

E példány sorszáma:



DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ
SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ
MINŐSÉGÜGYI KÉZIKÖNYV

Jóváhagyta és a kiadást elrendelte:

.....
Dr. Bedros J. Róbert
c. egyetemi tanár, főigazgató

Készítette:	<i>Kacsó Katalin Melinda</i>	<i>irodavezető Minőségügyi Iroda</i>	
Ellenőrizte:	<i>Kis Beatrix Judit</i>	<i>gazdasági igazgató</i>	
Ellenőrizte:	<i>Németh Miklósné</i>	<i>ápolási igazgató</i>	
Ellenőrizte:	<i>Dr. Sziller István c. egyetemi tanár</i>	<i>orvosigazgató helyettes</i>	
Ellenőrizte:	<i>Dr. Máté Miklós Ph.D.</i>	<i>orvosigazgató helyettes</i>	

A Minőségügyi Kézikönyvben található valamennyi információ a **Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház** (a továbbiakban: Kórház) tulajdona. Nem használhatók fel üzleti vagy más célra a főigazgató előzetes jóváhagyása nélkül.

1 A DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ MINŐSÉGPOLITIKAI NYILATKOZATA

A Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház felső- és középszintű vezetése, valamint minden munkatársa e nyilatkozatban kívánja az általa nyújtott szolgáltatás megfelelő minősége iránti elkötelezettségét megerősíteni.

Minőségpolitikánk összhangban van az Intézményünk vezetése által meghatározott stratégiával, kórházunk minőségcéljaival, tartalmazza a törvény és az általunk megfogalmazott követelmények teljesítését és az erőforrások biztosítását. Gondoskodunk arról, hogy minőségcéljainkat munkatársaink, partnereink, betegeink és hozzátartozóik megismerjék és megértsék.

Elsődleges feladatunknak tekintjük, hogy betegeinket legjobb tudásunk és képességünk szerint, a legbiztonságosabb és megnyugtató körülmények között gyógyítsuk úgy, hogy az orvos-beteg találkozások minél kevesebb várakozással legyenek megterhelve.

Céljaink között fontos szerepet játszik a koronavírus-fertőzés magyarországi terjedésének megfékezése, a kórházunk által ellátott betegek, hozzátartozóik, valamint dolgozóink egészségének védelme, továbbá a mindenkori aktuális helyzethez igazodó, de hatékony betegellátás biztosítása.

Intézményünk a gyógyítás mellett a minőségi oktatás iránt is elkötelezett, megalapozva ezzel a jövőbeni gyógyítás elméleti és gyakorlati feltételeit. Munkatársaink nagy szakértelemmel és kiemelt odafigyeléssel oktatják az orvostudományt, a betegápolást és az egyéb szakképzéseket graduális és posztgraduális szinten, hallgatóink mind nagyobb szakmai tudásának elérése érdekében.

Céljaink megvalósítására:

☞ Vezetőségünk elkötelezett a magas színvonalon nyújtott minőségi betegellátás mellett, ezért feladatainkat átgondolt, szabályozott körülmények között, az Intézmény dolgozóival és együttműködő partnereivel közösen végezzük.

☞ Olyan feltételek megteremtésére törekszünk, amelyek biztosítják a biztonságos, betegközpontú, hatékony működést és annak folyamatos javítását, a betegek emberi méltóságának és jogainak tiszteletben tartását, a szakma szabályainak és az érvényes jogszabályoknak megfelelő működést, kivizsgálást, gyógyítást, ápolást és a szükséges, hozzáférhető, kielégítő tájékoztatást és visszajelzést, a kockázatok mérséklését és a nemkívánatos események előfordulásának csökkentését is. Az orvostudomány fejlődését nyomon követve, folyamatosan fejlesztjük tevékenységeinket, amelyet a gyógyászati termékek naprakész ismerete, illetve a nemzetközi és a hazai szakmai kollégiumok tapasztalatai is biztosítanak számunkra.

☞ Feladataink elvégzéséhez biztosítjuk a megfelelő humán-, és infrastrukturális erőforrásokat. Tevékenységünk során kiemelt figyelmet helyezünk környezetünk védelmére is. Kitűzött céljaink megvalósítását a munkájukra igényes munkatársaink szavatolják, akik a jogszabályi-, illetve az általunk megfogalmazott szakképzettséggel és gyakorlattal rendelkeznek. Célunk olyan vezetési kultúra és munkahelyi légkör kialakítása, amelyben munkatársaink – a minőségi munkavégzés és annak fenntartása érdekében – képességeiket a betegellátás előnyére folyamatosan fejlesztik és kamatoztatják.

☞ A rendelkezésre álló forrásokból, pályázatok során befolyt összegekből a Kórház eszközparkjának bővítése, gyógyfürdő építése.

☞ Intézményünkben hatékonyan működtetjük és folyamatosan fejlesztjük a kockázatértékelésen alapuló ISO 9001-es szabványok, valamint a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok követelményeinek megfelelően tanúsított integrált minőségirányítási rendszerünket.

Budapest, 2022. április 25.

2 A KÓRHÁZ SZAKMAI TEVÉKENYSÉGNEK BEMUTATÁSA

A Kórház Budapest dél-budai régiójának egyetlen, többprofilú fekvőbeteg-ellátó gyógyintézménye, amely 1950-ben 363 ágyon, gyakorlatilag az alapszakmákban kezdte meg működését.

A '60-as évek végétől a XI. és XXII. kerület lakosságának száma gyors ütemben növekedett. A meredeken emelkedő ágyszámigényt csak új kórházi pavilonok létesítésével lehetett kielégíteni. Ennek eredményeképpen épültek meg a '70-es évek elején az akkor korszerűnek számító, de napjainkra elavult, paneles szerkezetű „B” és „C” épületek.

1988-ban a kórház területére egy Részvénytársaság üzemeltette művese állomást telepítettek, amely 19 éven át ideiglenes épületben működött, s közben tulajdonosa is változott. 2007-ben azután felépült a B. Braun Avitum Hungary Zrt. korszerű, új nefrocentruma, amely a Kórházzal szoros együttműködésben komplex vesebeteg-ellátást biztosít a terület lakosságának.

1999-ben kezdték meg a Kórház teljes rekonstrukcióját, melynek első lépésében a műtéti szakmákat, valamint az intenzív ellátást magában foglaló „A” épület bővítését és átépítését valósították meg. Ennek keretében központi műtőblokkot alakítottak ki, folyamatosan működő, új sürgősségi egységet hoztak létre, korszerűsítették a hotelszolgálatot és modern, digitális eszközökkel látták el a célszerűen telepített képalkotó diagnosztikát.

A Kórház (szakmánként változó mértékben) kiszolgálja a két kerület, valamint még néhány Budapest környéki község betegeit, az Alapító Okiratnak megfelelő tevékenységi körben.

A jelenleg 678 ágyas Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban az aktív ellátást a sürgősségi típusú osztályok, mint a Sürgősségi Betegellátó Osztály, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Központi Műtő, valamint az Operatív Szakmák Mátrix Szervezete, a Belgyógyászati Szakmák Mátrix Szervezete, és az osztályszerkezetben működő Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, a Neurológiai és Stroke Osztály, a Pszichiátriai Osztály és a Klinikai Onkológiai Osztály képviselik. A korszerűen felszerelt Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály részeként működik a Neurointenzív - Stroke Őrző, amelynek feladata a kritikus állapotot okozó neurológiai megbetegedésében szenvedő betegek intenzív terápiás ellátása, korai rehabilitációja és edukációja. A hosszabb idejű ápolást nyújtó egységek: a Neurológiai és Stroke Rehabilitációs Osztály, a Krónikus Pszichiátriai Osztály, a Krónikus Osztály és az – egyelőre közreműködőként itt üzemeltetett – Geriátriai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztály.

Az Operatív Szakmák Mátrix Szervezetéhez Általános Sebészeti-, Érsebészeti-, Plasztikai Sebészeti-, Fül-Orr-Gégészeti és Szemészeti Profil tartozik.

A Belgyógyászati Szakmák Mátrix Szervezetének egyes profiljai a következők: Nefrológia-Hipertónia Profil, Angiológiai Profil, Gasztroenterológiai Profil, Kardiológiai Profil, Anyagcsere Központ, benne; Endokrinológia, Diabetológia, valamint Obezitológia - Lipidológia, és a Kiemelt Hotelszolgálati Profilok (VIP I. és VIP II.).

A klinikai osztályok munkájához korszerű színvonalú központi diagnosztika (Központi Laboratórium) ad háttérrel. A laboratóriumban hematológiai és kémiai vizsgálatokat végeznek. A ritka, különleges vizsgálatokhoz külső szolgáltatókat vesznek igénybe.

A Képalkotó Diagnosztikai Osztályon új digitális, röntgen, ultrahang diagnosztikai, mammográfiás és denzitometriás egység, továbbá CT és izotóp laboratórium, valamint az angiográfiás részleg várja a betegeket.

Szervezeti felépítésünket a mindenkor hatályos organogram tartalmazza (Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Szervezeti és Működési Szabályzat 1. sz. melléklet).

A Kórház osztályainak/profiljainak számos beteg-klub, illetve egyesület köszönheti létrejöttét, ilyen például a több mint másfél évtizedes Daganatos Betegek TUBA Klubja, valamint a nemrég létesített Kismama- és Szülésre Felkészítő Klub, a Gasztro Klub, az Életmód Klub és a Sclerosis Multiplex (SM) Klub.

A járóbeteg-ellátás a Bártfai utcai Rendelőben lévő Szakrendeléseken és a „K” épület földszintjén elhelyezett kórházi Szakambulanciákon folyik. Kórházunkban több szakmai területen – országos hírű szakemberek irányításával – kiemelkedő szakmai munka folyik, több speciális profilban az átlagosnál jobb tárgyi feltételekkel.

A Kórház teljes rekonstrukciójának második ütemeként a „C”, illetve az „R” épületek korszerűsítését fejezték be. Egy új, 180 férőhelyes hotelépületet – „K” épület – 2010 végén vettünk használatba. A harmadik ütem célkitűzése a „B” épület, egy új kiszolgáló és igazgatási épület, valamint a kazánház és a műhelyépület rekonstrukciója, mely még várat magára.

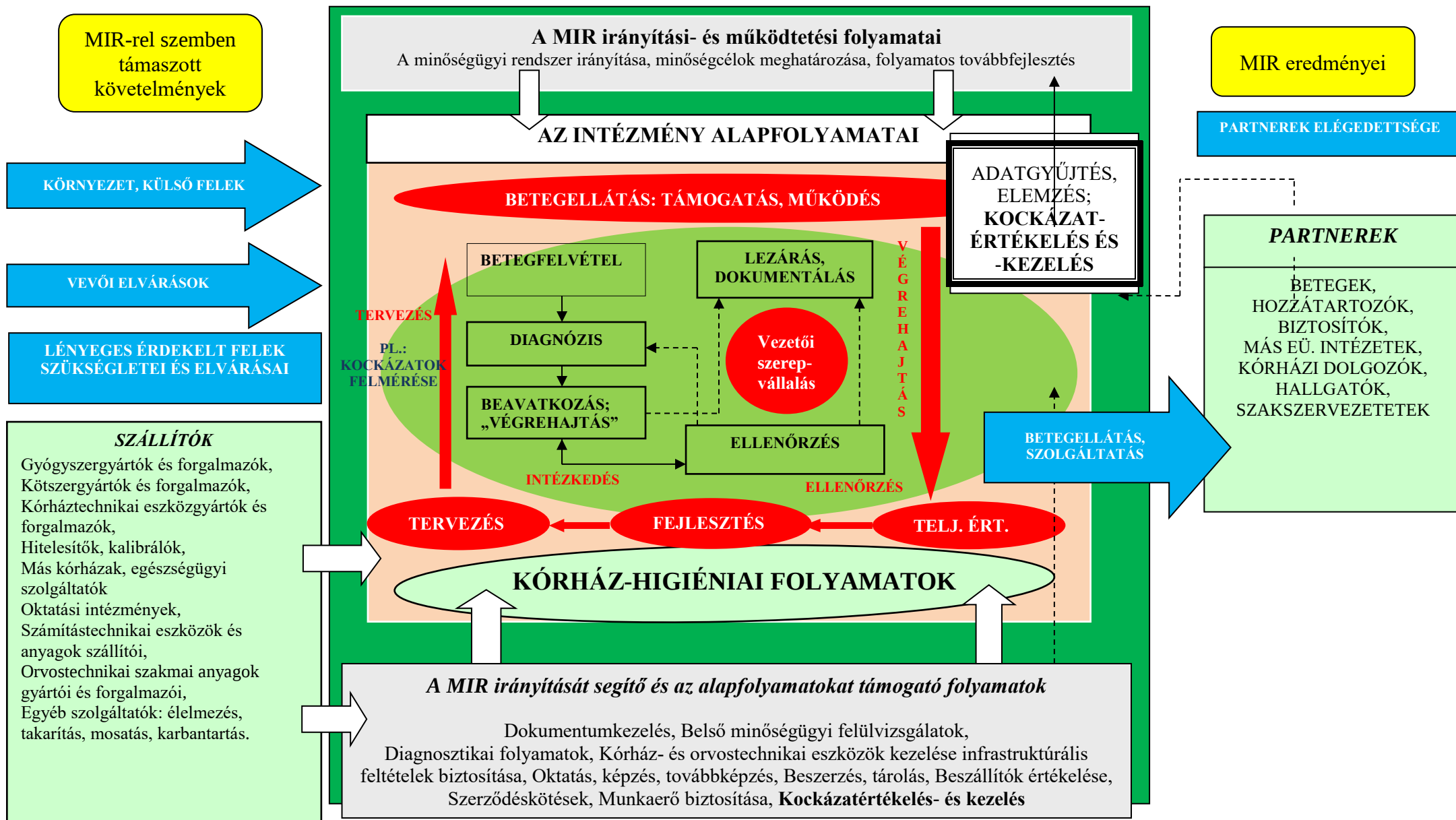
A rendelkezésre álló forrásokból (pl.: pályázati összegek) a Kórház meglévő eszközparkját folyamatosan fejleszti, valamint – felhasználva a Kórház természeti adottságait – terveiben szerepel egy gyógyfürdő felépítése és kialakítása is.

A jelenlegi járványügyi helyzet új kihívások elé állította Kórházunkat. A koronavírus járvány miatt a menedzsment azonnali higiéniai és megelőzési szabályokat vezetett be, valamint olyan új intézkedéseket rendelt el, amelyek lehetővé tették, hogy ebben a helyzetben is folytathassuk a minőségi betegellátást úgy, hogy közben munkatársaink is védettek legyenek.

A Kórház a szakorvos-képzésben, az orvos-továbbképzésben a medikusok, és a szakdolgozók gyakorlati oktatásában oktatókórházként vesz részt, mely címet 2012-ben adományozta a Pécsi Tudományegyetem, elismerve a Kórház több évtizede folyó tudományos és oktatási tevékenységét. 2016-ban a Semmelweis Egyetem Kórházunknak a Gyakorló Kórház címet adományozta. Kórházunk nem csak a magyarországi egyetemekkel, hanem a környező országok egyetemeivel is jó kapcsolatot tart, oktatja és részt vesz a jövő orvosainak, szakdolgozóinak a továbbképzésében.

Minőségirányítási rendszerünk szakmai fogalmai az 1. sz. mellékletben találhatók.

3 A MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI RENDSZER (MIR) IRÁNYÍTÁSI- ÉS MŰKÖDTETÉSI FOLYAMATAI



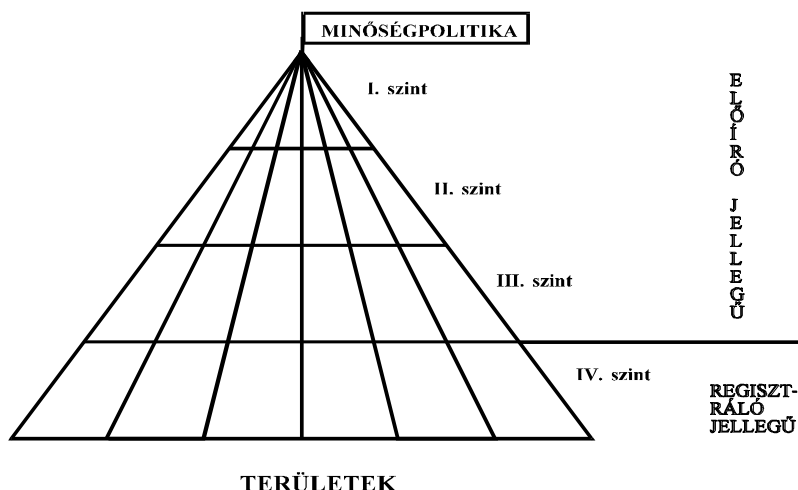
4 MINŐSÉGI RENDSZER

4.1 A minőségirányítási rendszer alkalmazási területe, kizárások

1. A Kórház közfeladata: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján, ellátási területére kiterjedően a járó- és fekvőbeteg diagnosztikus és terápiás szakorvosi ellátása, rehabilitációja és követéses gondozása (Alapító Okirat, 2022. március 01.).
2. A Kórház alaptevékenysége: Ellátási területén feladata a járó- és fekvőbetegek diagnosztikus és terápiás szakorvosi ellátása, rehabilitációja és követéses gondozása, ennek keretében fekvőbetegek aktív és krónikus ellátása, rehabilitációja, járóbetegek gyógyító és rehabilitációs szakellátása és egynapos ellátása az egyén gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából. Alaptevékenységébe tartozik a gyógyszer-kiskereskedelem, az orvostudományi kutatások végzése, egészségügyi szakmai képzések és továbbképzések végzése (Alapító Okirat, 2022. március 01.). A Kórház tevékenységeit a Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Szervezeti és Működési Szabályzat (a továbbiakban: SzMSz) részletezi.
3. A minőségirányítási rendszer a Tétényi út 12-16. sz. telephelyen fellelhető járóbeteg- és fekvőbeteg ellátásra, egészségügyi szakmai képzésre terjed ki.
4. A Kórház tervezési-, fejlesztési tevékenységet nem végez, ezért az ISO 9001:2015 szabvány 8.3. pontja nem alkalmazható.
5. A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyve (a továbbiakban: MEES) előíró fejezetei közül Kórházunkban alkalmazási területként a fekvő- és a járóbeteg-ellátás folyamatát, az általános diagnosztikai folyamatokat, az egészségügyi szakmai képzést, valamint az általános vezetési- és támogató folyamatokat működtetjük. A MEES fejezetei közül Kórházunk nem végzi a Háziiorvosi- (H) és a területi Védőnői ellátás folyamatát (V).
6. A Kórház figyelembe veszi környezetét, érdekelt feleinek követelményeit, valamint az általa alkalmazott termékek/szolgáltatások hatásait is. Például: a vonatkozó jogszabályi előírásokat, a Kórház ellátási területét, vevőit, szállítóit, berendezéseinek káros anyag kibocsátását, energiafelhasználásának hatékonyságát, felhasznált termékeinek környezeti hatását stb.

4.2 A dokumentálás követelményei, a dokumentációs rendszer felépítése

1. Meghatároztuk a szükséges folyamatokat és ezek sorrendjét, kapcsolatait (3. fejezet). Azonosítottuk a folyamatok kölcsönhatásait, melyeket a szabályozások kialakításánál maximálisan figyelembe vettünk. Folyamataink vizsgálatát kiterjesztjük a folyamatainkkal járó esetleges kockázatok elemzésére és értékelésére is. A megállapított kockázatok rangsoroljuk, valamint fontossági- és egyéb szempontok alapján, a helyesbítés, megelőzés és fejlesztés folyamatán belül kezeljük. A kockázatelemzés során figyelembe vesszük a Kórház Belső ellenőrzési kézikönyvének 20. sz. mellékletében, valamint a Belső kontrollrendszer szabályzatban előírtakat is.
2. Az MSZ EN ISO 9001:2009 és az MSZ EN ISO 9001:2015 szabványpontok összehangolását, valamint a MEES 1.0 és 2.0 standard előírásait minőségirányítási rendszerünk megfelelő elemeihez illesztettük (2. sz. melléklet).
3. A folyamatok eredményes működésének biztosításához meghatároztuk az erőforrásokat, definiáltuk a kritériumokat és módszereket, melyekre az egyes eljárásokban utalunk.
4. Folyamatainkat figyelemmel kísérjük, mérjük, az eredményeket elemizzük. Az eredmények tükrében fejlesztéseket határozzunk meg.
5. Minőségirányítási rendszerünk dokumentumai négyszintű dokumentációs rendszert alkotnak.



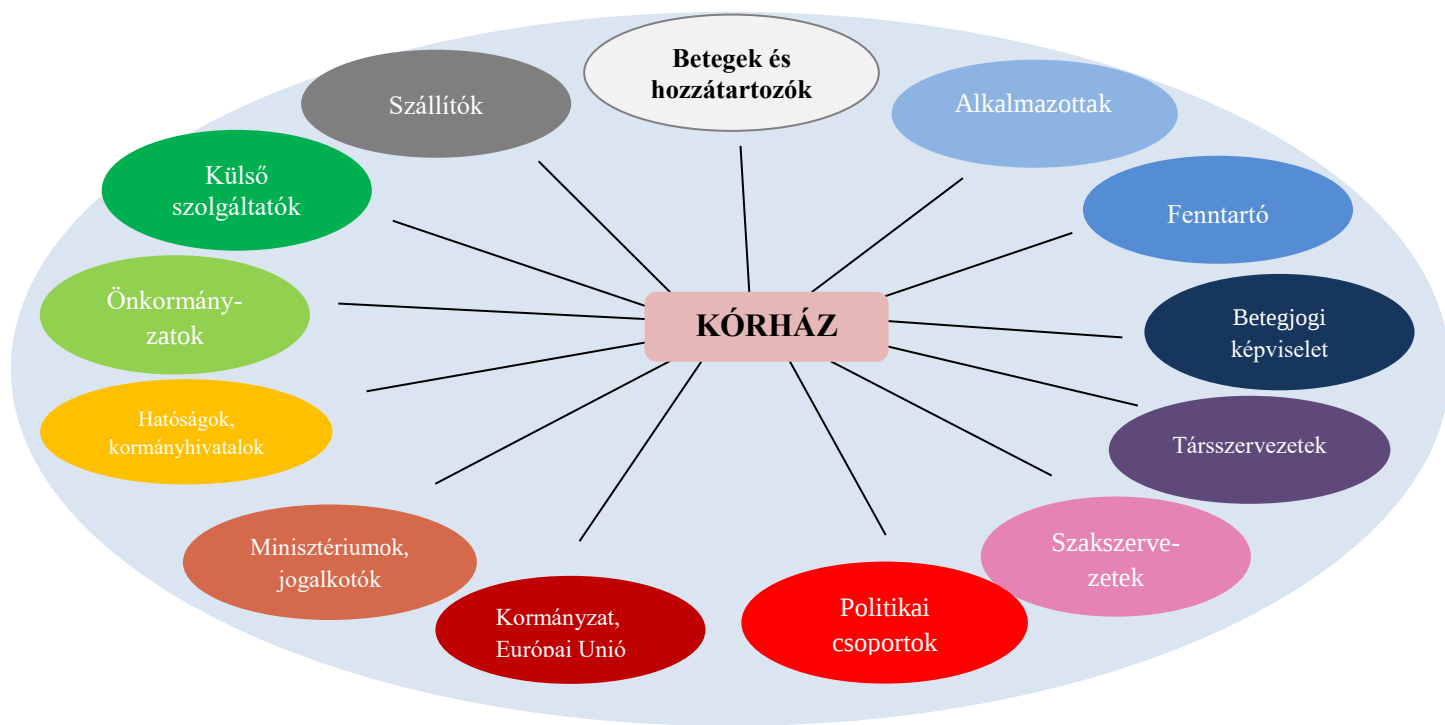
- I. szint:** A Minőségügyi Kézikönyv leírja a Kórház minőségirányítási rendszerét, tartalmazza az ISO 9001 szabvány és a MEES által előírt, és a Kórház vezetése által szükségesnek tartott további dokumentált eljárásokra történő hivatkozást.
- II. szint:** A folyamatleírások azoknak a tevékenységeknek a részleteit határozzák meg, amelyek azt biztosítják, hogy a Kórház eleget tegyen a követelményeknek. A folyamatleírás meghatározza a minőségirányítással, szolgáltatási folyamatainkkal kapcsolatos feladatokat, felelősségeket, hatásköröket, a kapcsolódó előírásokat és a készítendő feljegyzéseket. Folyamatleírásokat azokra a tevékenységekre készítünk, amelyeket nem részleteztünk a Minőségügyi Kézikönyvben.
- III. szint:** A végrehajtandó feladatok részleteit tartalmazó belső- és külső utasítások, előírások (pl.: osztály/profil/egység működési rendek, eljárásleírások, protokollok, munkaköri leírások, szabványok, jogszabályok és egyéb külső előírások)
- IV. szint:** A különböző feljegyzések, nyilvántartások, amelyek a betegellátás megfelelő végrehajtását és a minőségirányítási rendszer hatékony működését igazolják.
1. A minőségirányítási rendszer kidolgozásánál figyelembe vettük az ISO 9001 és a MEES szabványait, az 1997. évi CLIV. törvényt az egészségügyről, a tevékenységünket érintő érvényes jogszabályokat, valamint a hatóságok által meghatározott követelményeket.
 2. Azokat a minőségügyi eljárásokat, amelyek létét az ISO 9001 szabvány és/vagy a MEES előírják, vagy a folyamatok irányításához a vezetőség szükségesnek tart, a Minőségügyi Kézikönyv, a folyamatleírások, a szabályzatok és az utasítások, valamint a működési rendek tartalmazzák. A Minőségügyi Kézikönyvben, ahol szükséges, hivatkozunk a részletesebb előírásokra (pl.: folyamatleírásokra, szabályzatokra).
 3. A folyamatleírások – ahol értelmezhető – hivatkoznak azokra a szabályzatokra, utasításokra, működési rendekre, amelyek meghatározzák egy tevékenység végrehajtási módjának részleteit. Minden előíró jellegű dokumentum hivatkozik azokra a feljegyzésekre, nyilvántartásokra, amelyek az adott folyamattal kapcsolatosak.
 4. A betegellátási szolgáltatásunk minőségére befolyással bíró, vállalkozásba adott tevékenységek: az ételmezés, a mosatás, a takarítás, a rovar- és rágcsálóirtás, valamint a rendészeti tevékenység. A vonatkozó követelményeket, elfogadási kritériumokat, valamint a kapcsolattartó személyeket a belső szabályzatunkban, valamint a szerződésekben meghatároztuk, melynek alapján a folyamatok felügyeletét biztosítjuk.

4.3 A Minőségügyi Kézikönyv

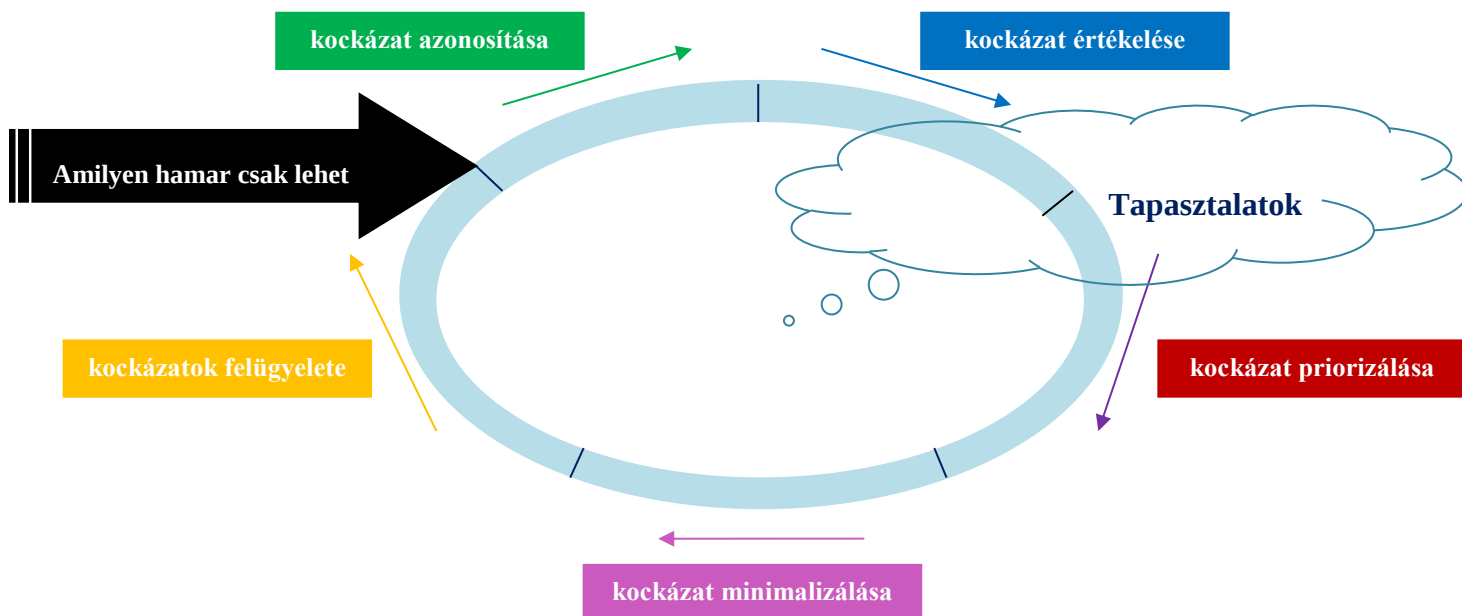
1. A Minőségügyi Kézikönyv bemutatja a Kórház integrált minőségirányítási rendszerét, amelyet a minőségpolitikával összhangban vezettünk be és működtetünk.
2. A Minőségügyi Kézikönyv a legfontosabb dokumentum a Kórház által végzett összes, a minőséggel kapcsolatos tevékenységről.
3. A minőségirányítási rendszer, illetve a dokumentációk kialakítása során az ISO 9001 szabvány pontjait úgy csoportosítottuk, hogy az megfeleljen működési sajátosságainknak, de ügyeltünk arra, hogy az alkalmazott szabvány minden követelményére adjunk választ a Minőségügyi Kézikönyvben és a hivatkozott folyamatleírásokban, szabályzatokban, eljárásleírásokban, protokollokban stb.
4. Az integrált minőségirányítási rendszer továbbfejlesztése során a MEES előírásait az ISO 9001 szabványpontjaihoz rendeltük és azt a dokumentum mátrixban (2. sz. melléklet) rögzítettük.
5. Az eligazodás megkönnyítésére a 2. sz. melléklet áttekintő útmutatást ad arra, hogy a Minőségügyi Kézikönyv egyes fejezetei, a minőségirányítási folyamatleírások, szabályzatok mely szabványpontokhoz kapcsolódnak.
6. A Minőségügyi Kézikönyv elkészítéséért és karbantartásáért a Minőségügyi Iroda vezetője felel, és a főigazgató hagyja jóvá a címlap aláírásával. A törzspéldányt az irodavezető irányítása alatt működő Minőségügyi Iroda tartja nyilván.
7. A Minőségügyi Kézikönyv – úgy ahogyan a többi minőségügyi dokumentum is – a belső hálózaton mindenki számára elérhető és olvasható (K:\Olvasoterem\Minosegu gyi_dokumentumok). Az esetleges változásokról a főigazgató által kiadott körlevélben tájékoztatjuk a Kórház minden dolgozóját.
8. A Minőségügyi Kézikönyvet és annak egyes fejezeteit egyértelműen azonosítja az oldalanként feltüntetett fejezetszám, a legutolsó kiadás és módosítás száma, valamint a kiadás/módosítás dátuma. A tartalomjegyzék összefoglalva bemutatja az egyes fejezetek aktuális kiadási/módosítási állapotát.
9. A módosítás jóváhagyását a fedőlap aláírása jelenti, ahol a láblécben a kiadásszám mellett mindig az utolsó módosítás-számot és dátumot tüntetjük fel. Az érvénytelenné váló Minőségügyi Kézikönyv eredeti példányát a Minőségügyi Iroda „HATÁLYTALAN” felirattal megőrzi.

4.4 A Kórház szűkebb és tágabb környezete, külső- és belső környezeti elemek, érdekelt felek, kockázatértékelés és -kezelés

A Kórház a kockázatokkal és lehetőségekkel kapcsolatos intézkedéseit minden esetben arányosan végzi a betegellátás megfelelőségére gyakorolt hatásukkal. Az érdekelt felek és a külső környezet listáját, az érdekelt felek lényeges igényeit és a velük történő kommunikációt, valamint a lehetséges kockázatok felmérését, értékelését az FNY865 Kockázatértékelés és kezelés nyomtatvány táblázataiban, míg az előforduló/fellelt kockázatok és nem megfelelőségek kezelését az FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés nyomtatványban rögzítjük és követjük nyomon azok aktuális állapotát. A kockázatok a két féle formanyomtatvány, valamint a Kórház érdekelt feleinek és külső környezetének listái, kockázatértékelései és kockázatbecslései részletezik.



1. A **kockázat** folyamatos kísérője a Kórház tevékenységének. A kockázatok jelentős része a Kórház meghatározott közegéből – környezetéből – érkezik. A környezet vizsgálatára és elemzésére szükség van, mert egyrészt a környezet jelenti a Kórház működési feltételeit, másfelől a környezetben viszont a célkitűzések valósulnak meg. A gazdasági, társadalmi-kulturális és a természeti környezet közül a gazdasági környezet a legfontosabb, de a társadalmi felelősség, a lokális piac és a vállalkozási kultúra sem elhanyagolható.



A gazdasági környezet meghatározó eleme az állam gazdasági szerepe. A modern gazdaságokban az állami szerepvállalás két fő szférája: a gazdaság szabályozás és a humán-, illetve reálinfrastruktúra (pl.: túl hosszú megtérülésű befektetés) megteremtése.

A gazdaság szabályozás Kórházunkban az alábbi tevékenységet jelenti:

- működési feltételek szabályozása,
- a működésben szerepet játszó gazdasági szereplők kapcsolatainak szabályozása,
- szabályzás a gazdasági szabályozókkal (pl.: költségvetéssel).

A Kórház szűkebb-tágabb környezetében nagyon sok tényező, hatóerő, gazdasági szereplő van.

A **szűkebb környezetben** található szereplők állandó kölcsönhatásban állnak a Kórházzal, döntéseik kihatnak a Kórházra:

- versenytársak, akik hasonló terméket, szolgáltatást állítanak elő,
- szállítók, akik Kórházunk számára fontos anyagokat, energiát, árukat stb. értékesítenek,
- vevők, akik Kórházunk szolgáltatásait igénybe veszik,
- az állam az önkormányzat - amely jogszabályok alkotásával hatnak,
- egyéb partnerek (pl.: bank).

A **tágabb környezetbe** tartozók hatása általában közvetett, ritkább, bár időnként nagyon komoly, súlyos következményekkel jár:

- a nemzetgazdaság egésze, amely növekedésével, válságával, általános állapotával befolyásolja a piacokat,
- a társadalom, a kultúra, a hagyományok hatása fontos üzleti tényezőt, alkalmazkodási kényszert, lehetőséget jelenthetnek (pl.: ünnepek),
- technikai környezet, amely a technika fejlődésével, új anyagok, eljárások megjelenésével készletet változtatásra, alkalmazkodásra a Kórház (pl.: digitális technika megjelenése),
- természeti környezet, amely az időjárás, a természeti kincseken, valamint a környezetszennyezésen keresztül Kórházunkra is hat,
- a világgazdaság változásai közül egyesek érzékenyen befolyásolhatják a Kórház (pl.: az energiaárak alakulása), míg mások csak áttételesen hatnak (pl.: háborúk).

A környezetből érkező változások általában az **információk** segítségével ismerhetők meg.

A Kórház környezete

Belső környezet

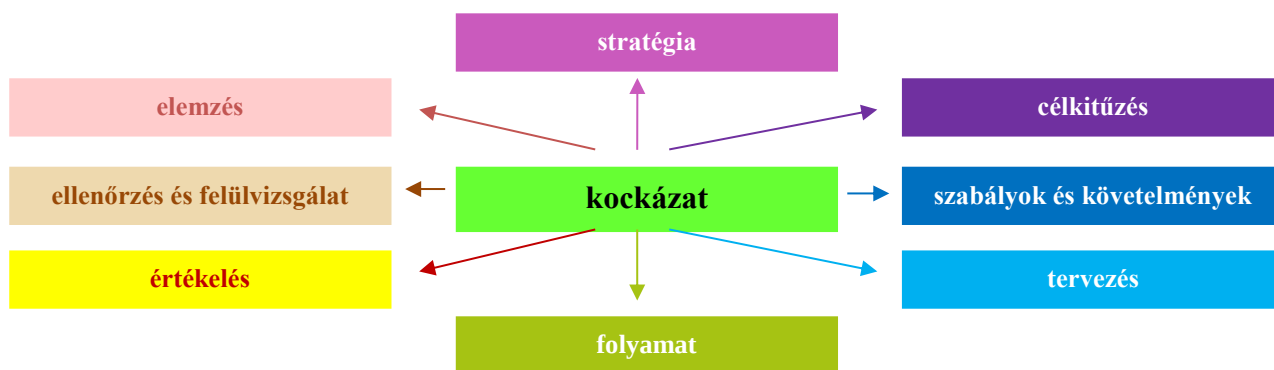
Külső környezet

Érdekelt felek szükségletei, elvárásai



2. Külső környezeti elemek (jogi, műszaki, verseny, piaci, kulturális, társadalmi és gazdasági, akár nemzetközi, nemzeti, regionális vagy helyi környezetből származó tényezők):
- jogszabályi háttér (általános, termék- és szolgáltatás-specifikus)
 - az Európai Unió jogszabályai
 - hazai jogszabályok
 - szabványkövetelmények (ISO 9001, MEES)
 - jogalkotók/hatóságok:
 - Belügyminisztérium
 - Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)
 - Munkavédelmi és Munkaügyi Szakigazgatási Szerv
 - Pest Megyei Kormányhivatal Környezetvédelmi és Természetvédelmi Főosztály
 - Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság
 - Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV)
 - kormányhivatalok (pl.: országos felügyeleti szervek városi/kerületi alszervei)
 - területileg illetékes önkormányzatok (XI. és XXI. kerület)
 - gazdasági környezet: pl.: Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) – mint fenntartó
 - partnerek
 - vevők (pl.: betegek, hozzátartozók)
 - megrendelők (pl.: külső intézmények, amelyeknek vizsgálatot végzünk, farmakológiai vizsgálatot igénylő gyógyszergyártó cégek, oktatási intézmények, akik részére egészségügyi szakmai képzést végzünk)
 - termékbeszállítók (pl. az Anyaggazdálkodási Osztály, a Műszaki Osztály, az Informatikai Csoport, az Intézeti Gyógyszertár és a Központi Laboratórium beszállítói listáin szereplő cégek)

- alvállalkozók, külső szolgáltatók, pl.:
 - takarítás szolgáltatás, élelmezés: P. Dussmann Kft.
 - rendészeti szolgáltatás: CIVIL Biztonsági Szolgálat Zártkörűen Működő Részvénytársaság
 - laboratóriumi szolgáltatás: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Corden International (Magyarország) Kft., SYNLAB Hungary Kft. stb.
 - Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI)
 - Országos Mentőszolgálat (OMSZ)
 - Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ)
 - egyéb érdekelt felek (pl.: környék lakói, szakmai szervezetek)
 - versenytársak, más piaci szereplők (pl.: más kórházak, egészségügyi intézmények, szakrendelők)
 - tágabb/makro környezet (pl.: világ- és nemzetgazdaság, társadalom, kultúra)
 - társadalmi összefüggések és elvárások (pl.: szakmai szervezetek kapcsolata, tagok elvárása a szakmai szervezetektől – anyagi-, lélektani-, szociális kapcsolatok)
 - helyi környezetből származó tényezők (pl.: fizikai-, pszicho szociális-, társadalmi, gazdasági-, demográfiai-, egészségügyi hatások)
 - politikai környezet (pl.: adópolitika)
3. Belső környezeti elemek (a szervezet értékeire, kultúrájára, tudására és teljesítményére vonatkozó tényezők):
- munkavállalók
 - infrastruktúra (pl.: a Kórház épületei, újtjai, mérő- és vizsgáló berendezései, műtési eszköz- és gépparkja, telefon-, számítógépes- és úthálózata)
4. Kockázatainkat SWOT-analízis technikájával elemezzük.
1. Elemzési szempontok:



1. Kórházunk szempontjai:



4.5 Dokumentumok, adatok és feljegyzések kezelése

1. Folyamatleírásban szabályoztuk mind a belső, mind pedig a külső dokumentumokra vonatkozó követelményeket, melyek a következő elemekre térnek ki:
 - a dokumentum készítéséért, átvizsgálásáért, jóváhagyásáért viselt felelősségre, illetve az ezzel kapcsolatos teendőkre,
 - a dokumentumok érvényességének átvizsgálására, a módosítási szabályokra,
 - a külső- és belső dokumentumok azonosítására, az érvényesség jelölésére,
 - a dokumentumok elosztására,
 - a dokumentumok megóvására,
 - az elavult dokumentumok kezelésére, a dokumentumok megőrzési idejére,
 - a számítógépen rögzített és tárolt dokumentumok és adatok kezelésére, biztonságára.
2. A folyamatleírásokban, szabályzatokban, működési rendekben, utasításokban meghatároztuk, melyik területen milyen feljegyzéseket és kinek kell elkészítenie.
3. Az FNY865 Kockázatértékelés becslés táblázatokban soroltuk fel a Kórház külső- és belső környezeti elemeit, valamint az érdekelt felek lényeges igényeit. Ugyanebben a táblázatban rögzítettük azt is, hogy a Kórház mely területén milyen esetleges kockázatok fordulhatnak elő, illetve az FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban rögzítettük azokat az esetleges kockázatokat, amelyek elhárítása érdekében teendőink vannak.
4. A minőségügyi feljegyzéseket, nyilvántartásokat, bizonylatokat – beleértve a szolgáltatók, vállalkozók, a betegek és képviselőik által átadottakat is – úgy őrizzük meg, hogy bizonyítani tudjuk a betegellátás megfelelőségét és a minőségirányítási rendszer hatékony működését.
5. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szerint végezzük az adatkezelést.
6. A bizonylatok tárolását úgy alakítottuk ki, hogy megelőzzük a károsodást, valamint megakadályozzuk azok elvesztését.
7. A minőségügyi feljegyzések megőrzési idejét a jogszabályi előírásoknak, valamint a minőségirányítási rendszerben megfogalmazott alapelveknek megfelelően határoztuk meg.
8. Ha a beteg vagy képviselője azt kéri, a jogszabályi előírásoknak megfelelően a betegdokumentációt hozzáférhetővé tesszük számára.
9. A MedWorkS kórházi informatikai rendszer – kiegészítő szoftvereivel együtt – és az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) szolgál az elvégzett betegellátások adatainak tárolására. Az adatok tárolásának tényéről, valamint az adatok megtekintésének/letiltásának módjairól a betegek tájékoztatásra kerülnek (szóban és írásban: Szolgáltatási tájékoztató, honlap, zárójelentések, ambuláns lapok, beleegyező nyilatkozatok stb.)

További részleteket az
MF03 DOKUMENTUMOK, ADATOK ÉS FELJEGYZÉSEK KEZELÉSE
című folyamatleírás és kapcsolódó dokumentumai tartalmaznak.

5 A VEZETŐSÉG FELELŐSSÉGE

5.1 A vezetőség elkötelezettsége, vevőközpontúság

1. A Kórház felső vezetése és munkatársai elkötelezettek a minőségirányítási rendszer működtetése és – az ISO 9001 szabvány követelményeivel és más ágazati szintű elvárásokkal, így a MEES rendszerével összhangban történő – folyamatos továbbfejlesztése mellett.
2. Az elkötelezettséget tükrözi:
 - a Kórház minőségpolitikai nyilatkozata (lásd az 1. fejezetet),
 - a minőségcélok kitűzése és teljesítésük folyamatos követése, értékelése,
 - a vezetőségi átvizsgálások megtartása a minőségirányítási rendszer működésének figyelemmel kísérésére, valamint
 - a minőségirányítási rendszer folyamatainak bevezetéséhez, fenntartásához, továbbfejlesztéséhez, valamint a megfelelő betegellátáshoz szükséges erőforrások és információk biztosítása, beleértve a belső- és külső oktatások, továbbképzések biztosítását is.
3. Vezetőségünk kulcsfontosságúnak tartja érdekelt feleink, megbízóink, betegeink, hallgatóink, partnereink igényeinek megértését, követelményekké alakítását, teljesítését és megelégedettségük biztosítását, a betegellátás valamint a minőségirányítási rendszer fejlesztését – a jogszabályok és egyéb előírások betartása mellett –.

5.2 Minőségpolitika és minőségcélok

1. A minőségpolitikai nyilatkozatot az érdekelt felek (a betegek, a tulajdonos és más partnerek stb.) igényeinek figyelembevételével a Kórház vezetése alakítja ki, és a főigazgató hagyja jóvá. A minőségpolitikai nyilatkozat bemutatja elkötelezettségünket a minőségirányítási rendszer kialakítása, fenntartása és továbbfejlesztése iránt és alapot ad a minőségcélok kialakításához (1. fejezet).
2. A minőségpolitikai nyilatkozat másolati példányait jól látható módon elhelyeztük a Kórház területein és a szervezeti egységekben.
3. A minőségpolitika alapján a Kórház vezetése évente, a vezetőségi átvizsgálás során intézményi és szakmai igazgatói szintű *minőségcélokat* határoz meg, vagy jóváhagyja az előzőleg kitűzött célokat. A minőségcélok az előzőleg megadott határidőkre kiértékelésre kerülnek. A minőségcélok a főigazgatói körlevélben kerülnek közzétételre.
4. A minőségcélok meghatározásával, a teljesítés követésével, mérésével kapcsolatos feladatokat szabályoztuk.

További részleteket az
MF01 MINŐSÉGIRÁNYÍTÁS
című folyamatleírás és kapcsolódó dokumentumai tartalmazzak.

5.3 A minőségirányítási rendszer megtervezése

1. A Kórház Szakmai Tervét a fenntartó elvárásainak megfelelően az ellátandó lakosság szükségletei alapján alakítjuk ki úgy, hogy az egyszerre szolgálja a gyógyulás jobb feltételeit és a betegek elégedettségének folyamatos javulását. A Kórház Szakmai Tervének adott pontjaihoz rendeltük hozzá a minőségfejlesztési tevékenységeket.
2. A minőségfejlesztési program megvalósításának irányítása, koordinálása a Kórház részéről a főigazgató közvetlen felügyelete alá tartozó Minőségügyi Iroda feladata.
3. A rendszer felépítésénél, a szabályok rögzítésénél figyelembe vettük azt is, hogy a minőségirányítási rendszert érintő változások átvezetése zökkenőmentesen történhessen, illetve, hogy a rendszer működőképességét ne befolyásolja.
4. A Kórház kiemelten kezeli az ISO 9001:2015 szabvány új követelményeit, s ennek keretein belül összegyűjti a Kórház minőségirányítási rendszere szempontjából lényeges érdekelt feleket, feltérképezi a Kórház teljes területén az esetleges kockázatokat, súlyosságuk szempontjából rangsorolja azokat, majd intézkedéseket hoz a kockázatok előfordulásának csökkentésére. A Kórház a kockázatokkal és lehetőségekkel kapcsolatos intézkedéseit a helyesbítés, megelőzés, fejlesztés folyamatával összevonva végzi.
5. A minőségirányítási rendszer továbbfejlesztésénél a vezetőség feladata a szervezet jövőképe, minőségfejlesztési programjainak meghatározása, minőségpolitikánkkal összhangban a munkatársak elköteleződése, folyamataink működtetése, értékelése, integrált rendszerünk indikátorokon alapuló felülvizsgálata, rendszeres fejlesztése, értékelése, szükség esetén helyesbítése.

5.4 Felelőségek és hatáskörök, belső kommunikáció

1. A Kórház szervezeti felépítésének leírását a Kórház **Szervezeti és Működési Szabályzata** tartalmazza, amely bemutatja a Kórház szervezeti egységeinek felépítését, az egyes szervezeti egységek feladatait és kapcsolatait (*Szervezeti és Működési Szabályzat 1. sz. melléklet*).
2. Munkatársaink fő feladatait és felelősségeit a személyre szabott munkaköri leírások és azok kiegészítései, valamint a meghatározott szakmai tevékenységek végzéséhez szükséges megbízások tartalmazzák.
3. A minőségcélok megvalósítását, folyamataink működését meghatározott szabályok szerint figyelemmel kísérjük. A kommunikációs formákat, az értekezletek rendjét az SzMSz írja elő.

5.5 A vezetőség képviselője

1. A vezetőség képviselője a **Minőségügyi Iroda vezetője**, aki koordinálja az ISO 9001 szabvány és a MEES követelményei szerint kialakított és működtetett minőségirányítási rendszert, valamint annak felülvizsgálását. Az irodavezető figyelemmel kíséri a vonatkozó minőségügyi szabványok változásait, a minőségcélok teljesülését, és szükség esetén javaslatot fogalmaz meg a továbbfejlesztést támogató lehetőségekre a felső vezetőség felé.
2. A szervezeti egységek vezetői és minőségügyi megbízottjai felelősek azért, hogy munkatársaik ismerjék és értsék a tulajdonosok, az érdekelt felek, a betegek és a hallgatók követelményeit, tisztában legyenek tevékenységük jelentőségével, és megértsék szerepüket a minőségcélok végrehajtásában.
3. A **főigazgató és/vagy a szervezeti egységvezető** megbízásából a **minőségügyi megbízottak** felelnek egy-egy adott terület/szervezeti egység minőségügyi feladatainak irányításáért, ellenőrzéséért.

5.6 Vezetőségi átvizsgálás

A vezetőségi átvizsgálást az MF01 Minőségirányítás folyamatleírásban részletezzük.

5.7 A folyamatokra vonatkozó és egyéb indikátorok

A folyamatokra vonatkozó és egyéb indikátorok méréséről, a mérőszámokról és mérési módszerről, a felelősökről – az irodavezető javaslatát figyelembe véve – a főigazgató által kijelölt értekezlet dönt. A megfelelő tapasztalattal, kompetenciával és gyakorlattal rendelkező munkatársak rendszeresen gyűjtik és elemzik az Intézmény adatait.

További részleteket az
MF01 MINŐSÉGIRÁNYÍTÁS című folyamatleírás, valamint az SzMSz
és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazzák.

6 GAZDÁLKODÁS AZ ERŐFORRÁSOKKAL

6.1 Humán erőforrások

1. A Kórház különös figyelmet fordít annak biztosítására, hogy a munkatársak elköteleződése, tudása, gyakorlata és létszáma összhangban legyen a betegek szükségleteivel.
2. A humán erőforrás gazdálkodásának célja: a Kórház munkaerőigényének megfelelően felkutassa, és a szervezethez vonzza a kellő számú és megfelelő minőségű jelentkezőt a megüresedett, vagy új munkakörök betöltése érdekében.
3. Minőségügyi rendszerünk továbbfejlesztése kapcsán – az integrált minőségirányítási rendszerrel összhangban – önálló folyamatokban szabályoztuk a munkaerő biztosításának és képzésének kérdésköreit.
4. Meghatároztuk az egyes feladatok ellátásához szükséges alkalmassági (kompetencia) követelményeket, melyeket a munkaköri leírásokban és a személyi nyilvántartásokban rögzítettünk.
5. Ahol az elvárt képzettséget jogszabály rögzíti, felvételnél ellenőrizzük ennek meglétét, minden munkatársunk képzettségéről dokumentált személyi adatok állnak rendelkezésre.
6. A vezetés támogatja a munkatársak szakmai fejlődését, folyamatos továbbképzését.
7. A munkatársak képzettségét, munkaköri feladataikat és az ahhoz kapcsolódó elvárások teljesítését értékeljük. Amennyiben bármelyik munkatársunk új képzettséget szerez, azt aktuális munkaköri leírással és a munkakörének megfelelő kompetenciával látjuk el.
8. A Kórház szorosan együttműködik a hazai és a környező országok egészségügyi oktatási intézményeivel. Szakembereink kiemelkedő szerepet vállalnak és kapnak az új orvos- és ápoló generáció ki-, illetve továbbképzésében.
9. A Kórház hallgatói elégedettségvizsgálattal kívánja az általa végzett oktatás minőségét leellenőrizni, ezt követően javítani, mellyel a Kórház jövőbeni kollégáinak szakmai tudását és elhivatottságát kívánja megalapozni.

További részleteket az
MF10 OKTATÁS, KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS
MF11 A MUNKAERŐ BIZTOSÍTÁSA
című folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazzák.

6.2 Infrastruktúra és munkakörnyezet

1. A **főigazgató** felelős a Kórház alapfeladatainak ellátásához szükséges feltételek biztosításáért. Ezek közé tartoznak az alábbiak:
 - épületek,
 - orvostechinikai eszközök, berendezések, felszerelések,
 - támogató szolgáltatások (pl.: orvosi gázellátás, élelmezés, mosatás),
 - informatikai háttér.
2. A **felső vezetés** felelőssége, hogy megállapítsa a további igényeket, és gondoskodjon, illetve személyes közreműködésével biztosítsa a szükséges eszközök, feltételek biztosítását, a munkakörülmények folyamatos javítását, a hiányzó dokumentált információk létrehozását és frissítését.
3. Szabályoztuk
 - az épületek, egyéb építmények, az alkalmazott berendezések, orvostechinikai eszközök megfelelő és biztonságos működőképességét, a biztonságos körülmények fenntartását a folyamatos betegellátás érdekében,
 - az Intézményben a tűz-, vagy egyéb rendkívüli események megelőzése, korai felismerése, elfojtása, a kárminimalizálás, a létesítmény biztonságos elhagyása esetén követendő eljárásokat,
 - a támogató szolgáltatások végrehajtásának részleteit, valamint az ezzel kapcsolatos felelősséget is.
4. Gondoskodtunk a tevékenységhez szükséges informatikai infrastruktúra (hardver, nyilvántartási szoftverek, adatbázisok) rendelkezésre állásáról, működőképességéről, az adatok védelméről.
5. Szabályoztuk a megfelelő körülmények és a munkakörnyezet biztosítását, ide értve:
 - a munkavégzés technikai feltételeit,
 - a munkavégzés biztonsági körülményeit,
 - a higiénés feladatokat,
 - az ápolás, szakellátás során keletkező kommunális- és veszélyes hulladékok kezelését.
6. A kórtermek, műtők, közös helyiségek kialakításánál, berendezésénél mindenkor figyelembe vesszük betegeink érdekeit, a betegség jellegét, a vonatkozó rendeleteket, szabályozásokat.

További részleteket az
MF05 A BETEGELLÁTÁS FOLYAMATA
MF07 A HIGIÉNÉS FOLYAMAT SZABÁLYOZÁSA
MF09 ÉPÜLETEK, BERENDEZÉSEK, ESZKÖZÖK KEZELÉSE
MF12 A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS FOLYAMATA
című folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazzák.

7 A BETEGELLÁTÁS TERVEZÉSE, MEGVALÓSÍTÁSA ÉS FELÜGYELETE

7.1 A betegellátás megtervezése

1. A Kórház betegeinek ellátását a lakosság szükségleteinek figyelembevételével a Kórház Missziós nyilatkozatára (lásd. Szolgáltatási tájékoztató 1. sz. melléklete) és Minőségpolitikájára alapozva tervezzük meg. Folyamatainkat és eredményeinket dokumentált információkban rögzítjük, melyeket megőrizzük, illetve változáskövetéssel frissítünk.
2. A betegellátásra vonatkozó átfogó minőségcélokat minőségpolitikánk tartalmazza, melyekhez konkrét célokat határoztunk meg. A követelmények meghatározásánál, ezen célok teljesülését tartottuk szem előtt.
3. A betegellátás megtervezését és a végrehajtást a vonatkozó hatályos jogszabályokon – a hivatalosan közzétett szakmai irányelveken, szakmai, protokollokon – alapuló belső folyamatleírásokon, működési rendeken, szabályzatokon, eljárásleírásokon és -rendeken

keresztül valósítottuk meg. Ezek a dokumentumok – összhangban a minőségirányítási rendszer más folyamataival – az alábbiakra térnek ki:

- az adott tevékenységre vonatkozó követelmények és elérendő eredmények,
 - az egyes tevékenységek irányításáért, végrehajtásáért és ellenőrzéséért viselt felelősségek,
 - az ellenőrzési pontok, az ellenőrzések módja és felelősei,
 - a végrehajtáshoz szükséges előírások, információk, beleértve a külső előírásokat is,
 - a végrehajtáshoz szükséges erőforrások, beleértve a külső képzett munkatársakat, eszközöket, berendezéseket, gyógyászati és egyéb termékeket, mérőeszközöket, és a munkakörnyezetet,
 - kommunikációs formák, kapcsolatok a végrehajtás során,
 - a szükséges dokumentumok, feljegyzések köre.
4. A szükségletfelmérés alapján a kezelőorvos minden betegre vonatkozóan egyedileg határozza meg a gyógyulás/javulás érdekében szükséges teendőket, főbb lépéseket, amelyeket a betegdokumentációban rögzít (ellátási tervben írja le).
5. A szakápolók az ápolási szükségletek és igények felmérését követően ápolási dokumentációt vezetnek, mely a gyógyulás/javulás érdekében szükséges ápolási teendőket rögzíti, beleértve a kezelőorvos utasításainak megfelelő tennivalókat is. Az ápolási dokumentáció a betegdokumentáció szerves részét képezi.

7.2 A betegellátási folyamat szabályozása

A megfelelő betegellátás érdekében a betegeinkkel történő kapcsolattartásnak, a jogszabályi követelmények folyamatos nyomon követésének kiemelt jelentőséget tulajdonítunk.

Az MF05 A betegellátás folyamata folyamatleírásban szabályoztuk:

1. A beteg fogadása a beteg azonosításával kezdődik, ami a beteg szükséges adatainak és hivatalos okmányainak a segítségével történik.
2. A fogadást követően az orvos állapotfelmérést végez (amely minden esetben kiterjed az anamnézis felvételére, fizikális vizsgálatra, iránydiagnózis megállapítására), ezek alapján meghatározza azokat a vizsgálatokat, amelyeket a pontos diagnózis felállításához – és a gyógyítási folyamat megtervezéséhez – szükségesnek tart.
3. A diagnózis minden esetben csak a szakma szabályainak megfelelő és megbízható vizsgálati eredményekre épülhet.
4. Sürgősséggel felvett betegnél – amennyiben életveszély elhárítása az elsődleges feladat –, az állapotfelmérést követően közvetlen beavatkozásra kerül sor. A diagnózis alátámasztásához szükséges vizsgálatok ilyen esetekben sem maradhatnak el.
5. Szabályzataink kialakításánál külön figyelmet fordítottunk a sürgősségi ellátásra szoruló, valamint a magas kockázatú és kiszolgáltatott betegek ellátására.

A gyógyító munka folyamata:

1. Az iránydiagnózis alapján a felvevő/kezelőorvos által meghatározott beavatkozások, kezelések eredményességét a beteg állapotának változása, valamint az ellátási tervben meghatározott vizsgálatok eredményei jelzik.
2. Az ellátás folyamán a beteg állapotát megfelelő időközönként ismételt felmérés alapján meghatározzuk a beteg reakcióját a kezelésre. Amennyiben a beteg állapota az elvárt mértékű javulást mutatja, akkor az addig meghatározott kezelés folytatódik. Abban az esetben, ha a beteg állapota nem javul a kívánt mértékben, megvizsgáljuk, hogy az eredmény elmaradásának mi lehet az oka. Kiegészítő vizsgálatokat rendelünk el és azok eredményei alapján, meghatározzuk a szükséges teendőket.

3. A beteg ápolását az ápolási szükségletek és igények felmérése alapján – az orvos utasítását követve – ápolásszakmai eljárásleírások/protokollok szerint végezzük. A betegellátás során kiemelt figyelmet fordítunk a magas kockázatú betegek ellátására és az ellátásuk során fellépő lehetséges kockázatok eredményes csökkentésére.
4. A beteg elbocsátása, áthelyezése – Kórházon belül – illetve továbbutalása minden esetben szabályozott módon történik. A kórházi kezelésről orvosi- és – szükség esetén – ápolási zárójelentés készül, amely tartalmazza az ellátás összefoglalását, a beteg reagálását a kezelésre és a továbbiakban javasolt terápiát.
5. Amennyiben a betegség jellege indokolja, a beteget és/vagy hozzátartozóját megtanítjuk az esetleges orvostechnikai eszköz kezelésére, a rendszeres teendők elvégzésére, beleértve az életmódra, diétára és gyógytornára vonatkozó előírásokra és az állapotfigyelés módszerére. Erre az orvosi – szükség esetén – ápolási zárójelentésben utalunk.
6. A beteg elhalálása esetén a jogszabályok, a szakma szabályai, valamint a vonatkozó belső szabályozásban foglaltak szerint járunk el, dokumentálására zárójelentést és halottvizsgálati bizonyítványt állítunk ki.

Azonosítás és nyomon követhetőség

1. A betegellátási tevékenység – a beteg folyamatos és koordinált ellátásának folyamata – az adott részlegen az orvosi- és ápolási dokumentáción (betegdokumentáció) keresztül követhető.
2. A betegellátási folyamatban kitöltött bizonylatokon, nyomtatványokon rögzített adatokkal nyomon követhető az ellátási folyamat során alkalmazott gyógyszerek, segédanyagok felhasználása.

Betegszállítás, a betegek tulajdonának kezelése

1. A betegszállítást, a betegek elhelyezését szabályoztuk.
2. A betegek tulajdonát (ruháját, értékeit stb.) megőrizzük, ennek előírásait külön szabályzatban rögzítettük (Értékkezelési szabályzat).
3. Kiemelt figyelemmel kezeljük a betegek vizsgálati leleteit, személyes-, illetve egyéb dokumentumait.
4. A folyamat kézbentartása és felügyelete érdekében dokumentált eljárásban szabályoztuk a higiéniai tevékenységeket és a sterilizálás folyamatát:
 - a sterilizáló berendezésekre vonatkozó követelményeket,
 - a berendezések karbantartását,
 - a tevékenységeket végző munkatársakra vonatkozó feltételeket,
 - a folyamat felügyeletét és ellenőrzésének módját (külső-belső),
 - az ellenőrzésekről vezetendő feljegyzéseket.
5. A Kórház kiemelt gondossággal kezeli a betegek tulajdonát addig, amíg a beteg a Kórházban tartózkodik. Ha a beteg tulajdona elveszett, megsérült vagy más módon vált használhatatlanná, a Kórház jelenti ezt a betegnek és/vagy hozzátartozójának, valamint dokumentált információt őriz meg arról, hogy mi történt.

További részleteket az

MF05 A BETEGELLÁTÁS FOLYAMATA

MF06/1 DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK / KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKA

MF06/2 DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK / KÖZPONTI LABORATÓRIUM

MF06/3 DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK / PATHOLOGIA

MF07 A HIGIÉNÉS FOLYAMAT SZABÁLYOZÁSA

MF10 OKTATÁS, KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

MF11 A MUNKAERŐ BIZTOSÍTÁSA

MF12 A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS FOLYAMATA

című folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazzák.

7.3 A betegekkel és más érdekelt felekkel kapcsolatos folyamatok tervezése és fejlesztése

Szerződéskötések:

1. A biztosított betegekre vonatkozóan egészségügyi szolgáltatások nyújtására a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) finanszírozási szerződést köt a Kórházzal.
2. Azokkal az alapítványokkal és más szervezetekkel, amelyek igénybe kívánják venni szolgáltatásainkat, szintén szerződést vagy megállapodást kötünk. Mindezeket jóváhagyás előtt átvizsgáljuk abból a szempontból, hogy
 - az igények és elvárások egyértelműek és teljesíthetők-e,
 - házon belüli követelményekké alakításuk megtörtént-e, és ennek során figyelembe vettünk-e minden jogszabályi követelményt és belső szabályozást.
3. A beszállítókkal szerződéskötéseket kötünk, melyet a Kötelezettségvállalás, ellenjegyzés, teljesítés igazolása, érvényesítés, utalványozás szabályzatában szabályoztunk le.
4. A biztosítással nem rendelkező betegek, vagy a jogszabályi előírás szerint térítésköteles kezelések esetében A térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokról és azok térítési díjairól szabályzatban foglaltak alapján állapodunk meg a beteggel az egészségügyi ellátás igénybevételének feltételeiről.
5. Szabályoztuk a módosítások dokumentálásának, átvizsgálásának és közzétételének feladatait, valamint felügyeleti tevékenységeinket is.

Kapcsolattartás a betegekkel, partnerekkel:

1. A beteget (vagy törvényes képviselőjét) az ellátás tervezése és folyamata során kellő időben és folyamatosan informáljuk a vele kapcsolatos vizsgálati- és gyógyító, kezelő tevékenységekről, beleértve az esetleg őt terhelő fizetési kötelezettségeket is.
2. A NEAK-nak az előírások szerint rendszeresen küldjük a jogszabályban előírt adatokat, amelyek alapján követni lehet a Kórház által nyújtott szolgáltatásokat.
3. Többi partnerünket minden, a velük kapcsolatos szolgáltatásokat érintő eseményről tájékoztatjuk. A tájékoztatás során figyelembe vesszük a velük kötött megállapodás tájékoztatásra vonatkozó követelményeit.

Panaszok kezelése:

1. A betegek vagy képviselőik panaszai érkehetnek szóban vagy írásban.
2. Szabályoztuk a panaszok
 - fogadását és feljegyzését,
 - kivizsgálását és a szükséges hibajavító/helyesbítő intézkedések meghozatalát és
 - a végrehajtás utáni visszaellenőrzést.

További részleteket az
MF05 A BETEGELLÁTÁS FOLYAMATA
MF12 A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS FOLYAMATA
című folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazzak.

7.4 A betegellátást segítő, külső forrásból biztosított folyamatok, termékek és szolgáltatások

A betegellátás biztonsága, minősége és folyamatossága érdekében a Kórház külön szabályozza a szolgáltatás ellátásához szükséges helyi és kihelyezett folyamatokat. Ennek részeként:

1. Folyamatainkat funkciók szerint osztályoztuk és értékeljük.
2. Az osztályok/profilok/egységek költségkeretének megállapítását, jóváhagyását.
3. A beszerzés folyamatát, beleértve a beszállítók kiválasztását és értékelését.
4. A beérkezett áru minőségi-, mennyiségi átvételét: Meghatároztuk azokat a módszereket, amelyekkel ellenőrizzük az átvételre kerülő termékeket.
5. **A raktározást:** Szabályoztuk a beérkező termékek tároló helyére történő szállítását, a tárolási módot és feltételeit és a tárolási feladatok részleteit.
6. **Az igénylés folyamatát.**
7. A gyógyszerek igénylésének és biztosításának rendjét.
8. **A szállítók értékelését:** Minden, az egészségügyi ellátás minőségére hatással levő szállítót értékelünk – az előzetesen meghatározott kritériumoknak megfelelően – alkalmazás előtt

abból a szempontból, hogy mennyiben képesek eleget tenni az általunk meghatározott követelmények szerint. A kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolat fenntartása érdekében rendszeres kapcsolattartással segítjük elő eredményes működésüket.

9. **A nem megfelelő kimenetek felügyeletét, tehát az eltérések kezelését.**
10. A Kórház kiemelt gondossággal kezeli a külső szállítók tulajdonát addig, amíg az a szervezet felügyelete alatt áll, vagy azt a szervezet használja. Ha valamely külső szolgáltató tulajdona elveszett, megsérült vagy más módon vált használhatatlanná, a szervezet jelenti ezt a külső szállítónak, valamint dokumentált információt őriz meg arról, hogy mi történt.

További részleteket az
MF09 ÉPÜLETEK, BERENDEZÉSEK, ESZKÖZÖK KEZELÉSE
című folyamatleírás és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak.

7.5 Megfigyelő és mérőeszközök kezelése

A Kórház tervezetten intézkedik arról, hogy az általa nyújtott szolgáltatás ellenőrzött, mért, és a mérési eredmények hitelesek legyenek. Ennek érdekében

1. Meghatároztuk a betegellátás során elvégzendő mérésekhez szükséges és legmegfelelőbb mérőeszközöket, berendezéseket, és a megkövetelt mérési pontosságot.
2. Az 1991 évi XLV. törvény a mérésügyről alapján ezeket az eszközöket, berendezéseket meghatározott időközönként, vagy alkalmazásba vétel előtt hitelesítetjük, vagy kalibráltatjuk erre megfelelően felhatalmazott intézettel, vagy olyan szállítót bízunk meg, amelyik országos vagy nemzetközi szintű mérési etalonból leszármaztatott eszközök segítségével jogosult elvégezni a kalibrálást.
3. Ahol lehet címkékkel, ahol ez nem lehetséges, ott jelzéssel vagy kalibrálási bizonylatok segítségével azonosítjuk az ellenőrző, mérő- és vizsgáló berendezések hitelesítési vagy kalibráltsági állapotát. A hitelesítésről és kalibrálásról készült feljegyzéseket megőrizzük.
4. A tájékoztató jellegű ellenőrzésekre használt mérő- és vizsgáló berendezéseinket „Tájékoztató jellegű mérésre alkalmas” megkülönböztetéssel látjuk el.
5. Az ellenőrző, mérő- és vizsgáló berendezések kezelését, karbantartását és tárolását úgy szabályoztuk, hogy fenntartsuk pontosságukat és használatra való folyamatos alkalmasságukat.
6. Ha valamelyik ellenőrző, mérő- vagy vizsgáló berendezés a hiteles, illetve kalibrált állapoton kívül kerül, akkor azt azonnal kivonjuk a használatból, értékeljük a korábbi ellenőrzési és vizsgálati eredmények érvényességét. Az értékelés eredményét dokumentáljuk, a dokumentációt az Iratkezelési szabályzatban leírtaknak megfelelően kezeljük és megőrizzük.
7. Az ellenőrző- mérő és vizsgáló berendezéseket megvédjük az olyan beállításoktól vagy behatásoktól, mely annak hitelesítését vagy kalibrációját érvénytelenítené.

További részleteket az
MF09 ÉPÜLETEK, BERENDEZÉSEK, ESZKÖZÖK KEZELÉSE
című folyamatleírás és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak

8 TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉS, MÉRÉS, ELEMZÉS ÉS FEJLESZTÉS

8.1 A betegek, a dolgozók és más partnerek (pl.: hallgatók) elégedettségének mérése

1. Betegeink, dolgozóink és hallgatóink elégedettségének mérésére az Elégedettségi vizsgálatok szabályzata leírásunkat alkalmazzuk.
2. Szabályoztuk a kérdőív készítését, és rendszeres átvizsgálását abból a szempontból, hogy alkalmas-e a kívánt adatok megszerzésére.
3. Szabályoztuk a kérdőívek kitöltetésének, kiértékelésének rendjét, és az így nyert információk felhasználásának módját.
4. Többi partnerünkkel az éves szerződések, megállapodások megkötésekor személyes beszélgetésen kérünk információt a megelőző időszakkal kapcsolatos tapasztalataikról.

További részleteket az
MF01 MINŐSÉGIRÁNYÍTÁS
című folyamatleírás és a kapcsolódó dokumentumok tartalmaznak

8.2 Belső minőségügyi felülvizsgálatok

1. A belső minőségügyi felülvizsgálatok vonatkoznak a minőségügyi rendszer minden folyamatára, a teljes dokumentációs rendszerre és érintik az összes szervezeti egység tevékenységét.
2. Évente legalább egyszer minden folyamatot és azok kapcsolódó dokumentumait felülvizsgáljuk, és minden szervezeti egységet meglátogatunk. A teljeskörű belső audit részleteit az éves audittervben (auditprogram) határozzuk meg. Ezen túlmenően a további felülvizsgálatok gyakoriságát (más néven szűkített/célzott auditot) az igazgatóságok és/vagy a Minőségügyi Iroda vezetőjének javaslatát figyelembe véve a főigazgató határozza meg a megelőző felülvizsgálatok eredményei alapján és figyelembe veszi a rendszer egyes tevékenységeinek fontosságát is. A célzott felülvizsgálat az egyes folyamatok részleteire terjed ki.
3. A belső felülvizsgálatok során vizsgáljuk, hogy a minőségirányítási rendszer az ISO 9001 szabvány és a MEES követelményeit, valamint a Kórház által meghatározott követelményeket kielégíti-e és működése hatékony-e.
4. A felülvizsgálatok során értékeljük a folyamatra vonatkozó dokumentumokat, a munkavégzés gyakorlatát, a tevékenységeket, a munkaterületet, a bizonylati rendszert, és ezen elemek összhangját.
5. A felülvizsgálatokat megfelelően képzett személyek végzik és nincs közvetlen felelősségük a felülvizsgált területért.
6. A teljeskörű belső auditok alaposságának elősegítése érdekében minden szervezeti egység egy, a Minőségügyi Iroda által készített Audit kérdéslista alapján kerül felülvizsgálatra. Az Audit kérdéslisták a szervezeti egységre vonatkozó lényeges folyamatok és tevékenységek, valamint a minőségcélok és oktatások teljesítését ellenőrző kérdéseket foglalják magukba. Az Audit kérdéslisták készítése során a Minőségügyi Iroda figyelembe veszi az esetleges szervezeti egységek változásait, a vevői visszajelzéseket, illetve az előző auditok eredményeit is.
7. A felülvizsgálat tapasztalatait a belső felülvizsgálók (belső auditorok) feljegyzik az Audit kérdéslistára. Abban az esetben, ha a felülvizsgálat során hiányosságot tapasztalnak, a felülvizsgált terület vezetőjével – a nem megfelelés súlyosságának figyelembe vételével – közösen javító és/vagy helyesbítő tevékenységet határoznak meg. Ezeket a területeket újra felülvizsgáljuk, hogy biztosítva legyen a javító és/vagy helyesbítő tevékenység hatékony végrehajtása. A felülvizsgálathoz kapcsolódó feljegyzéseket az Iratkezelési szabályzatban előírtak szerint megőrizzük.
8. A belső felülvizsgálatok eredményeit a Minőségügyi Iroda vezetője a vezetőségi átvizsgálás során ismerteti, melyet a vezetőség a rendszer hatékonyságának értékelésénél és a továbbfejlesztési lehetőségek meghatározásánál minden esetben figyelembe vesz.

9. Az átvizsgálások eredményeit beépítjük a szervezeti egységek rendszeres segítő ellenőrzésébe, valamint a Szakmai Vezető Testület és a belső ellenőrzés számára nyújtott tájékoztatásokba.

További részleteket az
MF02 BELSŐ MINŐSÉGÜGYI FELÜLVIZSGÁLATOK
című folyamatleírás és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak.

8.3 A folyamatok, szolgáltatások figyelemmel kísérése és mérése

1. Folyamataink, szolgáltatásaink figyelemmel kísérését és mérését (felügyeletét) indikátorokkal, folyamatokba épített ellenőrzésekkel, nosocomiális surveillance stb. módszerekkel vizsgáljuk. A vizsgálatokat, azok eredményét a szervezeti egységek éves beszámolója, a vezetőségi átvizsgálásról, valamint a külső- és a teljes körű belső auditokról készült dokumentációk tartalmazzák.
2. A vezetőség szerepvállalását és elkötelezettségét, a vezetési folyamatokat a vezetőségi átvizsgálás alkalmával vizsgáljuk. A megállapításokat a vezetőségi átvizsgálás jegyzőkönyvében rögzítjük.
3. A folyamatok figyelemmel kísérésevel kapcsolatos tapasztalatokat, eredményeket átvizsgáljuk, és szükség szerint helyesbítő/megelőző intézkedéseket határozzunk meg/vezetünk be.

További részleteket az
MF01 MINŐSÉGIRÁNYÍTÁS
MF02 BELSŐ MINŐSÉGÜGYI FELÜLVIZSGÁLATOK
című folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak.

8.4 Az eltérések kezelése

1. A betegellátás során előforduló minden termékre vagy szolgáltatásra vonatkozó eltérést azonosítunk és – ahol az célszerű, ill. értelmezhető – elkülönítünk, hogy elkerüljük a véletlen felhasználást vagy a betegnek történő átadást.
2. Eltérésnek tekintünk a betegellátással kapcsolatos minden olyan jellegű hiányosságot vagy mulasztást, vagy a követelmények nem teljesülését, amely a betegellátás minőségére, a beteg egészségi állapotára, ill. gyógyulására az adott időszakban és/vagy a jövőre vetítve káros következményekkel járhat, és amely eltér a minőségügyi szabályozó dokumentumainkban előírtaktól.
3. Meghatároztuk a nem megfelelések kezelésére és intézésére vonatkozó felelőségeket és hatásköröket.
4. Az eltéréseket az FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban tartjuk nyilván és minden érintett számára hozzáférhetővé tesszük.

További részleteket az
MF05 A BETEGELLÁTÁS FOLYAMATA
MF07 A HIGIENÉS FOLYAMAT SZABÁLYOZÁSA
MF12 A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS FOLYAMATA
című folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak.

8.5 Az adatok elemzése

1. Az eltéréseket, a betegellátási folyamatok adatait rendszeresen elemezzük. Olyan elemzési módszereket alkalmazunk, amelyek lehetővé teszik, hogy hiteles információt kapjunk a minőségirányítási rendszer megfelelőségéről, és amely megfelelő alapot biztosít a rendszerfejlesztés megvalósítására. Elemezzük:
 - a betegek, a dolgozók és hallgatóink elégedettségének eredményeit, ideértve a panaszokat és reklamációkat is,
 - a betegpanaszok, reklamációk előfordulását,
 - a belső felülvizsgálatok eredményeit,
 - a folyamatok jellemzőiről és azok tendenciáiról gyűjtött adatokat,
 - a betegellátás mennyiségi-, költséghatékonysági mutatóit,
 - a betegellátás során észlelt nem megfelelőségek jellemzőit,
 - valamint a Kórház teljes tevékenységére kiterjedő indikátorelemzési rendszert működtetünk.

További részleteket az
MF01 MINŐSÉGIRÁNYÍTÁS
című folyamatleírás és a kapcsolódó dokumentumok tartalmaznak.

8.6 Helyesbítő, megelőző tevékenység és fejlesztés

1. A nem megfelelő szolgáltatásról, anyagokról, eszközökről és a minőségügyi rendszer nem megfelelő működéséről készült feljegyzéseket (eltéréseket/nem megfelelőségeket, vevői panaszokat, reklamációkat, belső felülvizsgálati jelentéseket, a tanúsító testület észrevételeit, az indikátorok eredményeit) átvizsgáljuk, hogy meghatározzuk az eltérések okait.
2. A nem megfelelőségek dokumentálása az FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban történik. A Minőségügyi Iroda vezeti a táblázatot és koordinálja a szükséges teendőket.
3. Ha a helyesbítő intézkedés nem orvosolható osztály/profil/egységvezetői szinten, abban az esetben az adott ágazati igazgató felelős a nem megfelelőség/helyesbítés elvégzéséért, dokumentálásáért.
4. Az intézmény a nem megfelelőségek megelőzésére szabályozó előírásokat hoz létre és működtet, amelyek érvényesülését/hatásosságát rendszeres és rendkívüli belső/szűkített auditokon dokumentáltan ellenőrzi. Az eltérések felmerülésekor a hibajavítással egyidejűleg a szükséges megelőző és/vagy fejlesztő tevékenységet is meghatározzuk az ismételt előfordulás megelőzése érdekében.
5. A Kórház esetleges kockázatainak elkerülésének érdekében hozott intézkedéseit is az FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban összesítjük és követjük nyomon azok megvalósulását.
6. A vezetőségi átvizsgálás során meghatározzuk az elemzés eredményei alapján a Kórház folyamatainak és minőségirányítási rendszerének fejlesztésére vonatkozó lépéseket.
7. A helyesbítési-, a megelőzési- és a fejlesztési tevékenységeinket, azok jellegét az FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban összesítjük és követjük nyomon azok teljesülését.

További részleteket az
MF01 MINŐSÉGIRÁNYÍTÁS
című folyamatleírás tartalmaz.

9 MELLÉKLETEK:

1. sz. melléklet: A Minőségügyi Kézikönyvben és az egyéb minőségügyi dokumentumokban alkalmazott legfontosabb kifejezések értelmezése alfabetikus sorrendben
2. sz. melléklet: Hivatkozási táblázat az ISO 9001 szabvány szakaszai, a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok szakaszai és a Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház minőségirányítási dokumentumai között