

UCHWAŁA NR 63/2024
ZARZĄDU
SZPITALA PRASKIEGO P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO
SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE
z dnia 28.06.2024 roku

w sprawie wprowadzenia Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością
i Bezpieczeństwem Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia
Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie

Na podstawie § 14 ust. 1 Aktu Założycielskiego Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (*dalej jako: Spółka*) oraz art. 18 i 61 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta uchwala się, co następuje:

§ 1

1. Zarząd Spółki postanawia określić i przyjąć do stosowania dokument: *Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie*.
2. Dokument, o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2

Zobowiązuje się Dział IT do zamieszczenia tekstu dokumentu, o którym mowa w § 1 wraz z załącznikami w Intranecie Szpitala Praskiego.

§ 3

1. Uchwała została podjęta na posiedzeniu Zarządu w głosowaniu jawnym, w obecności całego składu Zarządu.
2. Za przyjęciem uchwały głosował cały skład Zarządu.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

CZŁONKINI ZARZĄDU
Szpitala Praskiego
p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.

Ewa Kacprzak-Szymańska

PREZES ZARZĄDU
Szpitala Praskiego
p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.

dr Andrzej Golimont

**Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem
Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem działa w oparciu o:

1. Standardy Akredytacyjne.

Szpital uzyskał Certyfikat Akredytacyjny:

po raz pierwszy 25 sierpnia 2014 roku

po raz drugi 25 kwietnia 2018 roku

po raz trzeci (obecnie) 29 listopada 2022 roku z ważnością do dnia 29 listopada 2025 roku.

2. Misję Szpitala: ŚWIADCZENIE PROFESJONALNYCH USŁUG MEDYCZNYCH, W ATMOSFERE ŻYCZLIWOŚCI, BEZPIECZEŃSTWA I ZAUFANIA, Z POSZANOWANIEM PRAWI GODNOŚCI KAŻDEGO PACJENTA.

3. Program działań dla poprawy jakości i bezpieczeństwa – tworzony corocznie na podstawie wyników analiz, wskaźników. Podlega weryfikacji pod względem realizacji zaplanowanych zadań/zmian oraz efektów dla poprawy jakości i bezpieczeństwa zgodnie z obowiązującymi standardami dla certyfikacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

4. Rejestr zarządzeń wewnętrznych wydawanych w formie Uchwał Zarządu, a także opisane zasady/polityki, Procedury, Standardowe Procedury Operacyjne (SOP), metody zapewniające skuteczny nadzór nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń medycznych. Stanowi pogrupowany katalog ze względu na obszary wskazane w Standardach Akredytacyjnych określonych dla akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

5. Specyficzne standardy jakości obowiązujące dla posiadanych przez Szpital certyfikatów ISO:

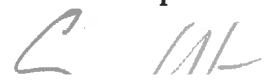
a) ISO 9001:2015 System Zarządzania Jakością, z dnia 20 września 2022 roku, ważny do dnia 19 września 2025 roku

b) ISO 37001:2016 System Zarządzania Antykorupcyjnego z dnia 16 lutego 2022 roku, ważny do dnia 15 lutego 2025 roku

c) ISO 22000:2018 System Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności z dnia 26 września 2023 roku, ważny do 25 września 2026 roku.

6. Zespół ds. Jakości, - powołany Uchwałą Zarządu Szpitala nr 185/2016 z dnia 16 listopada 2016 roku z późniejszymi zmianami- którego Przewodniczącym jest Prezes Zarządu Szpitala

- Tworzy kierunek działań i zmian dotyczących jakości i bezpieczeństwa leczenia w Szpitalu.



- Realizuje i koordynuje zadania związane z utrzymaniem i doskonaleniem jakości oraz bezpieczeństwa leczenia w Szpitalu.
- Nadzoruje i monitoruje spełnienie Standardów Akredytacji w Szpitalu.
- Skupia wiedzę i zatwierdza plany w obszarach związanych z jakością i bezpieczeństwem leczenia w Szpitalu.

6. W Szpitalu działa Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych - powołany Uchwałą Zarządu Szpitala nr 184/2016 z dnia 16 listopada 2016 roku z późniejszymi zmianami - którego Przewodniczącym jest Dyrektor ds. Medycznych:

- Prowadzi rejestr zdarzeń niepożądanych.
- Dokonuje oceny i analizy zgłoszonych i zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych.
- Wprowadza działania zaradcze przeprowadzając szkolenia i aktualizując postępowanie w celu zwiększenia bezpieczeństwa.
- Podejmuje decyzje o omówieniu zdarzenia niepożądanego w czasie codziennej odprawy kadry ordynatorskiej z Prezesem Zarządu
- Zarządza ryzykiem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

7. W Szpitalu działa Koordynator ds. ryzyka - powołany Uchwałą Zarządu Szpitala nr 114/2022 z dnia 28.11.2022 roku.

- Prowadzi analizę ryzyka
- Prowadzi rejestr ryzyka
- Dokonuje oceny i analizy zgłoszonych i zarejestrowanych ryzyk i incydentów
- Wprowadza działania zaradcze przeprowadzając szkolenia i aktualizując postępowanie w celu zwiększenia bezpieczeństwa w zakresie niemedycznym.

8. Plan szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych.

- Opracowany w oparciu o zgłoszenia szkoleń przez Kierowników komórek organizacyjnych do Działu Kadr i Płac i zatwierdzany corocznie przez Zarząd Szpitala zapewnia dostęp do szkoleń dla pracowników.
- Plan szkoleń jest monitorowany pod względem realizacji szkoleń oraz jakości szkoleń i ich efektywności.
- Szkolenia skutecznie podnoszą kompetencje pracowników zapewniając jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń.

9. Opisy stanowisk pracy.

- Każdy pracownik ma sporządzony opis stanowiska pracy, na który składa się zakres obowiązków i uprawnień.
- Corocznie każdy pracownik podlega ocenie pod względem wykonywania swojej pracy w zakresie przestrzegania procedur, efektywności i jakości.

10. Badanie opinii i doświadczeń Pacjentów.

- Badanie prowadzone jest w sposób ciągły na podstawie opracowanych autorskich ankiet dostosowanych do struktury Szpitala i pacjentów i prowadzony w formie anonimowych ankiet internetowych opracowywanych we współpracy z partnerem zewnętrznym.
- Badanie koordynuje Inspektor ds. praw pacjenta.
- Comiesięczny wynik badania zostaje przekazany do wiadomości kadrze kierowniczej Szpitala celem analizy i omówienia z zainteresowanymi Zespołami. Omówienia miesięcznych wyników dokonywane są także w czasie codziennej odprawy kadry ordynatorskiej z Prezesem Zarządu Szpitala

Wyniki badania są skutecznym wskaźnikiem zmian poprawy jakości i bezpieczeństwa.

11. Zespoły i Komitety powołane stosownymi Uchwałami Zarządu obejmujące swoim zakresem newralgiczne aspekty funkcjonowania podmiotu leczniczego

12. Wskaźniki Szpitalne opracowywane periodycznie zgodnie z zasadami określonymi standardami dla akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

PREZES ZARZĄDU
Szpitala Praskiego
p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.
dr Andrzej Golimont

CZŁONKINI ZARZĄDU
Szpitala Praskiego
p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.
Ewa Kacprzak-Szymańska