

**PROCEDURY funkcjonowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i  
bezpieczeństwem**

**w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o. o. w Tarnowie**

**§1**

**Postanowienia ogólne**

1. Pod pojęciem wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem – zwanego dalej wewnętrznym systemem rozumie się system, o którym mowa w Ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zwanej dalej ustawą.
2. Wewnętrzny system w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o. o. w Tarnowie stanowi ogół działań podejmowanych w jednostce w celu zapobieżenia występowaniu zdarzeń niepożądanych.
3. Zadaniem wewnętrznego systemu w szczególności jest zapewnienie:
  - 1) wdrożenia rozwiązań służących identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) identyfikacji obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 3) określenie kryteriów i metod potrzebnych do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) okresowego monitorowania i oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 5) monitorowania zdarzeń niepożądanych;
  - 6) dostępu do szkoleń służących uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 7) prowadzenia badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, o której mowa w art. 20 ust 1 ustawy.
4. Na dokumentację wewnętrznego systemu składają się procedury, instrukcje, zarządzenia, zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności, a także inne dokumenty wewnętrzne obowiązujące w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o. o. w Tarnowie.

5. Czynności kontrolne /monitorujące/, przeprowadzane w procesach wewnętrznego systemu powinny odbywać się według kryteriów:
- 1) legalności - ocena zgodności działania z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, wewnętrznymi aktami prawnymi, umowami, decyzjami administracyjnymi oraz innymi rozstrzygnięciami podjętymi przez uprawnione podmioty;
  - 2) gospodarności – ocena oszczędnego i wydajnego wykorzystania środków, uzyskania właściwej relacji nakładów do efektów, wykorzystania możliwości zapobieżenia lub ograniczenia wysokości zaistniałych szkód;
  - 3) celowości – ocena, czy działalność jednostki w celu spełnienia wymogów ustawy związanych z wewnętrznym systemem jest zgodna z przyjętymi celami i zasadami oraz sprawdzenie czy środki finansowe zostały wydatkowane zgodnie z rocznym planem finansowym;
  - 4) rzetelności - ocena, czy obowiązki i zobowiązania wykonywane są z należytą starannością i sumiennością, przestrzegane są wewnętrzne reguły zakładu lub danej komórki organizacyjnej, określone działania dokumentowane są zgodnie ze stanem faktycznym i we właściwej formie.
6. Etapy postępowania kontrolnego powinny obejmować:
- 1) porównanie stanu faktycznego z przyjętymi założeniami i określonymi w normach prawnych, regulaminach oraz instrukcjach i procedurach;
  - 2) ustalenie ewentualnych nieprawidłowości;
  - 3) ustalenie przyczyn ewentualnych nieprawidłowości;
  - 4) określenie i podjęcie działań zmierzających do usunięcia nieprawidłowości, osiągnięcia lepszych wyników.
7. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jest kierownik jednostki, do którego zadań należy:
- 1) przeprowadzenie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego;
  - 2) zapewnienie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 3) opracowywanie dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy składających się na wewnętrzny system.

## **§2**

### **Postanowienia szczegółowe**

1. W celu identyfikacji ryzyka zdarzeń niepożądanych i zarządzania tym ryzykiem w jednostce prowadzi się:
  - 1) ewidencję zdarzeń niepożądanych w formie elektronicznej
  - 2) ewidencję zdarzeń niepożądanych przechowuje się w formie elektronicznej przez okres trwania umowy z dostawcą systemu tj. na czas nieokreślony ;

- 3) archiwizację ewidencji zdarzeń niepożądanych prowadzi Pełnomocnik ds. ZSZ przez okres 10 lat ;
- 4) za prowadzenie monitoringu ewidencji zdarzeń niepożądanych odpowiedzialny jest Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania .

Identyfikację, ocenę i zarządzanie ryzykiem przeprowadza się zgodnie z Instrukcją I-6/1 Analiza zdarzeń niepożądanych ocena ryzyka w procesach realizacji usług medycznych.

3. Za identyfikację ryzyka zdarzeń niepożądanych oraz za zarządzaniem tym ryzykiem odpowiadają:

- 1) Lekarze, Kierownicy komórek organizacyjnych w zakresie identyfikacji
- 2) Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania w zakresie zarządzania

### **§3**

1. Za identyfikację obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz kierownicy komórek organizacyjnych.
2. Identyfikacja obszarów priorytetowych odbywa się na podstawie:
  - 1) analizy ilościowej i jakościowej zgłoszonych zdarzeń niepożądanych;
  - 2) analizy dynamiki występowania zdarzeń niepożądanych;
  - 3) analizy skutków wdrożenia działań naprawczych;
  - 4) analizy ankiet pacjentów i personelu
  - 5) analizy danych pochodzących z innych zestawień, sprawozdań, ankiet protokołów wytwarzanych w trakcie operacyjnej działalności jednostki, a mogących mieć znaczenie dla ustalenia obszarów priorytetowych
3. Identyfikacja obszarów priorytetowych, o których mowa w pkt 1 jest przeprowadzana nie rzadziej niż raz do roku .

### **§4**

Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania przedkłada Prezesowi MCM sprawozdanie roczne z pracy zespołu za rok poprzedni do dnia 30 stycznia każdego roku.

### **§5**

1. Wszyscy zatrudnieni w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o. o. wykonując powierzone im obowiązki służbowe powinni kierować się osobistą i zawodową uczciwością oraz zasadami zawartymi w aktach wewnętrznych normujących przestrzeganie prawa, w tym dyscypliny pracy.
2. Kadra zarządzająca ma obowiązek wspierać i promować wartości etyczne, dając dobry przykład przejawiający się w codziennym postępowaniu i podejmowaniu decyzji.

3. Personel powinien być świadomy konsekwencji wynikających z nieetycznego zachowania lub działań niezgodnych z prawem.
4. Zasady etyki reguluje obowiązujący w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o. o. „Kodeks etyki Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o. o. wprowadzony w życie z dniem 20.04.2020 r. zarządzeniem Prezesa Zarządu nr 15/2020 w sprawie wprowadzenia Kodeksu Etyki Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o. o.

## **§6**

### **Kompetencje zawodowe**

1. Zatrudnieni w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o. o. w tym kierownictwo, powinni posiadać odpowiednie wykształcenie, wiedzę i umiejętności, aby skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone im zadania i obowiązki.
2. Personel zobowiązany jest do poszerzania i aktualizowania zakresu wiedzy, rozwijania umiejętności poprzez samokształcenie i udział w szkoleniach podnoszących kompetencje zawodowe.
3. Plan szkoleń i nadzór nad jego realizacją prowadzi Pełnomocnik ds. ZSZ, Dział ONR, Koordynator pielęgniarek .
4. Proces rekrutacji pracowników jest jawny, otwarty dla wszystkich zainteresowanych i prowadzony w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko.

## **§7**

### **Struktura organizacyjna**

1. Struktura organizacyjna Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o. o. zawarta jest w Regulaminie Organizacyjnym spółki Mościckie Centrum Medyczne sp. z o. o. z siedzibą w Tarnowie .  
Struktura organizacyjna jest na bieżąco analizowana i dostosowywana do aktualnych celów i zadań zakładu.
1. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o. o. określa Regulamin Organizacyjny.
2. Prezes Zarządu, kierownicy komórek organizacyjnych oraz osoby przez nich upoważnione są zobowiązane do bieżącej aktualizacji zakresów zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych zatrudnionych.
3. Organizację i porządek w miejscu pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników ustala Regulamin pracy.

## **§8**

### **Delegowanie uprawnień**

1. Zakresy zadań, uprawnień i odpowiedzialności powierza się w formie pisemnej, w zakresie zadań bieżących w formie ustnej lub elektronicznej (e-mail).
2. Prawo do wydawania wewnętrznych aktów prawnych ma Prezes Zarządu lub osoby przez niego upoważnione.
3. Prezes Zarządu może powoływać swoich pełnomocników na czas nieokreślony lub na okres niezbędny do wykonania zleconych zadań.
4. Pełnomocnictwo lub upoważnienie jest udzielane na piśmie, ze wskazaniem zadań wykonywanych przez Pełnomocnika, jego uprawnień i odpowiedzialności oraz terminu pełnomocnictwa lub upoważnienia.
5. Rejestr zarządzeń prowadzi sekretariat Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o. o .
6. Obowiązek koordynacji i działań w zakresie funkcjonowania wewnętrznego systemu w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. spoczywa na Prezesie Zarządu i kierownikach komórek organizacyjnych w ramach udzielonych uprawnień.

## **§9**

**Badanie opinii i doświadczeń pacjenta odbywa się zgodnie z wymaganiami ustawy .**