

Procedura PS-2
DZIAŁANIA KORYGUJĄCE I NADZÓR NAD NIEZGODNOŚCIAMI

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością	Anna Gulska - Kołata	04-04-2022r.	
Zatwierdził:	Dyrektor	Sławomir Wysocki	04-04-2022r.	

Uwaga! Niniejszy dokument jest własnością Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy i nie może być upowszechniany ani kopiowany bez zgody Dyrektora lub Pełnomocnika ds. SZJ.

1. Cel

1.1. Celem procedury jest zapewnienie, że w przypadku stwierdzenia niezgodności w procesie realizacji usług w WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza opracowany będzie sposób dalszego postępowania mający na celu eliminację niezgodności oraz określenie przyczyn i skutków takiego stanu rzeczy.

2. Zakres stosowania:

2.1. Postanowienia zawarte w niniejszej procedurze obowiązują we wszystkich komórkach organizacyjnych WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza objętych Systemem Jakości.

3. Odpowiedzialność:

3.1 Dyrektor WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza odpowiada za:

- zapewnienie odpowiedniej komunikacji pomiędzy wszystkimi pracownikami WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza,
- wskazywanie kierunków działań oraz podejmowanie decyzji w przypadku niezgodności, których rozwiązanie wymaga nakładów finansowych, działań strategiczno - zarządczych itp.

3.2 Osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie poszczególnych obszarów w WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza odpowiadają za:

- podjęcie działań w celu wyeliminowania stwierdzonej niezgodności w procesie realizacji usług,
- podjęcie natychmiastowych działań w sytuacji stwierdzenia błędów, problemów oraz innych sytuacji których wystąpienie może istotnie rzutować na proces realizacji usług w danym obszarze,
- opracowanie i podjęcie natychmiastowych działań korygujących/zaradczych w związku z wyeliminowaniem przyczyn zidentyfikowanej niezgodności/ błędu/ problemu...,
- prowadzenie dokumentacji w związku ze zidentyfikowanymi niezgodnościami (rejestr zgłoszenia niezgodności i działań korygujących/ problemów organizacyjnych),
- przygotowywanie raportów ze zidentyfikowanych niezgodności w podległym obszarze oraz terminowe przedkładanie go do Pełnomocnika ds. SZJ,

3.3. Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością odpowiada za:

3.2.1. nadzór nad realizacją działań zgodnie z niniejszą procedurą,

System Zarządzania Jakością	PS-2
DZIAŁANIA KORYGUJĄCE I NADZÓR NAD NIEZGODNOŚCIAMI	Wersja 03

- 3.2.2. analizę zapisów zgłoszonych niezgodności problemów organizacyjnych przez poszczególne obszary/ komórki organizacyjne, wdrożonych działań korygujących
- 3.2.3. proponowanie właściwych sposobów usunięcia stwierdzonych niezgodności wymagających decyzji organizacyjno- zarządczych.

4. Terminologia:

- 4.1. **Niezgodność/ problem/ błąd** – sytuacja, zdarzenie, działanie, które uniemożliwia prawidłowe wykonywanie usług/ spełnienie założonych wymagań,
- 4.2. **Działanie korygujące** - działania podjęte w celu wyeliminowania przyczyny wykrytej niezgodności,
- 4.3. **Działania korekcyjne** - wszystkie działania, które są podejmowane, w celu usunięcia wykrytej niezgodności.
- 4.4. **Wymaganie** – Norma, zespół warunków, jakim działanie i jego wynik musi odpowiadać,
- 4.5. **Usługa** - wyniki działań powstałych w trakcie przebiegu poszczególnych procesów głównych,
- 4.6. **SZJ** – System Zarządzania Jakością.

5. Tryb postępowania:

- 5.1. Za niezgodności, które pojawiły się w procesie realizacji usług w WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza uważa się sytuacje kiedy;
 - na skutek błędu, nieszczęśliwego zdarzenia lub innych nieoczekiwanych okoliczności dochodzi do uchybień w procesie realizacji usług,
 - zidentyfikowano problem jakościowy w obsłudze pacjenta/klienta,
 - zidentyfikowano sposób postępowania pracownika/ kontrahenta niezgodnie z obowiązującymi procedurami postępowania,
 - zidentyfikowano roszczenie pacjenta, co do jakości obsługi jako zasadne,
 - stwierdzono błąd wynikający z uchybień organizacyjno-zarządczych w danym obszarze.
- 5.2. W przypadku stwierdzenia faktu wystąpienia niezgodności powstałej na drodze realizacji usługi bądź faktu zrealizowania usługi niezgodnej z wymaganiami, każdy pracownik który dokonał identyfikacji niezgodności zobowiązany jest podjąć natychmiastowe działanie eliminujące daną niezgodność oraz zgłosić wykryte zdarzenie do bezpośredniego przełożonego,
- 5.3. W przypadku kiedy zdarzenie uznane jako niezgodność zostało zidentyfikowane podczas pełnienia dyżuru/ obecności w pracy pracownik zobowiązany jest bezwzględnie:
 - zgłosić fakt do bezpośredniemu przełożonemu lub innemu pracownikowi WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, odpowiedzialnemu za dany obszar w ramach którego zidentyfikowano niezgodność,
 - poza standardowymi godzinami pracy WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza (niedziele, święta, dni wolne...) zgłosić wystąpienie danego zdarzenia osobie pełniącej dyżur (jako osoba zarządzająca / koordynująca obszarem np. lekarz dyżurny)
- 5.4. Podejmowane działanie powinno być natychmiastowe, bez nieuzasadnionej zwłoki w zakresie własnych możliwości, posiadanych kompetencji i uprawnień,
- 5.5. W przypadku kiedy wykryta niezgodność jest incydentalnym zdarzeniem, nie wpływającym w znaczący sposób na proces realizacji usług, należy w sposób

System Zarządzania Jakością	PS-2
DZIAŁANIA KORYGUJĄCE I NADZÓR NAD NIEZGODNOŚCIAMI	Wersja 03

- szczegółowy przeanalizować przyczynę i skutki niezgodności, wyciągnąć naukę z incydentu celem zapobieżenia ponownemu wystąpieniu,
- 5.6. W przypadku niezgodności istotnych z punktu widzenia działania danego obszaru, niezgodności które powtarzają się systematycznie, osoba identyfikująca niezgodność bezwzględnie zobowiązana jest udokumentować zdarzenie w rejestrze rejestr działań korygujących -doskonalących **D-1_PS-2**,
 - 5.7. Osoba koordynująca pracę danego obszaru zobowiązana jest **po zakończonym miesiącu nie później niż do 10 dnia miesiąca przekazać kopie rejestru działań korygujących -doskonalących D-1 PS-2 do pełnomocnika ds. SZJ.**
 - 5.8. Zbiorczy rejestr sporządzany jest z wykorzystaniem druku miesięczny raport z niezgodności **D_2_PS_2 – prowadzony jest przez Pełnomocnika ds. SZJ,**
 - 5.9. Jeżeli w danym miesiącu nie stwierdzono niezgodności w danym obszarze nie ma obowiązku przekazania kopii rejestru.
 - 5.10. **W przypadku niezgodności/ problemów organizacyjnych istotnie wpływających na funkcjonowanie WSZZOZ w Wolicy – tzw. sprawy pilne! powinny być poza udokumentowaniem w raporcie z dyżuru, niezwłocznie zgłoszone do pracownika odpowiedzialnego za dany obszar,**
 - 5.11. W przypadku kiedy przedmiot niezgodności dotyczy roszczenia pacjenta co do procesu świadczenia usługi, pracownik WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza zobowiązany jest poinformować pacjenta o możliwości złożenia skargi/ zażalenia do Dyrekcji na piśmie,
 - 5.12. W sytuacji wpłynięcia dokumentu skargi/ zażalenia Dyrektor WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza zobowiązany jest do szczegółowej analizy przedmiotu sprawy oraz do podjęcia właściwego stanowiska zgodnego z wytycznymi umowy z NFZ, podjętych ustaleń i/ lub przepisów prawa - zgodnie z Procedurą rozpatrywania skarg.
 - 5.13. Pełnomocnik ds. SZJ na podstawie przekazanych miesięcznych rejestrów niezgodności z poszczególnych obszarów przygotowuje raport zbiorczy,
 - 5.14. W przypadku nowych niezgodności (dotychczas nieidentyfikowanych), dużej liczby niezgodności danego wariantu lub innych niepokojących sytuacji Pełnomocnik ds. SZJ zobowiązany jest do przedstawienia Dyrektorowi WSZZOZ w Wolicy celem określenia właściwych działań doskonalących dla danego obszaru,
 - 5.15. Wyniki okresowych analiz stwierdzanych niezgodności w poszczególnych obszarach wykorzystywane są:
 - na przeglądach zarządzania jako jeden z elementów wskazywania działań doskonalących w systemie jakości,
 - jako tematyka do szkoleń wewnętrznych merytorycznych oraz szkoleń w ramach doskonalenia Systemu Jakości.
 - 5.16. Osobny rodzaj niezgodności stanowią niezgodności identyfikowane podczas audytów wewnętrznych, zasady postępowania w tym przypadku reguluje Procedura „Audyty wewnętrzny” PS-4

6. Dokumenty związane z procedurą:

- 6.1. Procedura audyt wewnętrzny PS-4
- 6.2. Procedura „Działania korygujące i zapobiegawcze ” PS-3.

7. Zapisy:

System Zarządzania Jakością	PS-2
DZIAŁANIA KORYGUJĄCE I NADZÓR NAD NIEZGODNOŚCIAMI	Wersja 03

Lp.	Rodzaj zapisu	Miejsce przechowywania / osoba odpowiedzialna	Czas archiwizacji
1.	Rejestr działań korygujących doskonalących	Każda komórka organizacyjna	2 lata
2.	Zbiorczy rejestr działań korygujących doskonalących	Pełnomocnik ds. SZJ	3 lata

8. Załączniki:

8.1. Rejestr działań korygujących doskonalących D-1_PS-2