomiarowego		X			X				X					X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	P-76-01, PP-76-01	
Badanie satysfakcji pacjenta	O	O	O	O						X				X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	PP-821-01	
Audit wewnętrzny	X	X	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	P-822-01	
Monitorowanie i pomiar procesów i usług	O	X	X	X	X	O	O	O	O	O	O	O	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	Protokół z przeglądu ZSZ z załącznikami	
Monitorowanie parametrów środowiska i BHP	X	X	O	O	X	O	O	O	O	O	X	O	X	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	F-PP-64-01-01, F-PP-64-01-02 P-64-02, P-64-03	
Gotowość i reagowanie na awarie	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	X	X	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	Instrukcje p/poż KP 10, KP 1, KP 4, P-64-04 F-PP-64-01-03	
Nadzór nad niezgodnościami	O	X	X	X	X	O	O	O	O	O	O	O	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	P-83-01	
Analiza danych	X	X	X	X	X	X	X	X	O	O	X	X	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	Raporty do przeglądu ZSZ	
Ciągłe doskonalenie	X	X	X	X	X	X	O	O	O	O	O	O	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	PP-851-01	
Działania korygujące i zapobiegawcze	X	X	X	X	X	X	O	O	O	O	O	O	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	P-83-01, P-853-01	
Procesy pomiarowe																											


Procesy pomiarowe

<div><div>SZPZLO</div><div></div><div>WARSZAWA-UCHOTA</div></div>	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ
	ZAŁĄCZNIK NR 2		
Data :	12.04.16		
Strona:	3 z 3		

Wyjaśnienie symboli użytych w tabeli nr 1


Tab. Nr 2

Symbol	Stanowisko, nazwa jedn./kom. organizacyjnej	Symbol	Stanowisko, nazwa jedn./kom. organizacyjnej
DN	Dyrektor Naczelny	KJKO	Kierownik jednostki/komórki organizacyjnej
PZJ	Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością	PSZ	Przychodnia Rejonowo - Specjalistyczna przy ul. Szczęśliwickiej 36
ZDL	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa	FKAL	Filia Przychodni Rej. – Spec. przy ul. Szczęśliwickiej z siedzibą przy ul. Kaliskiej 24
ZDP	Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa	PSK	Przychodnia Rejonowo - Specjalistyczna przy ul. Skarżyńskiego 1
ZDA	Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych	CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego przy ul. Skarżyńskiego 1
ZDR	Zastępca Dyrektora ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych	PSO	Przychodnia Rejonowo - Specjalistyczna przy ul. Sosnkowskiego 18
GK	Główny Księgowy	PSAN	Przychodnia Rejonowo - Specjalistyczna przy ul. Sanockiej 6
DKS	Dział Kadr i Szkoleń	PWOJ	Przychodnia Rejonowa przy ul. Wojciechowskiego 58
DAT	Dział Administracyjno-Techniczny	FKAD	Filia Przychodni Rejonowej przy ul. Wojciechowskiego z siedzibą przy ul. Kadłubka 18
MPZ	Sekcja Marketingu i Promocji zdrowia	ZRF	Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii przy ul. 1-go Maja 13
BHP	Specjalista ds. BHP		
PPOŻ	Inspektor ds .p/poż		
OC	Inspektor ds. OC		
EP	Specjalista ds. Epidemiologii		


	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ	
	ZAŁĄCZNIK NR 3		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	1 z 3

WYKAZ DOKUMENTÓW ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

Lp.	Symbol dokumentu	TYTUŁ DOKUMENTU
		Polityka Zintegrowanego Systemu Zarządzania
	KJ	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania
	PP	<i>Plany przebiegu procesów</i>
1	PP-56-01	Przegląd systemu zarządzania jakością
2	PP-62-01	Zarządzanie personelem – zasoby ludzkie i szkolenia
3	PP-63-01	Zarządzanie infrastrukturą techniczną
4	PP-64-01	Nadzorowanie środowiska i bezpieczeństwa pracy
5	PP-72-01	Współpraca z klientem/pacjentem
6	PP-72-02	Zawieranie umów na świadczenia zdrowotne z NFZ
7	PP-74-01	Zakupy niepodlegające ustawie Prawo zamówień publicznych
8	PP-74-02	Postępowanie konkursowe przy udzielaniu zamówienia na świadczenia zdrowotne
9	PP-75-06	Realizacja procesu opieki w przychodni
10	PP-76-01	Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów
11	PP-821-01	Badanie satysfakcji pacjenta
12	PP-851-01	Ciągłe doskonalenie
	P	<i>Procedury</i>
1	P-423-01	Nadzór nad dokumentami
2	P-423-02	Udostępnianie informacji publicznej
3	P-424-01	Nadzór nad zapisami
4	P-424-02	Nadzór nad dokumentacją medyczną
5	P-60-01	Zarządzanie zasobami
6	P-62-01	Tryb i zasady zgłaszania zmian w harmonogramie świadczenia usług zdrowotnych
7	P-64-02	Zarządzanie ryzykiem zawodowym
8	P-64-03	Identyfikacja i ocena aspektów środowiskowych
9	P-64-04	Badanie wypadków przy pracy, chorób zawodowych oraz incydentów potencjalnie wypadkowych
10	P-64-05	Komunikacja wewnętrzna i współudział pracowników
11	P-74-01	Zakupy
12		Zasady postępowania dla dostawców/podwykonawców – zał. do P-74-01
13	P-75-01	Nadzór nad produktami leczniczymi
14	P-75-02	Postępowanie w przypadkach zdarzeń szczególnych wymagających zgłoszenia do odpowiednich instytucji
15	P-75-03	Ocena i skuteczne leczenie bólu przewlekłego ze szczególnym uwzględnieniem bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej
16	P-75-04	Księga edukacji pacjentów i ich rodzin
17	P-75-05	Opieka okołoporodowa sprawowana nad kobietą w okresie ciąży i porodu
18	P-75-06	Szczepienia ochronne
19	P-75-07	Zgłaszanie niepożądanych działań produktów leczniczych oraz incydentów medycznych

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ	
	ZAŁĄCZNIK NR 3		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	2 z 3

Lp.	Symbol dokumentu	TYTUŁ DOKUMENTU
20	P-75-08	Postępowanie w przypadku podejrzenia niespełnienia wymagań jakościowych, wstrzymania lub wycofania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych
21	P-75-09	Program opieki środowiskowej
22	P-75-10	Profilaktyczna opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania
23	P-75-11	Program profilaktycznej opieki zdrowotnej
24	P-75-12	Opieka dyspanseryjna w wybranych schorzeniach
25	P-76-01	Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów
26	P-822-01	Audit wewnętrzny
27	P-83-01	Nadzór nad niezgodnościami, działania naprawcze i korygujące
28	P-853-01	Działania zapobiegawcze
	KP	Księgi standardów i procedur
1	KP 1	Księga procedur postępowania w stanach zagrożenia życia
2	KP 2	Księga standardów i procedur fizjoterapeutycznych
3	KP 4	Księga procedur i standardów higienicznych
4	KP 6	Księga procedur gabinetu diagnostyczno-zabiegowego
5	KP 7	Księga procedur i standardów w Pracowni Rentgenodiagnostyki i Ultrasonografii
6	KP 8	Księga procedur gabinetu stomatologicznego
7	KP 9	Księga procedur i standardów dla położnych w poradni gin.-położniczej
8	KP 10	Księga procedur postępowania w sytuacjach kryzysowych
	I	Instrukcje
1	I-424-01	Tworzenie Księgi dziennej ewidencji przyjęć
2	I-424-02-01	Udostępnienie dokumentacji medycznej i informacji medycznej
3	I-424-02-02	Tryb postępowania przy wystąpieniu do innego podmiotu leczniczego o udostępnienie karty uodpornienia
4	I-62-01	Adaptacja zawodowa pracownika
5	I-75-01	Rejestracja pacjenta
6	I-75-02	Prowadzenie list oczekujących na świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej
	SOP	Standardowe instrukcje operacyjne
1	SOP nr 001	Ogólne zasady identyfikacji dokumentów typu SOP w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej (PDL)
2	SOP nr 002	Laboratoryjny system informatyczny
3	SOP nr 003	Organizacja pracy w laboratorium
4	SOP nr 031	Zasady ewidencjonowania sprzedaży badań laboratoryjnych
5	SOP nr 091	Zasady dezynfekcji na stanowiskach pracy w laboratorium
6	SOP nr 093	Zasady utrzymania higieny w PDL
7	SOP nr 094	Postępowanie z odpadami medycznymi w laboratorium
8	SOP nr 095	Postępowanie po ekspozycji zawodowej na HIV, HCV, HBV
9	SOP nr 101	Zlecenia badania laboratoryjnego
10	SOP nr 102	Rejestracja pacjentów i zleceń w laboratoryjnym systemie informatycznym
11	SOP nr 103	Pobieranie i przyjmowanie materiału do badań laboratoryjnych

	Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania		KJ	
	ZAŁĄCZNIK NR 3		Wydanie:	II
			Data :	12.04.16
			Strona:	3 z 3

Lp.	Symbol dokumentu	TYTUŁ DOKUMENTU
12	SOP nr 104	Organizacja pracy w Punkcie Przyjęć Materiału
13	SOP nr 121	Przygotowanie materiału biologicznego do transportu
14	SOP nr 122	Transport materiału do badań laboratoryjnych
15	SOP nr 131	Identyfikacja i przygotowanie próbki do badań
16	SOP nr 151	Metodyka badań z zakresu hematologii i hemostazy
17	SOP nr 160	Metodyka badań z zakresu serologii (szybkie testy)
18	SOP nr 171	Metodyka badań z zakresu analityki ogólnej
19	SOP nr 186	Metodyka badań biochemicznych
20	SOP nr 188	Metodyka badań immunodiagnostycznych
21	SOP nr 261	Organizacja pracy i wykonywanie badań na analizatorze AU 480
22	SOP nr 263	Organizacja pracy i wykonywanie badań na analizatorze Sysmex XT – 1800 i
23	SOP nr 268	Organizacja pracy i wykonywanie badań na analizatorze Cobas e 411
24	SOP nr 269	Organizacja pracy i wykonywanie badań na analizatorze MISSION U-500
25	SOP nr 271	Organizacja pracy i wykonywanie badań na analizatorze ACL Elite Pro
26	SOP nr 272	Organizacja pracy i wykonywanie badań na analizatorze IQ 200
27	SOP nr 281	Nadzór nad drobnym sprzętem medycznym (środki badawcze)
28	SOP nr 301	Sterowanie jakością w laboratorium
29	SOP nr 331	Przedstawianie i wydawanie wyników badań laboratoryjnych
30	SOP nr 341	Nadzór nad dokumentacją i zapisami w PDL
	LOG	Księgi LOG
1	KLOG nr 261	Analizator biochemiczny AU 480
2	KLOG nr 263	Analizator hematologiczny Sysmex XT-1800 i
3	KLOG nr 268	Analizator immunodiagnostyczny Cobas e 411
4	KLOG nr 269	Analizator MISSION U-500
5	KLOG nr 271	Analizator ACL Elite Pro
6	KLOG nr 272	Analizator IQ 200
7	KLOG nr 281	Drobny sprzęt medyczny