UCHWAŁA NR 149/2026
ZARZĄDU
SZPITALA PRASKIEGO P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO
SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE
z dnia 15 października 2026 roku

w sprawie zatwierdzenia i wprowadzenia do stosowania Wewnętrznego Systemu Zarzadzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w nowym brzmieniu

Na podstawie § 14 ust. 1 Aktu Założycielskiego Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (*dalej jako:* Spółka) w zw. z art. 18 i 61 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. z 2023 r., poz. 1692 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1

1. Zarząd Spółki zatwierdza i wprowadzenia do stosowania „Wewnętrzny System Zarzadzania Jakością Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o." w nowym brzmieniu.
2. Tekst jednolity Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością, o którym mowa w ust. 1 stanowi integralny Załącznik nr 1 do niniejszej Uchwały.

§ 2

Z dniem wejścia w życie niniejszej uchwały traci moc uchwała nr 63/2024 Zarządu Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie z dnia 28 czerwca 2024 roku w sprawie wprowadzenia Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

§ 3

Zobowiązuje się Dział IT do zamieszczenia tekstu jednolitego dokumentu, o którym mowa w § 1 w Intrenecie Szpitala Praskiego.

§ 4

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

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

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

Wewnętrzny System Zarzadzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.

Świadczenie profesjonalnych usług medycznych w atmosferze życzliwości i zaufania, z poszanowaniem praw i godności każdego pacjenta.

Misja Szpitala

Zatwierdził:



Spis treści

1. **Cel** 2
2. **Definicje** 2
3. **Odpowiedzialność** 3
4. **Polityka jakości i bezpieczeństwa pacjenta** 4
5. **Kryteria i metody nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń** 5
6. **Procedury operacyjne minimalizujące ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych** 6
7. **Audyty wewnętrzne** 7
8. **Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych** 8
9. **Zdarzenia niepożądane** 9
10. **Obszary priorytetowe poprawy jakości** 10
11. **Szkolenie personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa** 10
12. **Powiązane dokumenty** 11

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

1. Cel

Celem niniejszego dokumentu jest potwierdzenie, że w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego został wdrożony, jest utrzymywany oraz podlega ciągłemu doskonaleniu Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta, zgodny z ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692). System ten ma na celu zapewnienie wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez identyfikację i zarządzanie ryzykiem, monitorowanie i analizę zdarzeń niepożądanych, badanie opinii oraz doświadczeń pacjentów, ocenę skuteczności realizowanych procesów, a także wdrażanie działań doskonalących służących ciągłej poprawie jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów.
System obejmuje zasady, procedury, metody postępowania oraz mechanizmy monitorowania jakości i bezpieczeństwa, zgodnie z wymaganiami obowiązujących przepisów prawa oraz standardami zarządzania jakością w ochronie zdrowia.

2. Definicje

Zdarzenie niepożądane – zdarzenie zaistniałe podczas udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, w wyniku jego udzielenia lub zaniechania udzielenia, które spowodowało lub mogło spowodować negatywne skutki dla zdrowia albo życia pacjenta. W szczególności obejmuje ono zgon, uszczerbek na zdrowiu, rozstrój zdrowia, zachorowanie, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Za zdarzenie niepożądane nie uznaje się przewidywanego skutku prawidłowo udzielonego świadczenia zdrowotnego.

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych – proces systematycznego zgłaszania, rejestrowania, zbierania, analizowania i oceny zdarzeń niepożądanych oraz podejmowania działań korygujących i zapobiegawczych mających na celu ograniczenie ryzyka występowania podobnych zdarzeń w przyszłości oraz poprawę bezpieczeństwa pacjentów.

Ryzyko kliniczne – prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia mogącego spowodować szkodę u pacjenta w związku z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych. Obejmuje wszelkie zagrożenia wynikające z diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji oraz organizacji procesu opieki zdrowotnej.

Polityka bezpieczeństwa pacjenta – zbiór zasad, celów i działań przyjętych przez podmiot leczniczy w celu zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa pacjentów, ograniczania ryzyka klinicznego oraz zapobiegania zdarzeniom niepożądanym. Polityka bezpieczeństwa tworzy warunki do otwartego zgłaszania zdarzeń niepożądanych, wspiera kulturę bezpieczeństwa oraz zapewnia ochronę i wsparcie osobom uczestniczącym w procesie doskonalenia jakości i bezpieczeństwa opieki.

Kultura bezpieczeństwa – zespół wartości, postaw, kompetencji i zachowań pracowników organizacji, które wpływają na sposób identyfikacji, zgłaszania i analizowania zagrożeń oraz zdarzeń niepożądanych, a także na podejmowanie działań służących poprawie bezpieczeństwa pacjentów.

Działanie korygujące – działanie podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny wykrytej niezgodności, zdarzenia niepożądanego lub incydentu, aby zapobiec jego ponownemu wystąpieniu.

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

Działanie zapobiegawcze – działanie podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnej niezgodności lub potencjalnego zdarzenia niepożądanego przed jego wystąpieniem.

3. Odpowiedzialność

Za wdrożenie, utrzymanie i ciągłe doskonalenie Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta odpowiada Zarząd Szpitala. Realizacja tego obowiązku odbywa się poprzez powołanie Specjalisty ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej oraz Zespołu ds. Jakości, a także zespołów specjalistycznych funkcjonujących w ramach systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Do zespołów tych należą w szczególności: Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz inne zespoły powoływane w celu monitorowania i zarządzania określonymi obszarami ryzyka. Prezes Zarządu sprawuje nadzór nad działalnością wszystkich zespołów oraz zapewnia warunki organizacyjne niezbędne do realizacji ich zadań.

Specjalista ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej odpowiada za bieżącą koordynację wdrażania, funkcjonowania i doskonalenia systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Do jego zadań należy monitorowanie realizacji celów jakościowych, inicjowanie działań doskonalących, współpraca z Zespołem ds. Jakości oraz zespołami specjalistycznymi, a także przygotowywanie informacji i raportów dotyczących funkcjonowania systemu.

Zespół ds. Jakości realizuje zadania związane z wdrażaniem standardów wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta, opiniowaniem dokumentacji systemowej, inicjowaniem i rekomendowaniem zmian w procedurach oraz innych dokumentach wewnętrznych, wspieraniem działań edukacyjnych i informacyjnych oraz analizą danych pochodzących z monitorowania jakości, zgłoszeń zdarzeń niepożądanych, wyników audytów, skarg, wniosków i opinii pacjentów. Prace Zespołu prowadzone są na podstawie rocznego programu działań, natomiast Przewodniczący Zespołu odpowiada za organizację posiedzeń, dokumentowanie ich przebiegu oraz realizację przyjętego planu pracy.

Zespoły specjalistyczne wykonują zadania w wyznaczonych obszarach merytorycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, procedurami wewnętrznymi oraz zakresem odpowiedzialności określonym dla danego zespołu. Każdy zespół posiada przewodniczącego odpowiedzialnego za organizację pracy zespołu, dokumentowanie realizowanych działań oraz przekazywanie wyników prac i rekomendacji do Specjalisty ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej.

Wszyscy pracownicy oraz osoby współpracujące z podmiotem leczniczym są zobowiązani do przestrzegania wymagań wynikających z Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta. Odpowiedzialność ta wynika z powierzonych obowiązków służbowych oraz zakresów czynności i obejmuje w szczególności stosowanie obowiązujących procedur, aktywne uczestnictwo w działaniach projakościowych, identyfikację i zgłaszanie ryzyka oraz zdarzeń niepożądanych, udział w szkoleniach, a także realizację działań korygujących, naprawczych i doskonalących wynikających z audytów, analiz, przeglądów zarządzania i innych ocen funkcjonowania systemu.

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

4. Polityka jakości i bezpieczeństwa pacjenta

Szpital zobowiązuje się do zapewnienia pacjentom bezpiecznej, skutecznej oraz skoncentrowanej na potrzebach pacjenta opieki zdrowotnej, realizowanej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami etyki zawodowej. Celem organizacji jest ciągłe doskonalenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, minimalizacja ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych oraz rozwijanie kultury bezpieczeństwa pacjenta opartej na odpowiedzialności, współpracy i uczeniu się na doświadczeniach.

Bezpieczeństwo pacjenta i jakość udzielanych świadczeń stanowią nadrzędne wartości funkcjonowania Szpitala i są realizowane na wszystkich poziomach organizacyjnych. Polityka Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta opiera się na następujących zasadach:

- Systematycznym monitorowaniu, zgłaszaniu i analizowaniu zdarzeń niepożądanych oraz sytuacji potencjalnie niebezpiecznych w celu identyfikacji przyczyn źródłowych oraz wdrażania skutecznych działań korygujących i zapobiegawczych.
- Tworzeniu środowiska sprzyjającego otwartemu zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych, bez obawy przed nieuzasadnionymi konsekwencjami, przy jednoczesnym poszanowaniu zasad poufności i ochrony danych.
- Zapewnieniu pacjentom, ich rodzinom i opiekunom możliwości zgłaszania uwag, skarg, wniosków oraz zdarzeń związanych z bezpieczeństwem opieki zdrowotnej.
- Wykorzystywaniu wyników analiz zdarzeń niepożądanych, skarg, opinii pacjentów, audytów oraz wskaźników jakości do doskonalenia procesów klinicznych i organizacyjnych.
- Aktywnym zaangażowaniu kierownictwa w rozwój kultury jakości i bezpieczeństwa poprzez zapewnienie odpowiednich zasobów, wspieranie działań projakościowych oraz promowanie otwartej komunikacji.
- Podejmowaniu działań ukierunkowanych przede wszystkim na doskonalenie organizacji i procesów, a nie na przypisywanie winy osobom uczestniczącym w zdarzeniach.

W ramach realizacji Polityki Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta Szpital:

- identyfikuje, monitoruje i ogranicza czynniki ryzyka mogące wpływać na bezpieczeństwo pacjentów oraz jakość świadczeń zdrowotnych;
- prowadzi systematyczną ocenę jakości świadczeń przy wykorzystaniu wskaźników jakości, wyników audytów, analiz procesów oraz badań satysfakcji pacjentów;
- rozwija kompetencje personelu poprzez organizację szkoleń i działań edukacyjnych z zakresu jakości, bezpieczeństwa pacjenta i zarządzania ryzykiem;
- wspiera zaangażowanie pracowników w identyfikowanie zagrożeń oraz zgłaszanie propozycji działań doskonalących;
- zapewnia monitorowanie skuteczności wdrażanych działań naprawczych i doskonalących;
- integruje działania realizowane w ramach Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta z wymaganiami przepisów prawa, programami jakościowymi oraz standardami akredytacyjnymi.

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

Za wdrożenie, upowszechnianie, monitorowanie oraz okresowy przegląd Polityki Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta odpowiada Zarząd Szpitala przy wsparciu Specjalisty ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej, Zespołu ds. Jakości oraz zespołów specjalistycznych funkcjonujących w ramach Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta. Polityka jest poddawana regularnym przeglądom, nie rzadziej niż raz w roku oraz każdorazowo w przypadku istotnych zmian organizacyjnych, prawnych lub wynikających z przeprowadzonych analiz jakościowych. Wyniki przeglądów stanowią podstawę do określania celów jakościowych oraz planowania działań doskonalących na kolejne okresy.

Polityka Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta jest komunikowana wszystkim pracownikom, osobom współpracującym oraz innym zainteresowanym stronom. Każdy pracownik jest zobowiązany do znajomości i stosowania zasad wynikających z niniejszej Polityki w zakresie odpowiadającym wykonywanym obowiązkom.

5. Kryteria i metody nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń

Dla zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych, w podmiocie leczniczym wdrażane są jasno określone metody oraz kryteria oceny jakości. Nadzór nad systemem zarządzania jakością sprawuje wyznaczony przez Prezesa Zarządu Specjalista ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej, który pełni funkcję koordynacyjną i wspiera działania zespołów systemowych.

Nadzór ten realizowany jest poprzez szereg narzędzi i działań obejmujących m.in.:
systematyczne przeprowadzanie audytów wewnętrznych w oparciu o zatwierdzony plan audytu lub decyzję Prezesa Zarządu,

- prowadzenie analizy zdarzeń niepożądanych przez dedykowany zespół,
- wdrażanie i utrzymywanie skutecznego systemu zarządzania ryzykiem, w tym identyfikację, analizę i monitorowanie ryzyka,
- organizowanie i prowadzenie szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa pacjenta,
- wdrażanie otwartego modelu komunikacji w organizacji, z zapewnieniem możliwości zgłaszania problemów i nieprawidłowości bez obawy przed konsekwencjami,
- przygotowywanie raportów jakościowych oraz raportów z działań poaudytowych, które są przedstawiane Zarządowi Szpitala,
- monitorowanie poziomu satysfakcji pacjentów i ich doświadczeń w ramach cyklicznych ankiet,
- wdrażanie działań naprawczych i korygujących wynikających z analiz, audytów, skarg, sugestii i incydentów,
- wykorzystywanie wskaźników jakościowych do bieżącej oceny poziomu realizacji świadczeń.

Dla głównych procesów realizowanych w szpitalu określa się mierniki skuteczności, wyznaczane na podstawie prowadzonych analiz klinicznych umożliwiających identyfikację działań wymagających poprawy. Mierniki podlegają przeglądowi co najmniej dwa razy do roku.
Do stosowanych mierników należą:

- odsetek powtórnych hospitalizacji,
- odsetek przedłużonych pobytów,
- częstość reoperacji,

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

- liczba odmów hospitalizacji,
- liczba błędów przedlaboratoryjnych,
- liczba zdarzeń niepożądanych,
- liczba podjętych działań resuscytacyjnych
- inne mierniki kliniczne, organizacyjne i satysfakcji pacjenta – zgodne z profilem działalności poszczególnych komórek organizacyjnych.

Ponadto, w ramach działań nadzorczych wdrażane są metody umożliwiające ocenę jakości i bezpieczeństwa świadczeń. Należą do nich:

- analiza zgodności z wymaganiami prawnymi mającymi zastosowanie,
- analiza zgodności z wymaganiami wewnętrznymi na podstawie wyników audytów wewnętrznych i samokontroli,
- ocena efektywności realizacji celów poprawy jakości,
- ocena skuteczności działań naprawczych i zapobiegawczych,
- analiza poziomu satysfakcji pacjentów,
- analiza stopnia minimalizacji ryzyka poprzez wdrażanie planów postępowania oraz podejścia RCA (Root Cause Analysis) w odniesieniu do zdarzeń niepożądanych.

Dla zapewnienia transparentności i możliwości prowadzenia systemowej oceny jakości, wszystkie powyższe działania są dokumentowane w formie sprawozdań i raportów okresowych. Raporty te zawierają m.in. wyniki monitorowania oraz rekomendacje dotyczące działań doskonalących.

Do analiz należą, min.:

- analiza odleżyn,
- analiza odmów hospitalizacji,
- analiza przedłużonych hospitalizacji,
- analiza rehospitalizacji,
- analiza zgonów
- analiza reanimacji,
- analiza zdarzeń niepożądanych,
- ocena jakości dokumentacji medycznej.

Celem wszystkich wymienionych działań jest zapewnienie zgodności udzielanych świadczeń z obowiązującym prawem, podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjenta, zwiększenie efektywności działania oraz ciągłe doskonalenie jakości opieki zdrowotnej.

6. Procedury operacyjne minimalizujące ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych

W ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta funkcjonują procedury operacyjne pełniące rolę zabezpieczeń organizacyjnych, których celem jest redukcja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych poprzez ujednolicenie sposobu postępowania w określonych sytuacjach klinicznych, administracyjnych i technicznych. Wdrażane są procedury operacyjne obejmujące następujące obszary:

- procedury kliniczne regulujące standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i pielęgnacyjnego;
- procedury epidemiologiczne dotyczące zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych;
- procedury farmakologiczne związane z bezpieczeństwem obrotu i stosowania leków;

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

- instrukcje obsługi urządzeń i sprzętu medycznego, stanowiące zabezpieczenie techniczne;
- instrukcje bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP), w tym procedury reagowania w sytuacjach awaryjnych.

Wszystkie obowiązujące procedury operacyjne są dokumentowane, udostępniane personelowi w sposób umożliwiający bieżące stosowanie, a ich aktualność jest weryfikowana co najmniej raz w roku. Przeglądu procedur dokonuje Specjalista ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej we współpracy z właścicielami procesów i zespołami specjalistycznymi. Zidentyfikowane potrzeby aktualizacji lub tworzenia nowych procedur wynikają z analizy zdarzeń niepożądanych, wyników audytów, przeglądów zarządzania oraz zmian w obowiązujących przepisach prawa.

7. Audyty wewnętrzne

Audyty wewnętrzne są jednym z kluczowych narzędzi zapewnienia jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych. Ich podstawowym celem jest weryfikacja zgodności funkcjonowania jednostki z obowiązującymi przepisami prawa – w szczególności z ustawą z dnia 16 czerwca 2023r. o jakości opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, a także z przyjętymi w podmiocie procedurami wewnętrznymi oraz standardami jakościowymi, w tym akredytacyjnymi.

Audyty mają również na celu identyfikację niezgodności, ujawnianie obszarów wymagających doskonalenia, ocenę skuteczności stosowanych działań zapobiegawczych i korygujących, a także minimalizację ryzyka klinicznego i organizacyjnego związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Audyt wewnętrzny planowany jest w zależności od potrzeb organizacyjnych - na polecenie Prezesa Zarządu lub z inicjatywy Specjalisty ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej, w oparciu o analizę ryzyka, wyniki wcześniejszych audytów, zgłoszenia zdarzeń niepożądanych, skarg pacjentów, zmiany organizacyjne lub nowe regulacje prawne.

Skład zespołu audytującego Audytorów wewnętrznych powołuje Prezes Zarządu na wniosek Pełnomocnika ds. Jakości. Do zespołu audytującego powoływani są pracownicy posiadający odpowiednie przygotowanie merytoryczne, znajomość regulacji prawnych oraz zasad audytowania, a także umiejętność obiektywnej oceny i analizy procesów. Członkowie zespołu powinni być niezależni od obszaru, który będzie podlegał audytowi.

Audyt wewnętrzny prowadzony jest na podstawie zatwierdzonego planu audytu oraz przygotowanych list kontrolnych. W trakcie audytu stosuje się metody takie jak analiza dokumentacji, obserwacja pracy, rozmowy z personelem, analiza danych liczbowych lub zapisów z systemów informatycznych.

Wyniki audytu są dokumentowane w Raporcie z audytu, który zawiera:

- opis zakresu i przebiegu audytu,
- stwierdzone niezgodności i obszary do poprawy,
- dobre praktyki (jeśli wystąpiły),
- wnioski i rekomendacje.

Raport przekazywany jest Prezesa Zarządu oraz kierownikowi audytowanej komórki organizacyjnej. Po zakończeniu audytu kierownik audytowanej komórki we współpracy ze Specjalistą ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej opracowuje Plan działań korygujących lub zapobiegawczych. W planie tym należy wskazać konkretne działania, osoby odpowiedzialne oraz termin realizacji. Skuteczność podjętych działań jest oceniana po upływie uzgodnionego terminu – jeśli działania okazują się niewystarczające,

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

podejmowane są dalsze kroki doskonalące.
Specjalista ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej odpowiada za prowadzenie dokumentacji audytowej, w tym archiwizację raportów oraz okresowe raportowanie statusu działań naprawczych i zapobiegawczych Prezesowi Zarządu.

8. Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych

Celem systemowego zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym jest wczesna identyfikacja potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjenta, ograniczanie prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz stałe doskonalenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zarządzanie ryzykiem stanowi integralną część wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta.

Analiza ryzyka obejmuje wszystkie obszary działalności szpitala, w szczególności:

- obszary kliniczne, takie jak identyfikacja pacjenta, stosowanie leków, procedury diagnostyczno - terapeutyczne i zakażenia szpitalne,
- kwestie organizacyjne, w tym brak procedur, niewłaściwa komunikacja, rotacja kadry lub niewystarczające zasoby,
- zagadnienia infrastrukturalno-techniczne, takie jak awarie sprzętu, przestoje systemowe czy nieodpowiednie warunki sanitarne,
- obszary związane z przestrzeganiem prawa, w tym ochrona danych osobowych, uzyskiwanie świadomej zgody oraz zgodność z wymaganiami prawnymi.

Ocena ryzyka jest prowadzona co najmniej raz w roku oraz każdorazowo w przypadku zmian organizacyjnych, wdrożenia nowej procedury, incydentu medycznego lub wynikających zaleceń poaudytowych.

W zależności od charakteru analizowanego procesu, w Szpitalu stosuje się podejście hybrydowe, umożliwiające elastyczne dopasowanie narzędzia do skali zagrożenia i rodzaju działalności. Podstawową metodą oceny ryzyka jest macierz ryzyka, która uwzględnia dwie zmienne:

- poziom skutków danego zagrożenia (oceniany w skali 1–5),
- prawdopodobieństwo jego wystąpienia (również w skali 1–5).

Iloczyn obu wartości (S × P) wyznacza poziom ryzyka (niski, średni, wysoki, bardzo wysoki). Analiza wykonywana jest przez kierowników komórek organizacyjnych – właścicieli ryzyka we współpracy ze Specjalistą ds. Jakości i Kontroli Wewnętrznej. Obowiązek przeprowadzenia oceny spoczywa na nich co najmniej raz w roku, a także w sytuacjach nadzwyczajnych (zdarzenia niepożądane, wdrożenie zmian, analiza ryzyka poaudytowego).

Właściciel ryzyka określa odpowiednią strategię zarządzania, wybierając jedną z możliwych reakcji:

- akceptacja ryzyka,
- ograniczanie ryzyka (działania prewencyjne lub korygujące),
- unikanie ryzyka,
- przeniesienie ryzyka (np. przez ubezpieczenia lub umowy z podwykonawcami).

W przypadku procesów o szczególnie wysokim poziomie ryzyka klinicznego można zastosować inne metody oceny ryzyka klinicznego.
Wszystkie analizy ryzyka muszą być dokumentowane w sposób systemowy, przy użyciu formularzy oceny ryzyka oraz rejestrów ryzyka. Odpowiedzialność za wykonanie analizy i wdrożenie strategii zarządzania

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

spoczywa na właścicielach ryzyka, tj. kierownikach odpowiednich komórek organizacyjnych.
Nadzór nad prawidłowością i terminowością działań pełni Kierownik komórki organizacyjnej, który raportuje stan ryzyka i efektywność działań zaradczych Zespołowi ds. Jakości oraz Prezesowi Zarządu.

9. Zdarzenia niepożądane

Celem systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych w podmiocie leczniczym jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta, ograniczenie liczby zdarzeń mogących skutkować uszczerbkiem na zdrowiu oraz wdrażanie działań naprawczych i zapobiegawczych, wspierających stałe doskonalenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych stanowi integralny element Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i jest realizowane zgodnie z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Zgodnie z art. 2 pkt 8 ustawy, przez zdarzenie niepożądane należy rozumieć zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania, w wyniku udzielenia lub zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, które powoduje lub może spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta (np. zgon, trwały uszczerbek na zdrowiu, rozstrój zdrowia, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji, uszkodzenie płodu itp.). Zdarzenie przewidywane i zgodne z naturalnym przebiegiem choroby lub leczenia, nie stanowi zdarzenia niepożądanego.

Organizacja procesu monitorowania zdarzeń niepożądanych:

- Obowiązuje zasada powszechności zgłaszania – każdy pracownik, niezależnie od stanowiska, jest zobowiązany do zgłaszania zauważonych lub potencjalnych zdarzeń niepożądanych.
- Zgłoszenia mogą być dokonywane w sposób pisemny lub ustny – przy zachowaniu poufności i ochrony danych.
- Zgłoszenia podlegają rejestracji w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych.
- Zespół ds. Zdarzeń niepożądanych dokonuje weryfikacji i analizy zgłoszeń.
  Etapy postępowania z wystąpieniem zdarzenia niepożądanego;
- Zgłoszenie zdarzenia – niezwłocznie po zauważeniu zdarzenia lub jego skutków.
- Ocena ciężkości zdarzenia – zespół analizuje zdarzenie za pomocą matrycy SAC (Severity Assessment Code).
- Analiza przyczyn źródłowych – stosuje się narzędzia takie jak: 5 Why, Diagram Ishikawy, Arkusz A3.
- Opracowanie planu działań naprawczych i zapobiegawczych zależne od ciężkości i przyczyn zdarzenia.
- Dokumentacja i raportowanie – każde zdarzenie oraz podjęte działania są dokumentowane w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych.

System zarządzania zdarzeniami niepożądanymi opiera się na założeniu kultury otwartości i braku karania za zgłaszanie błędów. Celem procesu jest poprawa systemu, a nie poszukiwanie winnych. Pracownicy mają zapewnioną anonimowość i poufność zgłoszeń. Warunkiem skuteczności systemu jest zaufanie i zaangażowanie całego zespołu. Przewodniczący Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych prowadzi rejestr zdarzeń i nadzoruje system zgłaszania. Komórki organizacyjne dokonują analizy zgłoszonych zdarzeń niepożądanych i podejmują działania doskonalące.
Analiza zdarzeń niepożądanych, zawierająca statystyki, tendencje, wnioski i propozycje działań jest opracowywana przez Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

10. Obszary priorytetowe poprawy jakości

W celu skutecznego doskonalenia jakości opieki nad pacjentem oraz wzmacniania bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych, w Szpitalu Praskim corocznie identyfikowane są obszary priorytetowe wymagające szczególnego nadzoru, interwencji lub optymalizacji. Określenie tych obszarów odbywa się na podstawie analizy danych pochodzących z różnych źródeł, w szczególności: przeglądów działalności komórek organizacyjnych, analiz klinicznych, wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów, audytów wewnętrznych i badań zgodności, analizy skarg i wniosków oraz wyników oceny ryzyka związanego z występowaniem zdarzeń niepożądanych.

Na podstawie powyższych analiz formułowane są cele jakościowe, którym przypisuje się osoby odpowiedzialne za ich realizację, niezbędne zasoby, planowane mierniki oraz terminy osiągnięcia założeń. Cele te ujmowane są w dokumencie pn. „Program poprawy jakości dla obszarów priorytetowych", stanowiącym roczny plan operacyjny w zakresie działań doskonalących. Za opracowanie Programu odpowiada osoba Przewodniczący Zespołu ds. Jakości.

Wyznaczane cele jakościowe powinny bezpośrednio wspierać realizację polityki jakości oraz być zgodne z misją i wizją szpitala. Ich formułowanie musi opierać się na danych pochodzących z systemowego monitorowania jakości – w szczególności na wskaźnikach jakości, raportach z audytów, analizie zdarzeń niepożądanych oraz wynikach badań opinii pacjentów i personelu.

W zależności od charakteru celu, jego realizacja może przyjąć formę projektu doskonalącego, obejmującego zestaw zaplanowanych działań, z jasno określonym zakresem, harmonogramem, miernikami sukcesu oraz osobą odpowiedzialną. Projekty te mogą być realizowane przez zespoły zadaniowe powoływane przez Prezesa Zarządu.

W realizacji projektów doskonalących stosuje się cykl Deminga, w oparciu o metodologię PDCA (Plan – Do – Check – Act), będącej podstawowym narzędziem zarządzania ciągłym doskonaleniem.
„Program poprawy jakości dla obszarów priorytetowych" zatwierdzany jest przez Zarząd Szpitala. Dokument ten stanowi podstawę do planowania, realizacji, monitorowania oraz okresowej oceny skuteczności wdrażanych działań doskonalących.

11. Szkolenie personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa

Celem polityki szkoleniowej jest zapewnienie, że każdy pracownik i współpracownik posiada aktualną wiedzę, umiejętności oraz kompetencje niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami jakości i bezpieczeństwa. Polityka ta wspiera rozwój kultury organizacyjnej opartej na świadomości ryzyka, odpowiedzialności zawodowej oraz ciągłym doskonaleniu.

System szkoleń obejmuje szkolenia wstępne, cykliczne, interwencyjne oraz samokształcenie. Szkolenia mogą być realizowane w formie stacjonarnej, zdalnej lub hybrydowej, z wykorzystaniem metod takich jak wykłady, warsztaty, symulacje, e-learning, a także analiza studiów przypadków. Dopuszcza się uznawanie szkoleń zrealizowanych w innych podmiotach leczniczych, pod warunkiem dostarczenia stosownych certyfikatów lub zaświadczeń.
Nowo zatrudnione osoby przed przystąpieniem do wykonywania obowiązków uczestniczą w szkoleniu wprowadzającym, obejmującym m.in. omówienie Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością, zasad zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz istotnych procedur obowiązujących w jednostce.
Szkolenia przypominające przeprowadzane są co najmniej raz do roku, a ich zakres wynika z potrzeb placówki, rekomendacji Zespołu ds. Jakości, wyników przeglądów, analiz zdarzeń niepożądanych i audytów

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.

wewnętrznych. W razie potrzeby realizowane są także szkolenia uzupełniające w odpowiedzi na konkretne incydenty, zmiany prawne, nowe wytyczne lub wnioski pokontrolne.

Każde szkolenie jest dokumentowane w sposób zapewniający możliwość weryfikacji jego przeprowadzenia i udziału uczestników. Dokumentacja obejmuje imienne listy obecności, programy szkoleń, materiały dydaktyczne, certyfikaty, zaświadczenia oraz raporty podsumowujące. Rejestry szkoleń przechowywane są w wyznaczonej komórce administracyjnej i udostępniane w ramach audytów, kontroli oraz przeglądów zarządzania.

Uczestnictwo w szkoleniach monitorowane jest systemowo – w formie rocznej ewaluacji poziomu realizacji obowiązku szkoleniowego w podmiocie. Pracownicy są zobowiązani do dostarczania zaświadczeń ze szkoleń zrealizowanych poza jednostką.

Efektywność szkoleń podlega weryfikacji poprzez testy wiedzy, ankiety ewaluacyjne, ocenę praktycznych umiejętności oraz analizę wpływu zdobytej wiedzy na jakość pracy i ograniczenie liczby zdarzeń niepożądanych. Wyniki oceny są uwzględniane przy opracowywaniu kolejnych edycji programu szkoleniowego oraz przy indywidualnej ocenie pracowników.

Odpowiedzialność za zapewnienie systemowego dostępu do szkoleń oraz ich organizację spoczywa na Prezesie Zarządu, który deleguje zadania w tym zakresie na osoby upoważnione.

12. Powiązane dokumenty

1. Procedury operacyjne.
2. Roczny Program Działań Zespołu ds. Jakości.
3. Program poprawy jakości dla obszarów priorytetowych.
4. Rejestr Zdarzeń Niepożądanych.
5. Rejestr ryzyka i formularze oceny ryzyka.
6. Raporty z audytów wewnętrznych.
7. Roczny plan szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
8. Dokumentacja szkoleniowa.
9. Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych.
10. Powiązane dokumenty zewnętrzne (akty prawne) - Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692).

Niniejszy dokument jest własnością Szpitala Praskiego. Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Zabrania się dokonywania zmian treści, kopiowania i rozpowszechniania.