

ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP.J.

**ZARZĄDZENIE JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP.J.

2024

ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP.J.

Prywatna Przychodnia Lekarska, w związku ze zmianą podstaw prawnych, podlegała od 1998rr. Przekształceniom. W tym okresie, dla własnych potrzeb i bezpieczeństwa pracy, wdrożono procedury porządkujące zasady pracy i współpracy w zakresie realizowanych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia. W 2024r., ze względu na prawne zobowiązanie do realizacji procedur jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych opracowano procedury z uwzględnieniem już obowiązujących standardów .

Wykaz obowiązujących instrukcji wewnętrznych :

INSTRUKCJA SANITARNO HIGIENICZNA;

STANDARD OBOWIĄZKÓW PERSONELU I ZASAD OBSŁUGI PACJENTA;

STANDARD OCHRONY MAŁOLETNIH;

ZASADY BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

INFORMACJA O ADMINISTRATORZE DANYCH OSOBOWYCH;

KARTA PRAW PACJENTA;

ZASADY DT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA ISO

Podstawa prawna wprowadzenie procedur zapewniające identyfikację i ograniczające zdarzenia niepożądane związane z organizacją świadczeń zdrowotnych:

- ustawą z dnia 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692)
- ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024.146 t.j. z dnia 2024.02.06 dalej u.ś.o.z)
- ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2024.799 t.j. z dnia 2024.05.28 dalej u.d.l.).

Wprowadzenie wymienionych na wstępie wewnętrznych standardów ma ograniczyć zagrożenie wystąpienia zdarzeń niepożądanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i pozwolić na ich wczesną identyfikację. Obowiązkiem przestrzegania zaleceń i nakazów wynikających z procedur wewnętrznych są objęci wszyscy zatrudnieni realizujący świadczenia medyczne, niezależnie od formy zatrudnienia. Za wprowadzenie i nadzorowanie odpowiada Kierownictwo podmiotu - zarząd spółki jawnej, reprezentowany przez powołanego Dyrektora. Nadzór nad systemem zarządzania jakością i bezpieczeństwem Dyrektor realizuje za pośrednictwem wskazanej osoby: INSPEKTORA DS. KONTROLI WEWNĘTRZNEJ I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.

(*Załącznik 1. Powołanie Inspektora kontroli wewnętrznej i dokumentacji medycznej*)

Osoby realizujące i biorące udział w realizowaniu świadczenia zdrowotnego na każdym stanowisku pracy (*Załącznik 2. Wykaz stanowisk pracy*) są zobowiązani do informowania o wystąpieniu zdarzeń mogących naruszyć bezpieczeństwo pacjenta i personelu. Wprowadza się rejestr zdarzeń niepożądanych. (*Załącznik 3. Rejestr Zdarzeń Niepożądanych – wzór*)

Wprowadza się badanie opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiet zgodnych z zaleceniem ministra zdrowia. (<https://www.gov.pl/web/gov/ministerstwa>) *Załącznik 4. Ankieta Opini Pacjenta – wzór*

DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA: Podstawa i Zakres działalności leczniczej – stanowią zapis w regulaminie wewnętrznym (ZAŁ) i obejmują świadczenia zdrowotne realizowane w zakresie podstawowej, specjalistycznej, profilaktycznej oraz rehabilitacyjnej opieki zdrowotnej. Świadczenia udzielane są w ambulatorium i w uzasadnionych przypadkach w formie wizyt domowych w godzinach 7:00 do 20:00 Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej jest zapewniona na zasadzie ciągłości na rzecz wszystkich pacjentów, w zależności od rodzaju świadczenia medycznego, w dni robocze w godzinach od 8:00 do 20:00. Pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego udziela się pomocy niezwłocznie wraz z wezwaniem Zespołu Ratownictwa Medycznego.

Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej z integralną częścią dokumentów zewnętrznych czyli – skierowanie, zlecenie, zapotrzebowanie, **jest podstawą** przekazania, kierowania pacjenta do specjalisty, do szpitala, do opieki rehabilitacyjnej, do opieki długoterminowej oraz uzyskania środków pomocniczych. Skierowanie wystawiane przez lekarza powinno precyzować cel przesyłania chorego oraz zawierać istotne informacje, które mogą być przydatne przy udzielaniu konsultacji lub przejęciu pod opiekę.

Wizyty domowe są odpowiednią formą sprawowania opieki i leczenia w sytuacjach, w których udzielenie porady w podmiocie jest niemożliwe lub bardzo utrudnione (np. w przypadku obłożnie chorych, osób z istotnie ograniczoną sprawnością ruchową). Przy przyjmowaniu deklaracji wyboru i wpisywaniu na listę podopiecznych w podstawowej opiece zdrowotnej, podmiot leczniczy bierze odpowiedzialność za możliwość przeprowadzenia wizyt domowych u zgłaszającego. W godzinach pracy istnieje możliwość uzyskania informacji telefonicznej. Osoba odbierająca zgłoszenie telefoniczne posiada odpowiednie przeszkolenie i potrafi selekcjonować problemy zgłaszane przez pacjentów, umie określić sytuacje pilne, w których potrzebny jest natychmiastowy kontakt z lekarzem.

W obowiązku wszystkich komórek organizacyjnych jest zwracanie uwagi na zachowania prozdrowotne oraz czynne promowanie badań, programów profilaktycznych, w szczególności w zakresach ograniczenia chorób nowotworowych, schorzeń sercowo-naczyniowych, schorzeń układu oddechowego oraz chorób zakaźnych. Punkt Szczepień nadzoruje i realizuje szczepienia ochronne w zakresie obowiązkowym, wynikającym z kalendarza szczepień ochronnych oraz szczepienia ochronne zalecane. Celem zapewnienia jakości i bezpieczeństwa obowiązuje procedura wewnętrzna dystrybucji i przechowywania szczepionek. Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego obowiązuje zasada zimnego łańcucha. Nadzór nad szczepionkami, kwalifikacje do szczepienia i szczepienie wykonuje uprawniony personel medyczny.

Udzielenie świadczeń medycznym podlega bezwzględnemu obowiązkowi dokumentowania poprzez wpis do historii choroby – w tym zakresie obowiązuje niezależna procedura wewnętrzna. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej uwzględniają możliwość gromadzenia kluczowych informacji o pacjencie w tym samym miejscu, w każdej indywidualnej dokumentacji medycznej. Celem zapewnienia ciągłości opieki, w dokumentacji medycznej znajdują się istotne informacje o pacjencie. Dokumentacja w sposób możliwie pełny powinna określać stan i potrzeby pacjenta, ułatwiać pracę personelowi. Informacje te, umieszczone w określonym miejscu dokumentacji, usprawniają udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej.

Elektroniczny system prowadzenia dokumentacji medycznej zapewnia jej terminowe kompletowanie. Każda porada udzielona, tak stałym jak i incydentalnym pacjentom podczas wizyty ambulatoryjnej, domowej, czy przez telefon, jest udokumentowana wpisem w dokumentacji medycznej pacjenta. Każdy wpis dotyczący porady uwzględnia wszystkie istotne elementy, takie jak: data, badanie przedmiotowe i podmiotowe, rozpoznanie, przepisane leki, zalecenia, skierowania, podpis osoby udzielającej świadczenia. Informacje telefoniczne są również dokumentowane. Wpisy dokonywane są na bieżąco, zaś opis wizyty domowej przed

rozpoczęciem następnego dnia pracy. Dodatkowe dokumenty w postaci wyników badań diagnostycznych, wyników konsultacji itp. są dołączane w stosownym czasie.

Podmiot gwarantuje bezpieczeństwo informacji o pacjencie, uniemożliwiając dostęp osób nieupoważnionych oraz ochronę dokumentacji przed utratą, zaginięciem, zniszczeniem czy sfałszowaniem. Archiwalna dokumentacja medyczna pacjentów jest zabezpieczona i przechowywana w odpowiednim, bezpiecznym miejscu w okresie do 10 lat. Obowiązkiem pracownika rejestracji jest złożenie oświadczeń dt zapoznania się z klauzulą RODO oraz wykazania lub braku wskazania osób upoważnionych do pozyskania informacji o stanie zdrowia za życia i po śmierci. W sytuacjach nagłych zdarzeń medycznych dopuszcza się uzupełnienie dokumentu w terminie późniejszym. W podmiocie jest określony zakres dostępu pracowników do poszczególnych informacji medycznych, w zależności od zakresu kompetencji oraz kategorii bezpieczeństwa i poufności danych. Wpisów do dokumentacji pacjenta dokonuje wyłącznie upoważniony do tego personel.

Prawidłowość prowadzonej dokumentacji medycznej sprawdzana jest na bieżąco przez uprawnionych lekarzy (przynajmniej co 6 miesięcy), na podstawie losowo wybranej kartoteki pacjenta lub świadczenia medycznego oraz bieżąco przez kierownictwo podmiotu.

Bezpieczeństwo pacjenta i ograniczenie zdarzeń niepożądanych jest uzależnione o warunków lokalowych oraz stosowanych narzędzi, urządzeń medycznych. W tym celu wszystkie pomieszczenia są wyposażone w wymagane instalacje i urządzenia. Infrastruktura podlega okresowym kontrolom stanu technicznego. Wyposażenie podmiotu zapewnia udzielanie świadczeń zgodnie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Udzielanie porad bezpośrednio lub przez telefon wymaga odpowiednich warunków, dlatego każdy z przyjmujących lub konsultujący lekarz, w godzinach przyjęć pacjentów, dysponuje wydzielonym gabinetem. Gabinet posiada odpowiednią aranżację wnętrza lub wydzieloną część, która umożliwia badanie w odpowiednich warunkach, w szczególności niekrępujących pacjenta. Ponadto gabinety są odpowiednio oświetlone i wyposażone w odpowiednie meble medyczne. W przypadku oferowania dodatkowych świadczeń wyposażenie jest uzupełnione o sprzęt niezbędny do ich wykonywania. Podmiot zapewnia sprawność urządzeń i aparatury medycznej używanych do celów diagnostycznych i terapeutycznych tak, aby ich użycie mogło być skuteczne oraz bezpieczne dla pacjentów i personelu. Podmiot posiada plan okresowych przeglądów i konserwacji, wykonywanych przez uprawnione do tego firmy. Podmiot posiada także dokumentację potwierdzającą prawidłowość i terminowość niezbędnych przeglądów i konserwacji.

ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE: „*zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej*”

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach wewnętrznego systemu identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej tj. organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, dokumentacja medyczna oraz wyposażenie - infrastruktura oraz wyposażenie w sprzęt.

Podmiot wdraża wewnętrzny system identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzania tym ryzykiem oraz określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. W tym celu wprowadza Rejestr Zdarzeń Niepożądanych prowadzony przez inspektora ds. kontroli wewnętrznej i dokumentacji medycznej, nadzorowany przez kierownika podmiotu.

Rejestr Zdarzeń Niepożądanych prowadzony jest zgodnie z wzorem określonym w Załączniku nr 2 według następujących zasad:

zgłoszenia przez personel medyczny i niemedyczny następują w formie pisemnej anonimowo do Asystenta Praktyki, proces zgłaszania jest niezależny od pozostałych procesów (np. rozpatrywania skarg i zażaleń) oraz od innych systemów informatycznych (np. do obsługi dokumentacji medycznej). Wszyscy pracownicy podmiotu zostali zaznajomieni ze sposobem zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

KONTROLA: W podmiocie monitorowana i oceniana jest jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jest Kierownik podmiotu, do którego zadań należy:

- 1) przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego;
- 2) zapewnianie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) opracowywanie dokumentów określających zasady, procedury, metody świadczeń zdrowotnych oraz opisy stanowisk pracy.

SZKOLENIA: Wszystkie osoby, niezależnie od formy zatrudnienia, mają obowiązek bieżącego aktualizowania podstaw prawnych i wiedzy zawodowej. Kierownictwo podmiotu leczniczego dopuszcza wspieranie samokształcenia pracowników w zakresach zgodnych z zakresem świadczeń zdrowotnych. Okresowo analiza potencjału zawodowego personelu jest dokonywana przez kierownika, podczas zebrania zespołu praktyki. Wykaz potencjału zawodowego jest dokumentowany, a dane są wykorzystywane do poprawy jakości.

ANKIETA: W podmiocie prowadzone są badania opinii i doświadczeń pacjentów przy pomocy ankiety, opracowanej na podstawie wzór Minister Zdrowia publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego tego ministra (załącznik nr 3). Podmiot informuje pacjentów o możliwości wypełnienia ankiety badania opinii i doświadczeń pacjentów (w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii), przez wywieszenie odpowiedniej informacji w rejestracji.

System zarządzania jakością i bezpieczeństwem świadczeń zdrowotnych zostaje uaktualniony, wdrożony. Zadanie prowadzenie nadzoru nad systemem powierza się Inspektorowi ds. kontroli wewnętrznej i dokumentacji medycznej

.....

Załącznik 1. Powołanie Inspektora kontroli wewnętrznej i dokumentacji medycznej

Prywatna Przychodnia Lekarska sp.j.
Chełm Śląski ul. Imielińska 189
NIP 6462927243

Z dniem powierza się obowiązki Inspektora ds. kontroli wewnętrznej i dokumentacji medycznej :

.....
IMIĘ NAWISKO PESEL

Zadaniem Inspektora jest nadzór nad obowiązującymi procedurami wewnętrznymi:

INSTRUKCJA SANITARNO HIGIENICZNA;
STANDARD OBOWIĄZKÓW PERSONELU I ZASAD OBSŁUGI PACJENTA;
STANDARD OCHRONY MAŁOLETNICH;
ZASADY BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY
ZASADY OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH;
KARTA PRAW PACJENTA; ZASADY DT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA ISO
w szczególności nadzór i realizację ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH

dn.

.....

Załącznik 2. Wykaz stanowisk pracy

WYKAZ I OPIS STANOWISK PRACY W PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ

1. STANOWISKO MEDYCZNE LEKARZ
2. STANOWISKO MEDYCZNE PIEŁĘGNIARKA
3. STANOWISKO MEDYCZNE POŁOŻNA
4. STANOWISKO MEDYCZNE FIZJOTERAPEUTA
5. STANOWISKO MEDYCZNE MASAŻYSTA
6. STANOWISKO MEDYCZNE KOORDYNATOR
7. STANOWISKO MEDYCZNE REJESTRATRACJI
8. STANOWISKO MEDYCZNA SEKRETARKI
9. INSPEKTOR DS. INFORMATYZACJI I CYBERBEZPIECZEŃSTWA
10. INSPEKTOR DS. KONTROLI WEWNĘTRZNEJ I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
11. INSPEKTOR DS. RODO
12. STANOWISKO NIEMEDYCZNE UTRZYMANIA CZYSTOŚCI

Załącznik 3. Rejestr Zdarzeń Niepożądanych – wzór

Rejestr Zdarzeń Niepożądanych

L.p.	Rodzaj zdarzenia	Data zdarzenia	Data zgłoszenia	Jednostka organizacyjna	Opis zdarzenia	Skutek zdarzenia dla pacjenta	Niezwłocznie podjęte działania	Kategoria zdarzenia

Załącznik 4. Ankieta Opini Pacjenta – wzór

Szanowni Państwo! Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera jedynie 12 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna. Na rewersie ankiety można dodać indywidualnie sprecyzowane uwagi .

Skala odpowiedzi ankietowej : **ŹLE ♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10 DOBRZE**

PODSTAWOWA OPIEKA SPECJALISTYCZNA
 AMBILATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA
 OPIEKA REHABILITACYJNA

O01: W jaki sposób zapisałeś się do poradni?

♦ w placówce ♦ telefonicznie ♦ email ♦ elektronicznie przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

A03: Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

D02: Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

E01: Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

F01: Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz tę placówkę znajomym lub rodzinie?

♦ 0 ♦ 1 ♦ 2 ♦ 3 ♦ 4 ♦ 5 ♦ 6 ♦ 7 ♦ 8 ♦ 9 ♦ 10

G01: Płeć pacjenta: ♦ Kobieta ♦ Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta: ♦ Poniżej 18 lat ♦ 18-39 lat ♦ 40-59 lat ♦ 60-79 lat ♦ 80 lat lub więcej

Potwierdzenie zapoznania się z dokumentem wewnętrznym : ZARZĄDZENIE - JAKOŚĆ I
BEZPIECZEŃSTWO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. dn.
2. dn.
3. dn.
4. dn.
5. dn.
6. dn.
7. dn.
8. dn.
9. dn.
10. dn.
11. dn.
12. dn.
13. dn.
14. dn.
15. dn.
16. dn.
17. dn.
18. dn.
19. dn.
20. dn.