



KSIĘGA WEWNĘTRZNEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA

Niniejszy dokument stanowi dowód implementacji przez Szpitale należące do Grupy LUX MED wymagań prawnych określonych w Ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie Pacjenta z dnia 16.06.2023 r. – Rozdział III – Wewnętrzny System (Dz. U 2023 poz. 1692)

	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Edyta Sztandera- Gołych	16-07-2024 r.	na oryginale
	Elżbieta Gębska	16-07-2024 r.	na oryginale
	Mariusz Andrzejczak	16-07-2024 r.	na oryginale
	Justyna Mościcka – Wieczorek	16-07-2024 r.	na oryginale
	Agnieszka Leś	16-07-2024 r.	na oryginale
	Beata Stokwiz	16-07-2024 r.	na oryginale
	Gugnowska Katarzyna	16-07-2024 r.	na oryginale
	Ewa Baran	16-07-2024 r.	na oryginale
Sprawdził:	Monika Tomaszewska	17-07-2024 r.	na oryginale
Sprawdził:	Małgorzata Kietlińska	17-07-2024 r.	na oryginale
Sprawdził:	Barbara Gad – Karpierz	17-07-2024 r.	na oryginale
Zatwierdził:	Krzysztof Kurek	18-07-2024 r.	na oryginale

Przyjęcie dokumentu w ramach Szpitala należącego do Grupy LUX MED

	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Beata Zawłocka punkt 1	31.07.2024	na oryginale
Sprawdził:	Włodzimierz Piankowski	20.08.2024	na oryginale
Zatwierdził:	Wojciech Lemski	28.08.2024	na oryginale

Spis treści

I. SZPITAL SWISSMED CENTRUM ZDROWIA GRUPA LUX MED. – (CHARAKTERYSTYKA PODMIOTU LECZNICZEGO).....	3
Prezentacja	3
Istniejący katalog zabiegów z zakresu laryngologii uzupełniliśmy o nową procedurę FESS (Functional Endoscopic Sinus Surgery). Metoda ta stosowana jest przy przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych. Jej dużą zaletą jest mała inwazyjność i możliwość szybszego powrotu do zdrowia w porównaniu do technik klasycznych.....	6
Schemat Organizacyjny	6
II. TERMINOLOGIA I SKRÓTY	6
III. WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA – ORGANIZACJA I ZASADY FUNKCJONOWANIA W SZPITALACH GRUPY LUX MED.....	6
IV. WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA – ODPOWIEDZIALNOŚĆ.....	10
1. Dyrektor ds. medycznych	10
2. Dyrektor ds. pielęgniarstwa	12
3. Kadra kierownicza Szpitali	14
4. Pracownicy Szpitali	14
5. Komitet Nadzoru Klinicznego Szpitali Grupy LUX MED	15
6. Lokalny Komitet Zarządzania Klinicznego (<i>na poziomie każdego ze Szpitali należących do Grupy LUX MED</i>)	17
7. Zakresy zadań, odpowiedzialności i uprawnień.....	17
V. BADANIE OPINII I DOŚWIADCZEŃ PACJENTA W SZPITALACH GRUPY LUX MED – STOSOWANE ROZWIĄZANIA, ANALIZA DANYCH, DOSKONALENIE	18
VI. ANALIZA I OCENA RYZYKA KLINICZNEGO W SZPITALACH GRUPY LUX MED – SZCZEGÓŁOWE ZASADY POSTĘPOWANIA.....	21
VII. ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE /INCYDENTY KLINICZNE – SZCZEGÓŁOWE ZASADY POSTĘPOWANIA	22
1. Zgłoszenie incydentu klinicznego i postępowanie po incydencie na poziomie Szpitala.....	23
2. Zgłoszenie incydentu klinicznego do Grupy LUX MED.....	23
VIII. ZASADY IDENTYFIKACJI WSKAŹNIKÓW, POZYSKIWANIA DANYCH ORAZ ANALIZY DLA ZAPEWNIENIA SKUTECZNEGO NADZORU NAD JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	24
IX. KLINICZNA KONTROLA ZARZĄDCZA	27
X. AUDYT ZARZĄDZANIA KLINICZNEGO „SZANSA”	28
XI. ZASADY IDENTYFIKACJI WDRAŻANIA I MONITOROWANIA DZIAŁAŃ DOSKONALĄCYCH DLA ZAPEWNIENIA POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	30
XII. ZASADY ORGANIZACJI, PROWADZENIA I DOKUMENTOWANIA SZKOLEŃ DLA PODNOSZENIA WIEDZY I KOMPETENCJI PERSONELU W ZAKRESIE JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	31
XIII. DOKUMENTY ZWIĄZANE	32

I. SZPITAL SWISSMED CENTRUM ZDROWIA GRUPA LUX MED. – (CHARAKTERYSTYKA PODMIOTU LECZNICZEGO).

Prezentacja

Swissmed Centrum Zdrowia S.A. jest spółką akcyjną należącą do Grupy LUX MED, specjalizującą się w świadczeniu usług medycznych zarówno w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Szpital Swissmed to 49-lóżkowy wielospecjalistyczny obiekt o powierzchni prawie 8000 m² zlokalizowany przy ulicy Wileńskiej 44 w Gdańsku.

W prestiżowym konkursie organizowanym przez Polski Związek Inżynierów i Techników Budownictwa i Główny Urząd Nadzoru Budowlanego Szpital Swissmed został uznany jako Budowa Roku 2003. Swissmed jako pierwsza spółka medyczna wybudował od podstaw prywatny szpital na Pomorzu, jako pierwszy również zadebiutował na giełdzie, a zgromadzony kapitał zainwestował w najnowocześniejsze wyposażenie i sprzęt medyczny.

Był pierwszym szpitalem w Gdańsku, który od Ministra Zdrowia otrzymał Certyfikat Akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Służbie Zdrowia. Ponadto Swissmed spełnia standardy określone w normach ISO 9001, ISO/IEC 27001 oraz posiada certyfikat „Szpital bez bólu”.

W ogólnopolskich rankingach zajmował czołowe pozycje, jest posiadaczem dyplomów, wyróżnień i medali, a marka Swissmed jest rozpoznawalna i ceniona nie tylko w regionie.

Obecnie współpracujemy z lekarzami wielu specjalizacji, zatrudniamy wysoko wykwalifikowany personel medyczny wykonując około czterech tysięcy procedur medycznych rocznie przy wykorzystaniu nowoczesnego sprzętu medycznego. Oferujemy zarówno usługi medyczne prywatnie jak i w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczącej zespołu chirurgii jednego dnia (operacje zaćmy) oraz świadczeń ambulatoryjnych w zakresie kardiologii.

Oprócz oferty zabiegowej Szpital posiada również Oddział Położniczo-Neonatologiczny, gdzie odbywają się porody metodą naturalną oraz poprzez cesarskie cięcie. Oddział posiada dwie sale porodowe, salę cięć cesarskich, 9 łóżek w jedno- i dwuosobowych salach poporodowych oraz Salę Intensywnego Nadzoru nad Noworodkiem. Od lipca 2023 funkcjonuje nowa przestrzeń „Dom Narodzin”, w której odbywają się porody w asyście położnych.

Od lutego 2022 roku Szpital Swissmed oferuje nową usługę w zakresie pomocy doraźnej, gdzie przez całą dobę udzielana jest pomoc medyczna w nagłej potrzebie.

Hospitalizacja pacjentów odbywa się w jedno, dwuosobowych salach wyposażonych standardowo w TV i dostęp do Internetu. Pacjenci przebywają przez całą dobę pod profesjonalną opieką lekarską i pielęgniarską.

WYBRANA OFERTA

Pełna oferta szpitala jest bardzo szeroka i obejmuje setki procedur z zakresu chirurgii ogólnej, ortopedii, okulistyki, ginekologii, chirurgii plastycznej i onkologicznej, laryngologii, gastroenterologii i proktologii, neurochirurgii, urologii i chirurgii dziecięcej.

CHIRURGIA OGÓLNA

W nowoczesnie wyposażonych salach operacyjnych wykonujemy operacje przepuklin, rekonstrukcje powłok brzusznych, zabiegi chirurgii laparoskopowej (np. wycięcie pęcherzyka-żółciowego, choroba refluksowa przełyku, usunięcie wyrostka), strumektomię i wiele innych zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej oraz urologii (RIRS, PVP-zielony laser).

ORTOPEDIA

Wykonujemy szeroką gamę procedur chirurgicznych w zakresie chirurgii ręki i stopy, artroskopii stawów, rekonstrukcji więzadeł krzyżowych (ACL i PCL), alloplastyki stawów kolanowych i biodrowych, kapoplastyki, osteotomii i wielu innych.

CHIRURGIA ONKOLOGICZNA

Zespół chirurgów onkologicznych i ginekologów onkologicznych specjalizuje się w zabiegach usuwania guzków, wycinaniu i rekonstrukcji piersi oraz w operacjach nowotworów jajnika, pochwy, trzonu i szyjki macicy oraz sromu. Wykonują również zabiegi wycięcia zmian nowotworowych skóry i z tkanek miękkich z przeszczepem oraz wycięcie nowotworu policzka, powieki i wargi z plastyką.

CHIRURGIA PLASTYCZNA

W Szpitalu Swissmed wykonujemy zarówno zabiegi estetyczne, jak i rekonstrukcyjne. Wśród wykonywanych procedur jest:

- zabieg powiększania, pomniejszania i podnoszenia piersi,
- korekcja nosa estetyczna oraz dla pacjentów z defektem genetycznym, po urazie, z problemami oddechowym,
- korekcja małżowin usznych,
- korekcja powiek,

- abdominoplastyka, czyli korekcja powłok brzusznych m.in. u pacjentek ze skórą zwiotczoną w wyniku przebytych ciąż lub ze względów czysto estetycznych,
- facelifting: zwisające lub zapadnięte policzki, zmarszczki między nosem a ustami, zmarszczki w okolicach szyi.

BARIATRIA

Pomagamy pacjentom z problemem otyłości wykonując laparoskopowe zabiegi rękawowej resekcji żołądka, gastric by-pass. Do mniej inwazyjnych metod należy założenie balonu żołądkowego. Dzięki tym zabiegom i stałej opiece naszych specjalistów pacjenci zmieniają swoje złe nawyki żywieniowe i osiągają znakomite efekty w odchudzaniu.

PRACOWNIA GASTROENTEROLOGICZNO-PROKTOLOGICZNA,

PRACOWNIA BADAŃ ENDOSKOPOWYCH

Wykonujemy gastroskopię i kolonoskopię w pełnym znieczuleniu i w sedacji oraz mukozektomię i polipektomię endoskopową. Ponadto, wśród usług medycznych jest opaskowanie żyłaków przełyku, PEG oraz Botox w achalazji i w szczelinie odbytu. Nasi specjaliści wykonują także zabiegi leczące hemoroidy: DGHAL HELP i obliterację.

OKULISTYKA

Centrum Okulistyki wykonuje zabiegi usunięcia zaćmy oraz laserową korekcję wzroku. Do leczenia krótkowzroczności, dalekowzroczności i astygmatyzmu wykorzystuje laser. Pozwala on na skorygowanie 1 dioptrii w 1,5 sekundy, co czyni zabieg krótszym i bardziej komfortowym. Unikatowa procedura Trans-PRK pozwala na operowanie oka wyłącznie światłem bez konieczności dotykania go jakimkolwiek narzędziem. Dzięki temu sam zabieg jest bezpieczniejszy, a proces gojenia szybszy.

Zabiegi usunięcia zaćmy odbywają się zarówno w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jak i dla pacjentów prywatnych. Wszczepiane prywatnym pacjentom soczewki (jednoogniskowe, toryczne, wieloogniskowe) jednocześnie korygują dalekowzroczność, bliskowzroczność i astygmatyzm.

Realizujemy działania związane z terapią widzenia (rehabilitacja widzenia).

Wszystkie zabiegi w Centrum Okulistyki odbywają się w ramach procedury jednego dnia.

LARYNGOLOGIA

Istniejący katalog zabiegów z zakresu laryngologii uzupełniliśmy o nową procedurę FESS (Functional Endoscopic Sinus Surgery). Metoda ta stosowana jest przy przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych. Jej dużą zaletą jest mała inwazyjność i możliwość szybszego powrotu do zdrowia w porównaniu do technik klasycznych.

Schemat Organizacyjny

Schemat organizacyjny stanowi niezależny dokument, będący elementem dokumentacji statutowej Swissmed Centrum Zdrowia S.A.

II. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

1. **Polityka Zarządzania Klinicznego** (Clinical Governance) – określa podejście BUPA właściciela grupy LUX MED w tym Szpitali w zakresie zapewnienia właściwej jakości w obszarze działalności klinicznej jak i organizacyjno– zarządczym. Jest to zbiór obligatoryjnych zasad i wytycznych w celu utrzymania i ciągłej poprawy kontroli wewnętrznej w Szpitalach Grupy LUX MED, aby zrealizować naszą wizję bycia najbardziej zaufanym dostawcą ubezpieczenia zdrowotnego i usług zdrowotnych.
2. **Zarządzanie kliniczne** - systematyczne podejście do wdrażania, utrzymywania i ciągłego podnoszenia jakości i bezpieczeństwa świadczonych przez nas usług i podpisywanych kontraktów.
3. **Poprawa jakości** - systemowe i skoordynowane podejście do rozwiązywania problemu przy użyciu określonych metod i narzędzi w celu uzyskania mierzalnej poprawy wyników i/lub doświadczenia
4. **Incydent** - awaria wewnętrznych procesów, kontroli, ludzi, systemów lub sprzętu; zdarzenie zewnętrzne, które miało lub może mieć negatywny wpływ na Pacjentów, pracowników lub inne osoby (takie jak goście lub dostawcy zewnętrzni) i / lub cele biznesowe.
5. **Ryzyko kliniczne** - wszelkie działania związane z opieką zdrowotną, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na bezpieczne, skuteczne lub adekwatne świadczenie opieki i leczenia klinicznego na rzecz klientów/ Pacjentów.
6. **Incydent kliniczny** - wszelkie niezamierzone/nieoczekiwane zdarzenia, które miały lub mogą mieć niekorzystny wpływ na klientów/Pacjentów, pracowników i organizację podczas świadczenia opieki i leczenia klinicznego.

III. WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA – ORGANIZACJA I ZASADY FUNKCJONOWANIA W SZPITALACH GRUPY LUX MED.

Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta to zbiór zasad, procedur, metod i opisów stanowisk ustalonych w celu skutecznego nadzorowania i mitygacji ryzyk klinicznych oraz zapobieganiu występowania incydentów klinicznych w działalności Szpitali należących do Grupy LUX MED. Głównym celem jego wprowadzenia jest minimalizacja występowania incydentów/zdarzeń

niepożądanych związanych z prowadzoną przez Szpitale działalnością. Istotą Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta jest identyfikacja, ocena i monitorowanie występowania ryzyka klinicznego oraz związanych z nim incydentów klinicznych w tym podejmowanie działań je ograniczających.

Dla Szpitali należących do Grupy LUX MED wykładnikiem jakości oraz odpowiedzi na wymagania Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta jest obowiązująca w Grupie Polityka Zarządzania Klinicznego (Clinical Governance) wraz z pozostałymi standardami, które każdy Szpital ma obowiązek wdrożyć, tj.:

- ***Standard Zarządzania ryzykiem klinicznym***
- ***Standard Ciągłego monitorowania wdrożenia Polityki CG***
- ***Minimum standardów dla monitorowania jakości***
- ***Standard prowadzenia kontroli zarządczych***
- ***Standard zarządzania incydentami w tym krytycznymi incydentami klinicznymi***

Polityka Zarządzania Klinicznego wraz z dokumentami powiązanymi określa ustrukturyzowany schemat postępowania w celu utrzymania i ciągłej poprawy kontroli wewnętrznej z odpowiednią implementacją działań doskonalących w wybranych obszarach ryzyka klinicznego. Wdrożenie przez Szpitale Grupy LUX MED założeń Polityki Zarządzania Klinicznego zapewnia:

1. Właściwą implementację wymagań prawnych w aspekcie Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie Pacjenta.
2. Konsekwentne zarządzanie ryzykiem klinicznym oraz nadzór nad mitygacją ryzyka poprzez kliniczne kontrole zarządcze.
3. Promocję kultury stałej poprawy jakości klinicznej.
4. Prowadzenie badania opinii i doświadczeń Pacjentów.
5. Monitorowanie i nadzorowanie istotnych obszarów działalności klinicznej Szpitali.
6. Identyfikowanie obszarów do poprawy i doskonalenia jakości i bezpieczeństwa.
7. Określenie odpowiedzialności za jakość i bezpieczeństwo.

Opcjonalnym uzupełnieniem stosowanych przez Szpitale Grupy LUX MED wymagań Polityki Zarządzania Klinicznego mogą być dodatkowe wytyczne w aspekcie rozwiązań projakościowych oparte na wymaganiach normatywnych lub akredytacyjnych (*normy ISO, Standardy Akredytacyjne Ministra Zdrowia dla Szpitali*). Podane regulacje nie stanowią obligatoryjnego wymagania, decyzję co do ich implementacji w zakresie działalności danego Szpitala podejmuje jego Zarząd.

Dyrektor Medyczny Grupy LUX MED we współpracy z kadrą kierowniczą w Pionie Medycznym oraz Zarządami poszczególnych Szpitali Grupy LUX MED. wyznacza strategię oraz kierunki postępowania w ramach Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta w Szpitalach Grupy LUX MED odpowiednio do wymagań prawnych, Polityki Zarządzania Klinicznego i dokumentów z nią powiązanych, wymagań stron zainteresowanych istotnych w działalności podmiotu leczniczego.

Celem nadrzędnym ustanowionego Systemu poza spełnieniem wymagań ustawowych, jest budowanie wiedzy i świadomości kadry Szpitali wokół takich zagadnień jak jakość i bezpieczeństwo Pacjenta. Służy temu przyjęta i konsekwentnie realizowana strategia rozwoju i doskonalenia działalności Szpitali Grupy LUX MED, zgodnie z którą priorytetem jest zapewnienie Pacjentom profesjonalnej i bezpiecznej opieki medycznej w zakresie kompleksowej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, pielęgnacji, profilaktyki oraz promowania zachowań prozdrowotnych.

W codziennych działaniach Szpitale Grupy LUX MED dążą do zapewnienia jak najwyższego poziomu jakości usług i obsługi Pacjenta. Każdego dnia dokładają starań, aby z sukcesem realizować wyznaczony kierunek tj. bycie nowoczesną placówką ochrony zdrowia dostosowaną do potrzeb i oczekiwań społeczeństwa, placówką otwartą na ewolucyjne zmiany. Dla zapewnienia Pacjentom bezpiecznej opieki Szpitale Grupy LUX MED zatrudniają odpowiednią liczbę wykwalifikowanych osób, otwartych na stały rozwój i doskonalenie. Służy temu obligatoryjny system szkoleń, rozwoju i doskonalenia zawodowego, jaki każdy Szpital zobowiązany jest ustanowić i realizować.

Szpitale Grupy LUX MED zobligowane są do systematycznego wprowadzenia nowych procedur medycznych i diagnostycznych. Nie ustają w staraniach o dalszy rozwój, podnoszenie jakości usług, kształcenie personelu. Wdrożenie zasad Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta to usankcjonowanie dotychczas stosowanych praktyk wynikających z Polityki Zarządzania Klinicznego, ale też dodatkowy drogowskaz do ustanowienia i konsekwentnej realizacji kultury organizacji otwartej, zachęcającej wszystkich pracowników niezależnie od formy zatrudnienia do odnotowywania wszelkich zdarzeń uznawanych za niepożądane w zakresie prowadzonej działalności, budowanie kultury uczenia się i doskonalenia, organizacji uznającej, że ryzyko i błędy ludzkie są nieodłączne i nie dąży ona do niepotrzebnego przypisywania winy, a jedynie do szukania rozwiązań na rzecz rozwoju, doskonalenia i systematycznej poprawy.

**KOMPONENTY WEWNĘTRZNEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCI
I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA W SZPITALACH GRUPY LUX MED:**

PRZEPISY PRAWA/ WYTYCZNE NFZ/ WYTYCZNE MEDYCZNYCH TOWARZYSTW NAUKOWYCH	POLITYKA ZARZĄDZANIA KLINICZNEGO	STANDARD ZARZĄDZANIA RYZYZKIEM KLINICZNYM	STANDARD ZARZĄDZANIA INCYDENTAMI W TYM KRYTYCZNYMI INCYDENTAMI KLINICZNYMI
STANDARD CIĄGŁEGO MONITOROWANIA WDROŻENIA POLITYKI CG	MINIMUM STANDARDÓW DLA MONITOROWANIA JAKOŚCI	STANDARDY GRUPY LUX MED	KOMITET NADZORU KLINICZNEGO
RAPORTY o SKUTECZNOŚCI, BEZPIECZEŃSTWIE i JAKOŚCI LECZENIA/ ANALIZY KLINICZNE	OPISY STANOWISK PRACY	SYSTEM SZKOLEŃ	ZARZĄDZENIA ZARZĄDÓW SZPITALI/ INNE WEWNĘTRZNE REGULACJE
AKREDYTACJA MINISTRA ZDROWIA (opcjonalnie)	NORMY ISO 9001/ ISO 14001/ ISO 45001/27001 (opcjonalnie)	SYSTEM AUDYTÓW WEWNĘTRZNYCH oraz KONTROLI ZARZĄDCZEJ	PATIENTS EXPERIENCE

Schemat: Zbiór komponentów wchodzących w skład Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta funkcjonującego w Szpitalach Grupy LUX MED.

W ramach Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta każdy ze Szpitali należący do Grupy LUX MED:

1. Wdraża rozwiązania służące identyfikacji ryzyka klinicznego, wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzania tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wdrożenie wymagań Polityki Zarządzania Klinicznego, standardów Grupowych, oraz przygotowanych i wdrożonych przez Szpital wewnętrznych procedur i standardów.
2. Identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej poprzez systematyczną analizę poszczególnych aspektów prowadzonej działalności i osiągniętych wyników.
3. Określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zdefiniowane wskaźniki/kryteria pomiaru wybranych aspektów w działalności klinicznej, organizacyjno – zarządczej i konsumenckiej.

4. Monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach klinicznej kontroli zarządczej, audytów wewnętrznych i/lub zewnętrznych, komitetów, spotkań oraz wszelkich działań związanych z analizą pozyskanych wyników.
5. Monitoruje zdarzenia niepożądane.
6. Prowadzi lessons learnt – w ramach promowania koncepcji dzielenia się wiedzą, promowania rozwoju i doskonalenia.
7. Określa role i odpowiedzialności zatrudnionego personelu poprzez przygotowanie opisów stanowisk pracy.
8. Zapewnia dostęp do cyklicznych szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych służących uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń poprzez realizację lokalnej oraz grupowej polityki szkoleniowej.
9. Prowadzi badania opinii i doświadczeń Pacjentów na podstawie ankiety, poddaje je szczegółowej analizie, identyfikuje i wdraża wymagane działania doskonalące.

IV. WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA – ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Prawidłowe funkcjonowanie Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta opartego na założeniach Polityki Zarządzania Klinicznego jako głównego fundamentu Systemu wymaga formalnego określenia ról i odpowiedzialności, w tym ich udokumentowania i usankcjonowania w formie dokumentów/zapisów stanowiących element prawa wewnętrznego w Szpitalu. Dla spełnienia niniejszej zasady Zarządy Szpitali zobowiązane są powierzyć zadania, odpowiedzialności i uprawnienia pracownikom na poszczególnych stanowiskach zgodnie ze stosowanymi wewnętrznymi praktykami w tym zakresie.

Nadzór nad całokształtem funkcjonowania Polityki Zarządzania Klinicznego w tym bieżąca analiza wyników podejmowanych działań i wskazywanie kierunków zmiany i doskonalenia pozostaje w kompetencjach Dyrektora ds. medycznych danego Szpitala (*opcjonalnie osoby na równorzędnym stanowisku*) jako lidera projakościowych działań na rzecz rozwoju i doskonalenia.

1. Dyrektor ds. medycznych

Dyrektor ds. medycznych ponosi odpowiedzialność za prowadzenie Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta w Szpitalu. W kompetencjach Dyrektora ds. medycznych pozostaje obszar związany z analizą i wskazywaniem kierunków rozwoju jakości klinicznej postrzeganej jako praca zespołowa, systemowa i systematyczna, w tym też bieżące informowanie Zarządu Spółki o podejmowanych inicjatywach projakościowych, osiągniętych wynikach/ założeniach, kierunkach rozwoju i doskonalenia.

Do zadań Dyrektora ds. medycznych w zakresie Polityki Zarządzania Klinicznego należy:

1. Identyfikowanie i definiowanie schematów postępowania w ramach Polityki Zarządzania Klinicznego do działalności Szpitala w tym, całościowy nadzór nad poprawnością, skutecznością i efektywnością wdrażanych rozwiązań.
2. Wyznaczanie kierunków działań, zasad, schematów postępowania dla rozwoju, poprawy i doskonalenia jakości prowadzonej działalności we współpracy z kadrą Szpitala na poziomie zarządczym i operacyjnym.
3. Wdrażanie i nadzór nad realizacją założeń Polityki Zarządzania Klinicznego.
4. Nadzór nad zgłaszaniem incydentów klinicznych, odpowiedzialność za analizę oraz wdrażanie działań po analizie w obszarze medycznym.
5. Wdrażanie, realizacja i monitoring standardów medycznych i procedur medycznych.
6. Planowanie, wdrażanie i monitorowanie realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu o zawarte kontrakty, umowy z podmiotami zewnętrznymi.
7. Ustalanie koncepcji organizacyjnych i przestrzegania postępowania zgodnego z obowiązującą wiedzą medyczną.
8. Pełnienie nadzoru nad:
 - 8.1. jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych i przestrzeganiem obowiązujących procedur medycznych,
 - 8.2. dokumentacją lekarską oraz przeprowadzanie kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji medycznej,
 - 8.3. racjonalnym wykorzystaniem zasobów w celu optymalizacji kosztów związanych ze świadczeniem usług medycznych w Szpitalu,
 - 8.4. właściwą gospodarką lekami i artykułami medycznymi,
 - 8.5. przestrzeganiem w podmiocie leczniczym praw Pacjenta.
9. Zapewnienie bieżącego nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym Szpitala.
10. Rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących udzielanych świadczeń medycznych.
11. Współpraca ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi Szpitala.
12. Przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych incydentów klinicznych,
13. Zapewnienie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.
14. Opracowywanie i/lub koordynację procesu opracowywania na poziomie Szpitala dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy.
15. Dyrektorowi Medycznemu podlegają wszystkie komórki organizacyjne pionu medycznego Szpitala.
16. Nadzór nad dokumentacją medyczną, w tym weryfikacja dokumentacji medycznej wydawanej do uprawnionych organów.

17. Analiza i ocena ryzyka klinicznego, w tym przedstawianie wyników wraz z propozycją mitygacji ryzyk do Zarządu.
18. Udział w audytach medycznych i operacyjnych.
19. Udział w pracach Komitetu Nadzoru Klinicznego Szpitali.
20. Opracowanie i wdrażanie działań naprawczych poaudytowych i NPS w obszarze medycznym podległego personelu.
21. Bieżąca współpraca z kadrą medyczną Szpitala w zakresie ustanowionych i obowiązujących wytycznych standardów/procedur/instrukcji postępowania operacyjnego celem wprowadzanych zmian i aktualizacji.
22. Aktywne pozyskanie i rekrutacja lekarzy/podległego personelu.
23. Opracowywanie modelu wprowadzenia nowego lekarza do pracy i nadzorowanie procesu adaptacji nowozatrudnionego lekarza/podległego personelu.
24. Współtworzenie modelu oceny personelu medycznego oraz ocena lekarzy w celu identyfikacji lekarzy ryzyka.
25. Nadzór nad przestrzeganiem standardów medycznych i jakością medyczną usługi podległego personelu medycznego.
26. Dbłość o kwalifikacje i rozwój podległego personelu medycznego w tym wspieranie i nadzorowanie procesu kształcenia podyplomowego lekarzy.
27. Inspirowanie i koordynacja szkoleń dla pracowników medycznych.
28. Współudział w zapewnieniu obowiązujących standardów dostępności.
29. Budowanie zespołu lekarskiego i o ile to konieczne pozostałego, podległego personelu medycznego.
30. Wykorzystywanie dostępnych raportów i analiz w celu monitorowania pracy lekarzy/ podległego personelu medycznego.
31. Czynny udział w pracach zespołów, komisji problemowych w zakresie opieki medycznej w szczególności: Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Transfuzjologicznego, Terapeutycznego.
32. Wskazywanie nowych technologii i kierunków rozwoju w celu zwiększenia przewagi konkurencyjnej Szpitala.
33. Rozwój bazy usług medycznych FFS oraz pakietowych zawierających usługi wykonywane w Szpitalu.

2. Dyrektor ds. pielęgniarstwa

W kompetencjach Dyrektora ds. pielęgniarstwa pozostaje nadzór merytoryczny i organizacyjny nad prawidłowym przebiegiem opieki nad Pacjentem świadczonej przez podległy personel w tym zagwarantowanie kompleksowej, ciągłej, bezpiecznej i profesjonalnej opieki Pacjentom.

Szczegółowy zakres zadań Dyrektora ds. pielęgniarstwa dotyczy:

1. Nadzorowania i wdrażania procesu zarządzania zasobami ludzkimi, w szczególności planowanie, organizacja pracy oraz udzielanie świadczeń medycznych i opieki nad Pacjentami Szpitala przez podległy personel.
2. Zapewniania wysokiej jakości świadczeń medycznych udzielanych Pacjentom korzystającym z usług świadczonych w Szpitalu.
3. Tworzenia odpowiednich warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań przez podległy personel.
4. Znajomość i przestrzegania przepisów prawa, Praw Pacjenta, procedur i standardów obowiązujących w Szpitalu.
5. Zapewnienia wdrożenia i stosowania Polityki Zarządzania Klinicznego.
6. Udziału w opracowywaniu procedur i standardów medycznych.
7. Kierowaniu pracą podległego personelu, w tym w szczególności:
 - 7.1. ustalanie podziału obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodne z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu (pielęgniarki, położne, opiekunowie medyczni, ratownicy medyczny, personel pomocniczy),
 - 7.2. ustalanie modelu i sposobu realizacji kompleksowej opieki nad Pacjentem zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi przepisami prawa, Kodeksami Etyki Zawodowej oraz standardami wdrożonymi w podmiocie,
 - 7.3. nadzór i ocena nad realizacją świadczeń medycznych, w tym opieki nad Pacjentem przez podległy personel.
34. Opracowywanie modelu wprowadzania nowego pracownika do pracy i nadzorowanie procesu adaptacji podległego personelu.
8. Opracowywanie i koordynowanie realizacji planu szkoleniowego podległego personelu.
9. Nadzorowanie i monitorowanie ryzyk klinicznych w obszarach odpowiedzialności zawodowej oraz zgłaszanie incydentów klinicznych w sytuacji prawdopodobieństwa materializacji ryzyka.
10. Nadzorowanie dokumentacji medycznej sporządzanej przez podległy personel medyczny.
11. Rozwiązywanie bieżących problemów związanych z organizacją pracy, procesami opieki, informowanie przełożonego o problemach związanych z opieką nad Pacjentami.
12. Kontrola warunków pracy i przestrzeganie norm bezpieczeństwa i higieny pracy.
13. Rekrutacja personelu medycznego.
14. Organizowanie cyklicznych spotkań z podległym personelem medycznym.
15. Udział w ocenach i monitoring realizacji wniosków po ocenach oraz badaniach opinii pracowników.
16. Nadzór nad opracowaniem i wdrażaniem działań naprawczych i poaudytowych, pokontrolnych czy badania opinii.

17. Współdziałanie w rozpatrywaniu reklamacji Pacjentów dotyczących pracy podległego personelu.
18. Nadzór nad wizerunkiem podległego personelu.
19. Zapewnienie świadczenia opieki medycznej w miejscach wskazanych przez przełożonego.
20. Reagowanie i podejmowanie bez zbędnej zwłoki działań zmierzających do wyjaśnienia zapytania lub problemu zgłoszonego przez pracownika/współpracownika.
21. Przekazywanie i promowanie wśród pracowników i współpracowników wiedzy o Polityce Otwartości Speak Up.
22. Zapewnienie pracownikom/współpracownikom właściwego otoczenia sprzyjającego zgłaszaniu potencjalnych nieprawidłowości, w szczególności w zakresie niewyciągania negatywnych konsekwencji wobec pracownika/współpracownika zgłaszającego się z zapytaniem lub problemem.

3. Kadra kierownicza Szpitali

Kadra kierownicza na poziomie operacyjnym (*lekarze kierujący oddziałami oraz pielęgniarki kierujące zespołami pielęgniarskimi w oddziałach*) odpowiada za wdrażanie, koordynację i nadzór nad działaniami wymaganymi do zaimplementowania w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach Polityki Zarządzania Klinicznego. Szczegółowy zakres zadań kadry kierowniczej tym zakresie dotyczy:

1. Zapozdawania pracowników w podległych obszarach z wytycznymi ustanowionych standardów, procedur, instrukcji, udzielania wyjaśnień w aspekcie obowiązywania danej regulacji w podległym obszarze.
2. Wskazywania prawidłowości prowadzonych działań adekwatnie do wymagań ustanowionego Wewnętrznego systemu jakości i bezpieczeństwa Pacjenta.
3. Delegowania zadań wynikających z ustanowionego Systemu w podległym obszarze.
4. Nadzorowania przestrzegania przyjętych założeń.
5. Wskazywania zapotrzebowania na niezbędne zasoby do właściwej implementacji zasad Polityki Zarządzania Klinicznego w podległych obszarach.
6. Wskazywania potrzeby działań doskonalących w ramach zapewnienia prawidłowości działań ukierunkowanych na jakość i bezpieczeństwo Pacjenta w podległym obszarze.
7. Koordynowania wdrożenia zaplanowanych działań oraz ocena ich skuteczności w podległym obszarze.
8. Opracowywanie modelu wprowadzania pracownika do pracy i nadzorowanie procesu adaptacji podległego personelu.
9. Promowanie postawy otwartości na zgłaszanie incydentów klinicznych.

4. Pracownicy Szpitali

Pracownicy Szpitali adekwatnie do pełnionych zadań operacyjnych wynikających z zajmowanego stanowiska, posiadanych kompetencji i uprawnień zobowiązani są do przestrzegania ustanowionych zasad

w ramach Polityki Zarządzania Klinicznego. Do szczegółowych zadań pozostających w obszarze odpowiedzialności pracowniczej należy:

1. Zapoznanie się z przyjętymi przez Szpital wytycznymi w ramach Polityki Zarządzania Klinicznego,
2. Realizacja powierzonych zadań w ramach Polityki Zarządzania Klinicznego, adekwatnie do posiadanych kompetencji, uprawnień, odpowiedzialności oraz dyspozycji bezpośredniego przełożonego.
3. Przestrzeganie przyjętych wytycznych w ramach wykonywanej pracy.
4. Zgłaszanie potrzeby zmian, udoskonalień w ramach doskonalenia skuteczności i efektywności podejmowanych działań operacyjnych.
5. Reagowanie na wszelkie zauważone nieprawidłowości i zgłaszanie ich zgodnie z przyjętym schematem postępowania (Polityka postępowania w przypadku incydentów klinicznych, Polityka Speak Up).
6. Uczestnictwo w spotkaniach, szkoleniach etc. w zakresie tematyki związanej z zasadami wdrożonej i funkcjonującej Polityki Zarządzania Klinicznego.

5. Komitet Nadzoru Klinicznego Szpitali Grupy LUX MED

Komitet Nadzoru Klinicznego Szpitali Grupy LUX MED został powołany Zarządzeniem Dyrektora Medycznego LUX MED Sp. z o.o. W skład Komitetu Nadzoru Klinicznego Szpitali Grupy LUX MED wchodzi:

1. Dyrektor Medyczny ds. Szpitalnictwa LUX MED – Przewodniczący Komitetu Medycznego Szpitali
2. Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Szpitali - Członek Komitetu
3. Dyrektorzy / Kierownicy Medyczni Szpitali – Członkowie Komitetu
4. Dyrektor Medyczny zakładu opiekuńczo-leczniczego - Członek Komitetu
5. Zastępcy dyrektorów medycznych ds. pielęgniarstwa/ pielęgniarka naczelną Szpitala /zakładu opiekuńczo-leczniczego - Członkowie Komitetu
6. Pielęgniarki epidemiologiczne Szpitala / zakładu opiekuńczo-leczniczego – Członkowie Komitetu
7. Przedstawiciel jednostki struktury organizacyjnej Pionu Medycznego odpowiadający za nadzór kliniczny i ryzyka kliniczne - Członek Komitetu.

Komitet podlega Dyrektorowi Medycznemu Grupy LUX MED. Na wniosek Przewodniczącego Komitetu w posiedzeniu Komitetu mogą uczestniczyć inne osoby, których wiedza i doświadczenie będą pomocne przy analizie omawianych zagadnień. Komitet jest powołany w celu zarządzania ryzykami klinicznymi w obszarze Szpitalnictwa, aby zapewnić poprawę jakości, bezpieczeństwa oraz efektywności usług medycznych Szpitali. Prace Komitetu opierają się na Polityce Zarządzania Klinicznego.

Do zadań Komitetu Nadzoru Klinicznego Szpitali Grupy LUX MED należy:

1. Identyfikacja, ocena i analiza ryzyka klinicznego w Szpitalach oraz ośrodku opieki długoterminowej w tym:
 - 1.1. prezentacja kwartalna analiz dla ryzyka klinicznego

- 1.2. przeglądy oraz akceptacja mapy ryzyka klinicznego
- 1.3. przegląd aktualnych standardów
- 1.4. podejmowanie inicjatyw zmiany lub wdrożenia nowych standardów
- 1.5. analiza jakości i efektywności klinicznej we wszystkich obszarach medycznych w tym:
 - 1.5.1. proponowanie i opracowywanie wskaźników jakości i efektywności klinicznej
 - 1.5.2. przeglądy kwartalne raportów wskaźników jakości i efektywności klinicznej
 - 1.5.3. przeglądy i analiza incydentów i skarg klinicznych pod kątem ich wpływu na progi ryzyka
 - 1.5.4. identyfikowanie niezbędnych danych i metod do analizy jakości, bezpieczeństwa efektywności klinicznej
 - 1.5.5. przeglądy zgodności z przepisami
 - 1.5.6. analiza i monitorowanie działań naprawczych związanych z Incydentami Klinicznymi
 - 1.5.7. opracowanie modelu i zakresu szkoleń z obszaru Polityki Zarządzania Klinicznego
 - 1.5.8. przeglądy oceny zgodności na podstawie kontroli wewnętrznych
2. Nadzór nad realizacją Polityki Zarządzania Klinicznego w Szpitalach Grupy LUX MED.

Członkowie Komitetu powinni kierować się w swoim postępowaniu interesem Grupy LUX MED oraz są zobowiązani do wykonywania swoich zadań z należytą starannością. Informacje uzyskane w trakcie prac Komitetu mogą być wykorzystane wyłącznie do realizacji celów wynikających z pełnienia funkcji Przewodniczącego / Członka Komitetu. Zabrania się nadużywania pozycji Przewodniczącego / Członka Komitetu do uzyskiwania pośrednio lub bezpośrednio korzyści dla siebie lub innych osób.

Wszelkie sprawy kierowane do Komitetu adresowane są do Przewodniczącego Komitetu. Komitet spotyka się z częstotliwością niezbędną do skutecznej realizacji swoich zadań, nie rzadziej jednak niż 3 razy w roku. Posiedzenia Komitetu mogą odbywać się w formie wideokonferencji lub spotkań online. Posiedzenia Komitetu odbywają się w terminach ustalonych przez Przewodniczącego Komitetu. Są one zwoływane z co najmniej dwutygodniowym wyprzedzeniem. Informacja na temat porządku obrad Komitetu oraz ew. materiały przewidziane do omówienia na posiedzeniu, przesyła członkom Komitetu Przewodniczący lub wyznaczona przez Niego osoba tak szybko jak to możliwe, jednak nie później niż 5 dni roboczych przed terminem posiedzenia. Prawo wnoszenia spraw na posiedzenia Komitetu przysługuje Zarządowi LUX MED, Przewodniczącemu oraz poszczególnym Członkom Komitetu. Spotkaniom Komitetu przewodniczy Przewodniczący, a w przypadku jego nieobecności Pracownik wyznaczony przez Przewodniczącego.

Do podejmowania wiążących decyzji Komitetu wymagany jest udział co najmniej jednego członka komitetu przedstawiciela każdego Szpitala i domu opieki oraz Przewodniczącego. Z przebiegu każdego posiedzenia Komitetu sporządzana jest notatka, zawierająca podsumowanie dyskusji oraz najważniejsze ustalenia. Załącznik do notatki stanowi podpisana lista obecności uczestników posiedzenia lub w przypadku posiedzenia online uwzględnienie w treści protokołu osób obecnych na spotkaniu. Przewodniczący Komitetu

może podjąć decyzję o rozpatrzeniu sprawy w trybie obiegowym (pisemnym / e mail). Decyzja podjęta w tym trybie jest ważna, gdy wszyscy członkowie Komitetu zostali powiadomieni o treści projektu decyzji i nie zgłosili sprzeciwu w wyznaczonym przez Przewodniczącego terminie opiniowania projektu decyzji.

W sytuacjach tego wymagających Komitet może korzystać z ekspertyz lub opinii doradców, dostępu do dokumentów Spółki oraz występować z wnioskami do pracowników / współpracowników o udzielenie niezbędnych informacji (innych niż rutynowe).

6. Lokalny Komitet Zarządzania Klinicznego (na poziomie każdego ze Szpitali należących do Grupy LUX MED)

Komitet Zarządzania Klinicznego danego Szpitala powołany w drodze zarządzenia Prezesa Zarządu, stanowi organ opiniotwórczo – doradczy, koordynujący i nadzorujący realizację działań w ramach Polityki Zarządzania Klinicznego. Szczegółowy zakres zadań powołanego Komitetu obejmuje:

1. Identyfikacja, ocena i analiza ryzyka klinicznego w Szpitalach i ośrodku opieki długoterminowej w tym:
 - 1.1. prezentacja analiz dla ryzyka klinicznego nie rzadziej niż 1/ na kwartał
 - 1.2. przegląd aktualnych standardów
 - 1.3. podejmowanie inicjatyw zmiany lub wdrożenia nowych standardów
2. Analiza jakości i efektywności klinicznej we wszystkich obszarach medycznych w tym:
 - 2.1. proponowanie i opracowywanie wskaźników jakości i efektywności klinicznej
 - 2.2. przeglądy kwartalne raportów wskaźników jakości i efektywności klinicznej
 - 2.3. przeglądy i analiza incydentów i skarg klinicznych pod kątem ich wpływu na progi ryzyka
 - 2.4. identyfikowanie niezbędnych danych i metod do analizy jakości, bezpieczeństwa efektywności klinicznej.
3. Analiza i monitorowanie działań naprawczych związanych z Incydentami Klinicznymi.
4. Inicjowanie i opracowanie zakresu szkoleń z obszaru Polityki Zarządzania Klinicznego.
5. Przeglądy oceny zgodności z Polityką Zarządzania Klinicznego na podstawie kontroli wewnętrznych.
6. Raportowanie wyników analiz i wniosków do zarządu Szpitala.

Uwaga! Komitet Zarządzania Klinicznego może stanowić organ będący odpowiednikiem Zespołu ds. Jakości wg wymagań Standardów Akredytacyjnych Ministra Zdrowia – Standard PJ-1.2 Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta – „W Szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości”.

7. Zakresy zadań, odpowiedzialności i uprawnień

Każdy z pracowników zatrudnianych w Szpitalach Grupy LUX MED z chwilą zawarcia umowy o pracę otrzymuje zakres zadań będący szczegółową specyfikacją czynności jakie zobowiązany będzie wykonywać w ramach powierzonego stanowiska. Bezpośredni przełożony pracownika zobowiązany jest na podstawie wystandaryzowanego wzoru opisu stanowiska pracy przygotować dla nowego pracownika indywidualny

zakres czynności. W sporządzanym zakresie czynności dla pracownika (niezależnie od formy zatrudnienia) należy uwzględnić zapis dotyczący:

1. W przypadku pracowników operacyjnych – przestrzeganie założeń i wytycznych Polityki Zarządzania Klinicznego.
2. W przypadku kadry kierowniczej – wdrożenie i nadzorowanie przestrzegania założeń i wytycznych Polityki Zarządzania Klinicznego.

Nadzór w zakresie kompletności udokumentowanych danych w dokumencie zakres czynności pracownika, w tym zgodność sporządzonego dokumentu z przyjętym wystandardyzowanym wzorem sprawują odpowiednie struktury w Szpitalach Grupy LUX MED odpowiedzialne za obszar HR. Kadra kierownicza Szpitali Grupy w pionie medycznym zobowiązana jest do przeprowadzania raz w roku kompleksowej weryfikacji opisów stanowisk w oparciu o wewnętrzne wytyczne związane z funkcjonowaniem poszczególnych obszarów operacyjnych Szpitala, przepisy prawa, wytyczne Grupy LUX MED, wymagania standardów medycznych i organizacyjnych, wymagania Polityki Zarządzania Klinicznego, Wewnętrznego systemu jakości i bezpieczeństwa Pacjenta. Niezależnie od powyższej zasady w sytuacji, kiedy wprowadzone zostaną istotne zmiany organizacyjne, zmiany przepisów prawa etc. Szpital zobowiązany jest zainicjować prace związane z przeglądem określonych stanowisk pracy. Z przeprowadzonego przeglądu sporządzany jest protokół, który przedkładany jest do Lokalnego Komitetu Zarządzania Klinicznego.

W przypadku innych form zatrudnienia niż umowa o pracę powierzany zakres zadań specyfikowany jest w ramach zawieranej umowy na podstawie wytycznych opisów stanowisk.

V. BADANIE OPINII I DOŚWIADCZEŃ PACJENTA W SZPITALACH GRUPY LUX MED – STOSOWANE ROZWIĄZANIA, ANALIZA DANYCH, DOSKONALENIE

Proces związany z pozyskiwaniem informacji od Pacjentów Szpitali Grupy LUX MED stanowi istotny element strategii zarządzania, w tym podejmowania działań doskonalących w oparciu o rzetelne źródła informacji jakim jest głos Pacjenta. Na podstawie pozyskanych danych w poszczególnych obszarach działalności medycznej identyfikowane są zasoby i działania jakie każdy Szpital sukcesywnie podejmuje na rzecz rozwoju i doskonalenia.

Proces monitorowania satysfakcji Pacjentów z udzielanych świadczeń zdrowotnych prowadzony jest z wykorzystaniem systemu Medallia. System ten umożliwia zarówno bieżący monitoring opinii Pacjentów w ważnych punktach styku Pacjentów ze Szpitalami Grupy LUX MED (badania transakcyjne), jak i badanie pełnego spektrum doświadczeń Pacjenta podczas opieki Szpitalnej w Grupie LUX MED (badania relacyjne, kilka razy do roku). Badania transakcyjne w Szpitalach Grupy LUX MED w zależności od placówki są prowadzone w następujących punktach styku:

1. Rezerwacja przez Recepcję / Rezerwacja przez Call Center.
2. Konsultacja Lekarska.

3. Wizyty Odwołane – po odwołaniu wizyty przez Grupę LUX MED (nie przez Pacjenta).
4. Diagnostyka Obrazowa.
5. Specjalista Medyczny – po konsultacji specjalisty medycznego np. pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, psychologa, dietetyka itp.
6. Gabinet Zabiegowy.
7. Koordynacja Hospitalizacji Planowej.
8. Pomoc Doraźna w Szpitalu Grupy LUX MED.
9. Hospitalizacja Pilna / Planowa.
10. Podsumowanie Procesu Leczenia – po zakończonej hospitalizacji.

Bezpośrednio po wyżej wymienionych zdarzeniach w systemie Medal generowane jest zaproszenie do ankiety, w której Pacjent może ocenić swoje doświadczenia. O ile Pacjenci nie zgłosili braku zgody na otrzymywanie ankiet, otrzymują takie zaproszenie poprzez wiadomość email lub sms. Aby nie przeciążać Pacjentów liczbą zaproszeń, wysyłane są one losowo do części Pacjentów (procent puli Pacjentów do wysyłki dla każdego punktu styku określony jest w dokumentacji Zespołu NPS). Z tego samego powodu stosowany jest system karencji wysyłki badań. Stałym elementem wszystkich ankiet transakcyjnych jest pytanie o skłonność do polecenia usług Grupy LUX MED w kontekście właśnie wykonanej usługi Szpitalnej (na skali od 0 do 10) oraz komentarz Pacjenta na temat powodów jego oceny. Ankiety *Hospitalizacja Pilna / Planowa* zawierają dodatkowe pytania ustawowo wymagane w procesie akredytacji. Ankiety w pozostałych punktach styku rozszerzone są o inne pytania właściwe dla przedmiotu danego badania.

Na podstawie odpowiedzi Pacjentów na pytanie o polecalność usług Grupy LUX MED wyliczany jest wskaźnik NPS® (Net Promoter Score, ang. Wskaźnik Rekomendacji Netto). Wskaźnik NPS jest strategicznym miernikiem satysfakcji Pacjenta w Grupie LUX MED, na podstawie którego realizowane są trzy kluczowe procesy zarządzania jakością doświadczeń Pacjenta:

1. **Roczne cele NPS** - dla każdego Szpitala wyznaczane są roczne cele wysokości NPS, co pomaga utrzymywać wysoki poziom obsługi skoncentrowany na potrzebach Pacjenta.
2. **Zarządzanie informacją zwrotną dla Pacjenta** – na podstawie odpowiedzi Pacjenta na pytanie o skłonność do polecenia usług Grupy LUX MED w ankiecie, w każdym Szpitalu realizowany jest proces zarządzania informacją zwrotną dla Pacjentów (tzw. zamykanie pętli informacji zwrotnej).
3. **Audyty Tajemniczego Pacjenta** – we wszystkich jednostkach medycznych Grupy LUX MED przeprowadzane są badania audytowe mające na celu porównanie rzeczywistej jakości obsługi Pacjenta ze standardami usługowymi w Grupie LUX MED, obszary do badań wybierane są m.in. na podstawie wyników NPS danej placówki.

® Net Promoter®, NPS®, NPS Prism® i emotikony związane z NPS są zastrzeżonymi znakami towarowymi firm Bain & Company, Inc., NICE Systems, Inc. i Freda Reichhelda. Net Promoter ScoreSM i Net Promoter SystemSM są znakami usługowymi firm Bain & Company, Inc., NICE Systems, Inc. i Freda Reichhelda.

Aby wyliczyć wskaźnik NPS, Pacjenci dzieleni są na trzy grupy. Pacjenci, których odpowiedzi mieszczą się w przedziale od 0 do 6 to Krytycy, od 7 do 8 to Pasywni, a od 9 do 10 to Promotorzy. Wskaźnik NPS wyliczamy jako różnicę między udziałem Promotorów i Krytyków w ogólnej puli Pacjentów danego Szpitala Grupy LUX MED:

$$\text{NPS} = \% \text{ Promotorów} - \% \text{ Krytyków}$$

Zamykanie pętli informacji zwrotnej to proces realizowany zarówno w Szpitalach (tzw. pętla wewnętrzna), jak i w centrali (tzw. pętla zewnętrzna). W ramach pętli wewnętrznej osoby wyznaczone spośród kadry zarządzającej Szpitala na bieżąco analizują odpowiedzi Pacjentów w systemie Medallia. Na podstawie tej analizy Dyrektor Operacyjny, Kierownik Działu Obsługi Pacjenta bądź Pełnomocnik ds. Jakości kontaktuje się z Pacjentami, którzy wyrazili na to zgodę. Osoba wyznaczona do zamykania pętli ma obowiązek nawiązać kontakt ze wszystkimi chętnymi Krytykami oraz częścią Pacjentów Pasywnych i Promotorami. Proces zamykania pętli pozwala lepiej zrozumieć potrzeby Pacjentów, otoczyć opieką tych, którzy mieli niezadowolające doświadczenia, a następnie podjąć właściwe działania naprawcze w placówce.

Na poziomie centrali w Pionie Szpitali analizowane są wyniki zbiorcze by wypracować rekomendacje i przeprowadzić strategiczne projekty wspierające budowanie lepszych doświadczeń Pacjentów (pętla zewnętrzna). Rozmowy na temat opinii Pacjentów, spotkania zespołów na poziomie placówek i w centrali, dostarczają pomysłów i rozwiązań w jaki sposób możemy usprawnić obsługę Pacjenta i poprawić jakość jego doświadczeń.

Szpitale objęte są również systemem monitorowania jakości w postaci **Audytów Tajemniczego Pacjenta**. Badania te realizowane są przez zewnętrznych audytorów na bazie wytycznych dotyczących standardów usługowych. Standardy usługowe tworzone są dla każdego podmiotu medycznego uwzględniając specyfikę tego podmiotu jednocześnie zawierają wspólne elementy usługowe dla całej Grupy LUX MED. Obszary do badania audytowych wyznaczane są na podstawie ocen oraz komentarzy Pacjentów w systemie Medallia lub reklamacji zgłaszanych przez Pacjentów. Po przeprowadzonym audycie formułowane są rekomendacje działań doskonalących, których spełnienie po pewnym czasie jest ponownie kontrolowane.

Departament Standaryzacji i Jakości przygotowuje dla każdej grupy zawodowej w Szpitalach standardy usługowo – operacyjne dla grup niemedycznych oraz operacyjno - medyczne dla grup medycznych. Standard obejmuje określony sposób postępowania i komunikacji z Pacjentem w poszczególnym momencie świadczenia usługi. Dokumenty dla danej grupy zawodowej wymagają akceptacji właściciela obszaru a następnie Departamentu Prawnego, Ochrony Danych, Pionu Marketingu, Departamentu Komunikacji Korporacyjnej i PR, Departamentu Ryzyka i Zgodności z Wymaganiami. Wdrożenie dokumentów następuje w ciągu dwóch tygodni od daty publikacji dokumentu.

W przypadku zatrudnienia nowego pracownika, zapoznanie ze standardami należy do obowiązków bezpośredniego przełożonego danej grupy zawodowej w danej Szpitalu i powinno nastąpić nie później niż w ciągu 14 dni od rozpoczęcia pracy. Aktualizacja standardów następuje nie później niż co 2 lata od opublikowania ostatniej wersji dokumentu. Przegląd aktualności zapisów może zostać przeprowadzony wcześniej niż po 2 latach od opublikowania ostatniej wersji dokumentu, jeżeli nastąpiły istotne zmiany w danym procesie obsługowo – operacyjnym. W uzasadnionych przypadkach, aktualizacja może nastąpić w późniejszym terminie.

Aby zapewnić stały rozwój organizacji oparty o informacje zwrotne od Pacjentów, każda jednostka medyczna w Grupie LUX MED otrzymuje również roczny cel związany z wdrażaniem propacjenckich zmian. W ramach tej procedury każdy Szpital zobowiązany jest do wprowadzenia określonej liczby propacjenckich udoskonaleń, które ma wdrożyć i zaraportować.

VI. ANALIZA I OCENA RYZYKA KLINICZNEGO W SZPITALACH GRUPY LUX MED – SZCZEGÓLWE ZASADY POSTĘPOWANIA

Zgodnie z wytycznymi Polityki Zarządzania Klinicznego ryzyko kliniczne to wszelkie działania związane z opieką zdrowotną które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na bezpieczne, skuteczne lub odpowiadające potrzebom świadczenie opieki i leczenia klinicznego Pacjentom (klientom) BUPA.¹

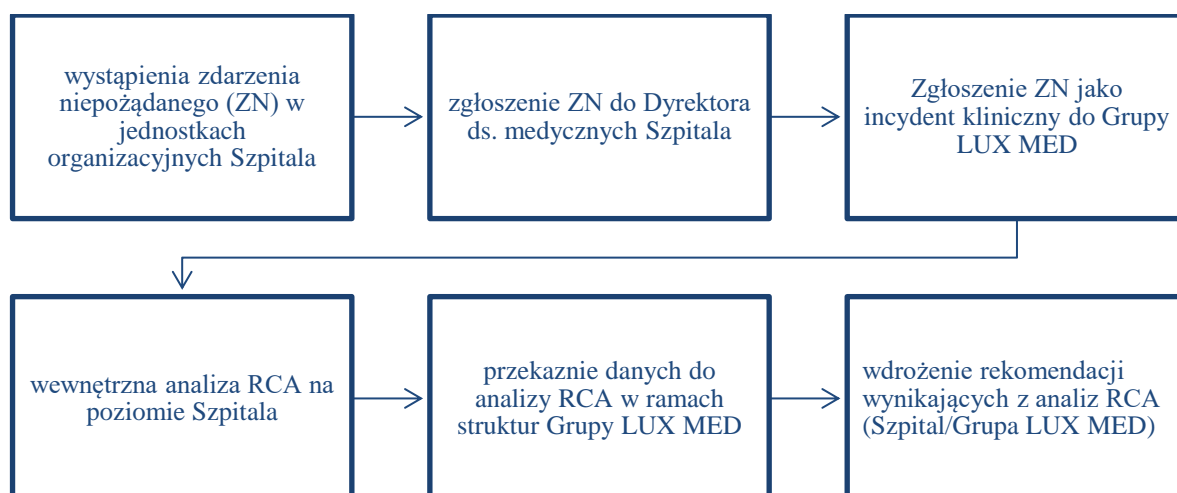
Proces zarządzania ryzykiem klinicznym funkcjonujący w Szpitalach Grupy LUX MED to stałe działanie wpisane w funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych w pionie medycznym. Zgodnie z przyjętą metodyką postępowania kadra medyczna zobowiązana jest do stałego prowadzenia działań identyfikujących obszary potencjalnie mogące negatywnie oddziaływać na proces realizacji świadczeń zdrowotnych, tym samym stanowić źródło zagrożenia dla Pacjenta - odbiorcy podejmowanych działań. Identyfikacja ryzyk w działalności klinicznej Szpitali pozwala właściwie ukierunkowywać zasoby, działania operacyjne, komunikację oraz szereg innych istotnych elementów mających wpływ na ich skuteczność i efektywność w tym bezpieczeństwo prowadzonych działań związanych z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Takie podejście do zarządzania ryzykiem klinicznym ma na celu budowę świadomego, zaangażowanego i współodpowiedzialnego personelu Szpitala. Z uwagi na fakt, iż świadomość ryzyka ma silne powiązanie ze współodpowiedzialnością, która z kolei determinuje zaangażowanie personelu w udzielanie świadczeń zdrowotnych, wiedza na temat zagrożeń i ryzyka klinicznego w działalności Szpitala przekazywana jest wszystkim pracownikom i kontrahentom na wielu etapach funkcjonowania w organizacji. Przyjęta przez Szpital koncepcja zarządzania ryzykiem klinicznym pozwala na bieżąco identyfikować obszary wymagające zmiany, doskonalenia, lokowania zasobów etc. Wyniki przeprowadzonego procesu analizy i oceny ryzyka połączone z identyfikacją planu postępowania z ryzykiem stanowią łączny element działań doskonalących przyjmowanych przez Szpital do realizacji na dany okres.

¹ WYCIĄG ZE STANDARDU zarządzania ryzykiem klinicznym DLA GRUPY LUX MED.

Adekwatnie do poziomów oszacowanego ryzyka opracowywane są również szczegółowe standardy postępowania, a ich wdrożenie i monitorowanie przez Szpitale pozwala mitygować ryzyka wszędzie tam, gdzie mogą istotnie wpływać na podejmowane działania operacyjne. Zasady związane z identyfikacją ryzyka klinicznego szczegółowo zdefiniowane zostały w Polityce Zarządzania Klinicznego – standard zarządzanie ryzykiem klinicznym.

VII. ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE /INCYDENTY KLINICZNE – SZCZEGÓLWE ZASADY POSTĘPOWANIA

W każdej metodzie leczenia u pewnego odsetka Pacjentów są notowane niepowodzenia, powikłania lub inne zdarzenia niepożądane. Dla oceny skuteczności konieczne jest rejestrowanie występowania takich zdarzeń. Z uwagi na trudność w klasyfikacji zdarzeń jako powikłania do celów analizy można przyjąć wspólną kategorię dla powikłań i innych niekorzystnych zdarzeń i zdefiniować ją terminem zdarzenia niepożądane. Z uwagi na znaczne różnice w znaczeniu tych zdarzeń jest wskazana, zgodnie z założeniami standardów akredytacyjnych, co najmniej ich klasyfikacja z podziałem na: zdarzenia niepożądane (AE), ciężkie zdarzenia niepożądane (SAE). Zdarzenia niepożądane w Szpitalach Grupy LUX MED są monitorowane, ewidencjonowane i analizowane oraz procedowane jako **INCYDENTY KLINICZNE** zgodnie z procedurami Grupy LUX MED. Każde zdarzenie niepożądane jest oceniane lokalnie na poziomie Szpitala, a zdarzenie z wynikiem 4 i 5 oraz RE według MACIERZY OCENY INCYDENTÓW podlega analizie RCA.



Schemat: Schemat macierzy oceny incydentów opartej na analizie RCA.

Każdy Szpital należący do Grupy LUX MED jest zobowiązany dołożyć wszelkich starań by minimalizować ryzyko występowania incydentów klinicznych/zdarzeń niepożądanych, poprzez optymalną organizację opieki, monitorowanie procesu opieki, jak również szkolenie personelu z minimalizacji ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych. Zdarzenia niepożądane u Pacjenta mogą wynikać z: nieoptymalnego

postępowania personelu, awarii, bądź wadliwego działania sprzętu lub aparatury, ale też mogą być: nieszczęśliwym następstwem samej choroby Pacjenta, naturalnym powikłaniem procedury diagnostycznej, skutkiem ubocznym stosowanego leczenia, a także przypadkowym wynikiem zdarzenia losowego, niezależnie od tego czy doprowadziło do trwałego uszczerbku na zdrowiu, przejściowego uszczerbku na zdrowiu czy też nie miało wpływu na zdrowie Pacjenta, jest zawsze trudną sytuacją, obciążoną negatywnymi skutkami dla podmiotu.

1. Zgłoszenie incydentu klinicznego i postępowanie po incydencie na poziomie Szpitala

- 1.1. Każdy incydent wymaga podjęcia działań w zależności od jego rodzaju i/ lub częstotliwości występowania.
- 1.2. Określenie zakresu i rodzaju działań podejmowanych po wystąpieniu incydentu wymaga dokonania jego wstępnej oceny.
- 1.3. Incydent kliniczny powinien być możliwy do zgłoszenia przez każdego członka personelu danego Szpitala.
- 1.4. Incydent kliniczny powinien być możliwy do zgłaszania na formularzu papierowym lub elektronicznym zgodnie z przyjętym w danym Szpitalu systemem dokumentowania danych w ramach incydentów klinicznych jak i postępowania z dokumentacją z nim związaną.
- 1.5. Incydenty kliniczne powinny być zgłaszane niezwłocznie po ich wystąpieniu lub niezwłocznie po uzyskaniu informacji o ich wystąpieniu.
- 1.6. Do zgłoszenia incydentu— o ile jest taka możliwość - należy załączyć wszystkie posiadane w danym momencie dowody, dokumentację zdarzenia (zdjęcia, dokumenty, maile, nagrania, itp.).
- 1.7. Incydenty kliniczne zgłaszane są następnie przez elektroniczny formularz do Grupy LUX MED i są przekierowane do odpowiedniej kategorii incydentu zgodnie z wybranym przez zgłaszającego obszarem.
- 1.8. Każda kategoria incydentu ma przypisanego w Grupie LUX MED Właściciela/Serwisanta, który odpowiada za koordynację procesu wyjaśniania incydentu.
- 1.9. Na poziomie lokalnym, w danym Szpitalu nadzór nad każdym incydentem klinicznym sprawuje Dyrektor ds. medycznych.
- 1.10. Każdy pracownik zgłaszający incydent jest zobowiązany poinformować o tym fakcie bezpośredniego przełożonego.
- 1.11. Brak konsekwencji dyscyplinarnych wobec osób zaangażowanych i zgłaszających incydenty powinny służyć wyłącznie jako narzędzie formułowania wniosków na przyszłość oraz promowaniu kultury otwartości na rozwój i doskonalenie. Kwestia ta wynika również ustanowionej i restrykcyjnie przestrzeganej w Szpitalach Grupy LUX MED Polityki SpeakUp.

2. Zgłoszenie incydentu klinicznego do Grupy LUX MED

- 2.1. Incydent zidentyfikowany w ramach Szpitala Grupy LUX MED należy zgłosić drogą e-mailową na adres incydenty@luxmed.pl. (zgodnie z obowiązującą procedurą).

2.2. W przypadku braku dostępu do formularza, zgłoszenie przesłane na adres e-mail powinno zawierać następujące dane:

- a. Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe (adres e-mail/nr telefonu) zgłaszającego.
- b. Obszar/nazwa jednostki organizacyjnej, której incydent dotyczy.
- c. Data, godzina i dokładne miejsce wystąpienia incydentu.
- d. Dokładny opis incydentu.
- e. Dane osoby poszkodowanej (jeśli dotyczy).
- f. Świadczenie zdarzenia (jeśli dotyczy).
- g. Podjęte/planowane działania w celu ograniczenia skutków incydentu (jeśli dotyczy).

2.3. Zgłaszanie incydentów z obszaru IT odbywa się na numer 22 439 99 99 lub za pośrednictwem portalu HelpLUX.

2.4. Przy zgłoszeniach wysyłanych drogą e-mail na adres incydenty@luxmed.pl każdy e-mail powinien być wysłany do wiadomości (dw) bezpośredniego przełożonego. (zgłaszanie incydentów określa przyjęta w placówce procedura).

2.5. W sytuacji, gdy zgłoszenie incydentu nie jest możliwe powyższym kanałem (np. kradzież laptopa, awaria prądu, itp.) o incydencie należy powiadomić bezpośredniego przełożonego, a w przypadku braku możliwości kontaktu z przełożonym incydent należy zgłosić niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do zasobów.

2.6. Dyrektor ds. medycznych Szpitala wstępnie przypisuje ocenę według MACIERZY OCENY INCYDENTÓW. W razie potrzeby pomocniczo może dodatkowo dokonać oceny według matrycy SAC.

Szczegółowe zasady związane z identyfikacją, dokumentowaniem, procesowaniem oraz podejmowaniem działań doskonalących jako odpowiedź na zidentyfikowany incydent kliniczny reguluje Standard procesowania i raportowania incydentów klinicznych krytycznych.

VIII. ZASADY IDENTYFIKACJI WSKAŹNIKÓW, POZYSKIWANIA DANYCH ORAZ ANALIZY DLA ZAPEWNIENIA SKUTECZNEGO NADZORU NAD JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

Do głównych instrumentów umożliwiających ocenę jakości świadczonych usług w Szpitalach należących do Grupy LUX MED są kryteria/wskaźniki pomiaru. Kryteria i zdefiniowane względem nich wskaźniki/ tj. wartości pożądane odnoszą się do określonej wartości progowej, poniżej której wymagana jest identyfikacja i podjęcie działań doskonalących. Wskaźniki pomiaru identyfikowane są dla poszczególnych obszarów działalności Szpitali przez Grupę BUPA i jest to obligatoryjny zbiór danych cyklicznie raportowanych.

Kolejną grupę wskaźników jaką Szpitale zobowiązane są monitorować i raportować stanowią wskaźniki definiowane przez Komitet Nadzoru Klinicznego Grupy LUX MED (MDS).

Niezależnie od powyższego Szpitale Grupy LUX MED w ramach własnych inicjatyw w aspekcie działań związanych z nadzorem i doskonaleniem wybranych obszarów działalności mogą monitorować zdefiniowane wskaźnik dla pozyskiwania wymaganego zbioru danych/informacji.

Dane w zakresie zdefiniowanych w poszczególnych obszarach wskaźników pozyskiwane są w oparciu o rzetelne źródła informacji, przez wskazane w Szpitalach osoby, a następnie poddawane są szczegółowej analizie z identyfikacją wszędzie tam, gdzie jest to wymagane odpowiednich działań doskonalących.

Katalog wskaźników aktualnie monitorowanych w Szpitalach Grupy LUX MED lub możliwych do zastosowania:


Wskaźniki obszar kliniczny

Lp.	Wskaźnik
1.	% Pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym z zastosowana OKK
2.	Monitorowanie wskaźnika zarejestrowanych kart zakażeń zgłaszanych przez oddziały Szpitalne do ZKZS
3.	% Pacjentów poddanych ocenie ryzyka związanego ze stanem odżywienia
4.	% prawidłowo prowadzonych kart postępowania p/bólowego w oddziałach zabiegowych
5.	% prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej Pacjentów leczonych w oddziałach Szpitalnych pod względem kompletności, czytelności i autoryzacji
6.	Monitorowanie działań związanych z profilaktyką p/odleżynową – monitorowanie wskaźnika odleżyn powstałych w oddziałach Szpitalnych
7.	Monitorowanie działań związanych z leczeniem odleżyn – odleżyny wyleczone w oddziałach Szpitalnych
8.	Monitorowanie i ocena skuteczności profilaktyki zakażeń miejsca operowanego
9.	Monitorowanie i ocena zakażeń Szpitalnych
10.	Monitorowanie trendów zużycia grup antybiotyków w terapii zakażeń w oparciu o DDD
11.	Monitorowanie wskaźnika zgłaszalności zdarzeń niepożądanych dotyczących pobytu Pacjentów w oddziałach Szpitalnych
12.	Zużycie alkoholowego środka do dezynfekcji i mydła na 1000 osobodni
13.	% Pacjentów, u których wykonano reoperacje
14.	Monitorowanie średniego czasu hospitalizacji Pacjentów w oddziałach Szpitalnych
15.	Monitorowanie i ocena skuteczności profilaktyki VTE u Pacjentów hospitalizowanych
16.	% rehospitalizacji w danej KO/podmiocie leczniczym

17.	% Pacjentów, u których nie wykonano zabiegu operacyjnego zgodnie z planem („spadki”)
18.	% rotacji pracowników medycznych w KO/Szpitalu
19.	% przekierowań Pacjentów do innych podmiotów leczniczych (oraz powód)
20.	Liczba rehospitalizacji
21.	Liczba badań powtórzonych
22.	Monitorowanie i ocena błędów przedlaboratoryjnych
23.	Wskaźnik śmiertelności w tym zgony okołozabiegowe
24.	Analiza polityki lekowej Szpitala w tym wyników monitorowania skuteczności profilaktyki okołozabiegowej, polipragmnazji, interakcji lekowych oraz profilaktyki przeciwzakrzepwej
25.	Wskaźnik leczenia Pacjentów krwią i jej składnikami
26.	Monitorowanie i ocena reanimacji
27.	Monitorowanie liczby i ocena poszczególnych rodzajów znieczuleń
28.	Analiz i ocena przedłużonych czasów pobytów (w danym rozpoznaniu)
29.	Liczba i ocena Pacjentów przeniesionych do innych Szpitali
30.	Analiza przyjęć, kwalifikacji i odmów przyjęć
31.	Liczba i wskaźnik upadków Pacjentów
32.	Utylizacja pracy kluczowego sprzętu w KO/Szpitalu (pracownia, robot, laser, etc.)

Wskaźniki obszar organizacyjno – zarządczy

Lp.	Wskaźnik
1.	Liczba hospitalizacji ogółem
2.	Liczba osobodni
3.	Liczba zrealizowanych procedur (wykonanie vs założenia)
4.	Udział % kosztów wynagrodzeń personelu KO/Szpitala
5.	% realizacji kontraktu na dany rodzaj świadczeń
6.	Liczba wpływających skarg Pacjentów uznanych za zasadne
7.	Monitorowanie realizacji zakupów i inwestycji wpływających na jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zakres udzielanych świadczeń ujętych w planie inwestycyjnym na dany rok
8.	Monitorowanie realizacji przyjętego planu szkoleń zewnętrznych
9.	Monitorowanie testów zgodności opisów badań diagnostycznych
10.	Rozpoznania wg klasyfikacji ICD-10
11.	Analiza stanu kolejek oczekujących Pacjentów
12.	Źródła wejścia Pacjenta (AOS, POZ, samodzielnie, ZRM)

	KSIĘGA WEWNĘTRZNEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA	Wersja 1
---	--	----------

13.	Utylizacja godzin pracy personelu lekarskiego/pielęgniarskiego
14.	Utylizacja godzin pracy bloku operacyjnego
15.	Średni koszt świadczenia zdrowotnego per Pacjent
16.	Średni koszt świadczenia zdrowotnego per procedura
17.	% pracowników przeszkolonych w zakresie PZK/Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta
18.	% wykonanych analiz RCA do ilości zgłoszonych IK
19.	Liczba IK (w tym krytycznych) oraz ZN w danej KO/Szpitalu
20.	Liczba przypadków, w których podmiot leczniczy został ukarany decyzją regulatora
21.	Liczba audytów, w których podmiot otrzymał negatywną ocenę
22.	Monitorowanie wyników oceny satysfakcji personelu Szpitala

Wskaźniki konsumenckie

Lp.	Wskaźnik
1.	Monitorowanie wskaźnika zwrotności ankiet badania satysfakcji Pacjentów w odniesieniu do ogólnej liczby leczonych
2.	NPS dla Grupy LUX MED – rok 2024 – 66 (minimum)
3.	Liczba wpływających skarg Pacjentów uznanych za zasadne

IX. KLINICZNA KONTROLA ZARZĄDCZA

Dla zapewnienia działań w zakresie zarządzania klinicznego i oceny ryzyka w celu monitorowania i oceny ogólnej skuteczności podejmowanych działań operacyjnych Szpitale Grupy LUX MED zobowiązane są do ustanowienia zasad, wdrożenia i realizacji klinicznych kontroli zarządczych zgodnie ze Standardem prowadzenia kontroli zarządczych. Każdy Szpital sporządza plan kontroli zarządczych na cały rok z aktualizacją raz na kwartał. W założeniach podejmowanych działań kontrolnych powinno być ciągle monitorowanie ryzyka klinicznego, incydentów, skarg lub innych danych związanych ze specyfiką działań danego Szpitala jak i udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Kliniczne kontrole zarządcze prowadzone są z zachowaniem zasady poufności, bezstronności, bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych, danych medycznych przez odpowiednio przygotowany personel Szpitala. Kontrole zarządcze na poziomie lokalnym prowadzone są przez kierowników poszczególnych jednostek Szpitala. Postępowanie kontrolne oparte jest o proces analizy dokumentacji medycznej Pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych, obserwacje warunków, środowiska w jakim świadczenia zdrowotne są realizowane oraz inne źródła informacji adekwatnie do rodzaju ryzyka. Po przeprowadzeniu kontroli osoby kontrolujące sporządzają sprawozdanie,

które przekazywane jest do Dyrektora ds. medycznych. Dane pozyskane w wyniku czynności kontrolnych stanowią jedną z danych wejściowych do identyfikowania obszarów do doskonalenia.

X. AUDYT ZARZĄDZANIA KLINICZNEGO „SZANSA”

Audyt Zarządzania Klinicznego „SZANSA” to systematyczny, ciągły i niezależny nadzór oraz kontrola i ocena przestrzegania regulacji prawnych oraz wymagań wewnętrznych w odniesieniu do obszarów mających wpływ na bezpieczeństwo opieki. Audyt „SZANSA” jest ściśle związany z Polityką Zarządzania Klinicznego (Clinical Governance) i dotyczy każdego Szpitala należącego do Grupy LUX MED i stanowi II linię obrony jakości klinicznej. W ramach Audytu przeprowadzane są czynności o charakterze:

1. Oceniającym, zapewniającym ocenę i zapewnienie zgodności z wymaganiami (przepisy prawa i regulacje wewnętrzne), wdrożenie i skuteczność mechanizmów kontrolnych przypisanych do ryzyk, wdrożenie minimum standardów dla zarządzania ryzykiem klinicznym.
2. Doradczym – dobre praktyki.
3. Edukacyjnym.

Założenia Audytu „SZANSA”

1. Audyty stanowią element zarządzania ryzykiem klinicznym i obejmują obszary oraz procesy medyczne, które mogą stwarzać ryzyko i zagrażać bezpieczeństwu Pacjenta i Personelu, a tym samym wpływać niekorzystnie na Grupę LUX MED.
2. Obszary do audytu są ustalane m.in. w oparciu o zidentyfikowane ryzyka dla obszaru klinicznego (Clinical) – w szczególności odnoszą się do ryzyk określonych jako RED EVENTS oraz ryzyk zagrażających wystąpieniu Incydentu Krytycznego, W przypadku Szpitali ubiegających się akredytację Ministra Zdrowia obszary audytu powiązane są ze standardami akredytacyjnymi.
3. W wyniku audytu identyfikowane są elementy badanego procesu wymagające doskonalenia (wąskie gardła / luki w procesie).

Korzyści wynikające z Audytu „SZANSA”

1. Uzyskanie zapewnienia prawidłowości funkcjonowania procesów i skuteczności wdrożonych działań ograniczających możliwość materializacji ryzyk związanych z procesem.
2. Poprawa jakości opieki i bezpieczeństwa Pacjenta oraz Personelu poprzez weryfikację skuteczności funkcjonujących procesów oraz wzmocnienie nadzoru nad realizacją zadań i usprawniania stosowanych mechanizmów kontroli jakości.

Zasady prowadzenia Audytów Zarządzania Klinicznego „SZANSA”

1. Audyty „SZANSA” wykonywane są w kluczowych obszarach działalności klinicznej istotnych dla bezpieczeństwa Pacjenta i/lub Pracownika.

2. Audyty mają charakter **PROCESOWY** - w wyniku audytu identyfikowane są elementy badanego procesu wymagające doskonalenia (wąskie gardła / luki w procesie).
3. Audyty przeprowadzane są przez zespoły audytowe na podstawie upoważnienia Dyrektora Medycznego LUX MED.

Planowanie Audytów „SZANSA”

1. Audyty „SZANSA” wykonywane są według ustalonego harmonogramu. Obszary będące przedmiotem audytów ustalane są w ramach działalności Komitetu Nadzoru Klinicznego.
2. Plan audytów może ulegać modyfikacji w przypadku zidentyfikowania ryzyka o wysokim poziomie istotności.
3. Niezależnie od zatwierzonego planu Audyty „SZANSA” mogą być wykonywane w ramach działań kontrolnych po wystąpieniu incydentu klinicznego (w szczególności incydentu o wysokim poziomie dotkliwości). Zasady prowadzenia audytu po wystąpieniu incydentu klinicznego zostały uregulowane w wytycznych „AUDYT ZARZĄDZANIA KLINICZNEGO „SZANSA” INCYDENT KLINICZNY/ ZDARZENIE EARLY ALERTS”,

Realizacja Audytów „SZANSA”

1. Audyt prowadzony jest na podstawie dostarczonych dowodów.
2. Audytorzy koncentrują się na procesie, organizacji oraz obowiązujących standardach, procedurach i przepisach prawa.
3. Realizacja audytu polega na weryfikacji i ocenie kompletności przedstawionych dowodów oraz ocenie stopnia spełnienia wymagania w oparciu o ustalone dla badanego obszaru kryteria.

Monitorowanie działań naprawczych

1. Strona audytowana / Właściciel obszaru zobowiązani są do zaplanowania działań naprawczych przedstawienia informacji oraz dowodów podjętych działań naprawczych w ustalonych terminach.
2. Zespół audytowy na bieżąco monitoruje i rejestruje status działań naprawczych, analizuje otrzymane materiały w zakresie kompletności względem zadeklarowanych działań naprawczych.
3. Skuteczność wdrożonych działań naprawczych jest weryfikowana podczas kolejnych audytów „SZANSA” zaplanowanych dla tego obszaru, a w razie konieczności po zakończeniu działań naprawczych.

Sprawozdawanie wyników z Audytów SZANSA

Wyniki audytów oraz status działań naprawczych prezentowane są podczas spotkań:

1. Komitetu Nadzoru Klinicznego.
2. Komitetu Ryzyka i Zgodności z Wymaganiami.

XI. ZASADY IDENTYFIKACJI WDRAŻANIA I MONITOROWANIA DZIAŁAŃ DOSKONALĄCYCH DLA ZAPEWNIENIA POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

Stale zmieniające się warunki otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego funkcjonowania Szpitali Grupy LUX MED wymuszają podejmowanie działań o charakterze dostosowawczym i doskonalącym. Ich celem jest w szczególności spełnienie wymagań stron zainteresowanych, doskonalenie oraz systematyczny rozwój. W Wewnętrznym systemie zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta ukierunkowanym na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych Pacjentów podobnie jak w Polityce Zarządzania Klinicznego do głównych kierunków działań doskonalących zalicza się usprawnienia w obszarze realizowanych procesów poprzez:

1. Systematyczną analizę i ocenę ryzyka klinicznego oraz działania związane z jego mitygacją.
2. Dogłębną analizę incydentów klinicznych i związane z nimi działania następcze.
3. Analizę skarg, reklamacji i uwag Pacjentów w zakresie oceny jakości udzielanych świadczeń.
4. Analizę wyników monitorowania satysfakcji Pacjentów w oparciu o uzyskiwane poziomy NPS jak i szczegółowe informacje będące głosem Pacjenta w procesie rozwoju i doskonalenia.
5. Analizę wyników klinicznych kontroli zarządczych.
6. Analizę wyniki audytów SZANSA, audytów wewnętrznych, zewnętrznych etc.
7. Analizę wyników działalności klinicznej obrazowaną rzetelnymi danymi w zakresie monitorowanych wskaźników.
8. Jasno zdefiniowane procedury/instrukcje/standardy postępowania operacyjnego.
9. Zdefiniowane i właściwie powierzane zakresy czynności odpowiednio do danego stanowiska w strukturze organizacyjnej, posiadanych kompetencji i uprawnień adekwatnie do formy zatrudnienia.
10. Poprawność sporządzanej, prowadzonej i archiwizowanej dokumentacji medycznej w ramach udzielanych świadczeń.
11. Poprawę zaufania Pacjentów oraz wzrost poziomu ich satysfakcji.
12. Poprawę jakości usług w obszarze działalności klinicznej obrazowaną rzetelnymi danymi w zakresie monitorowanych wskaźników.
13. Nadzór i kontrolę prowadzonej działalności na poziomie operacyjnym.
14. Reagowanie na wszelkie identyfikowane nieprawidłowości.
15. Zapewnienie dostępu do szkoleń, rozwoju i doskonalenia posiadanej wiedzy i umiejętności.
16. Zapewnienie, rozwój i doskonalenie infrastruktury stałej i ruchomej w tym sprzętu i aparatury medycznej.
17. Doskonalenie zasad prowadzonej współpracy z dostawcami w szczególności w obszarach zdefiniowanych przez dany Szpital jako strategiczne.

18. Systemy bieżącej i okresowej komunikacji w ramach spotkań/ odpraw operacyjnych pozwalających reagować wszędzie tam, gdzie dany obszar/sytuacja tego wymaga.

Inicjowane i podejmowane działania doskonalące w ramach Wewnętrznego systemu zarządzania jakością bezpieczeństwem Pacjenta stanowią łączny element dużego zbioru działań podejmowanych przez Szpitale w ramach ustanowionej Polityki Zarządzania Klinicznego.

XII. ZASADY ORGANIZACJI, PROWADZENIA I DOKUMENTOWANIA SZKOLEŃ DLA PODNOSZENIA WIEDZY I KOMPETENCJI PERSONELU W ZAKRESIE JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

Celem polityki szkoleniowej ustanowionej i realizowanej przez Szpitale należące do Grupy LUX MED jest doskonalenie zawodowe wszystkich pracowników poprzez stałe podnoszenie kwalifikacji oraz wiedzy i kompetencji kadry Szpitali. Umożliwienie rozwoju zawodowego pracowników pozwala na efektywniejsze wykorzystanie zasobów ludzkich, wpływając na jakość świadczonej pracy oraz zwiększenie efektywności i sprawności podejmowanych przez nich działań. Realizowana przez Szpitale Grupy LUX MED polityka ma za zadanie optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na wspieranie doskonalenia zawodowego pracowników. Polityka szkoleniowa Szpitali obejmuje wszystkich pracowników odpowiednio do formy zatrudnienia i poszczególnych rodzajów szkoleń, a przede wszystkim stosownie do zidentyfikowanych potrzeb szkoleniowych. Celem realizacji poszczególnych rodzajów szkoleń jest:

1. Spełnianie wymagań prawnych w aspekcie wymaganych kwalifikacji pracowniczych.
2. Rozwój kompetencji pracowników.
3. Budowanie zespołu świadomej i kompetentnej kadry identyfikującej się ze Szpitalem oraz Grupą LUX MED jako właściwym miejscem pracy.
4. Wzrost zaangażowania pracowników w realizację bieżących działań operacyjnych.
5. Wzrost wiedzy i świadomości w ramach projakościowych aspektów funkcjonowania podmiotu leczniczego.
6. Dbłość o zachowanie jak najwyższej jakości obsługi Pacjentów.
7. Wsparcie pozytywnego nastawienia do zmian wśród pracowników Szpitala.
8. Łatwiejsza implementacja projakościowych rozwiązań na rzecz rozwoju i doskonalenia działalności Szpitala.
9. Promocja wartości Szpitala, w tym propagowanie wiedzy na temat Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem Pacjenta.

XIII. DOKUMENTY ZWIĄZANE

1. Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie Pacjenta z dnia 16.07.2023 r. (Dz.U.2023 poz. 1692).
2. Polityka Zarządzania Klinicznego.
3. Standard Zarządzania ryzykiem klinicznym.
4. Standard Ciągłego monitorowania wdrożenia Polityki Zarządzania Klinicznego.
5. Minimum standardów dla monitorowania jakości.
6. Standard prowadzenia kontroli zarządczych.
7. Standard zarządzania incydentami w tym krytycznymi incydentami klinicznymi.
8. Księga Jakości Szpitala Swissmed.