

E példány sorszáma:



A DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE  
EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ  
MINŐSÉGÜGYI KÉZIKÖNYVE

Jóváhagyta és a kiadást elrendelte:

.....  
**Dr. Bedros J. Róbert Ph.D.**  
tanszékvezető c. egyetemi tanár, főigazgató

<b>Készítette:</b>	<i>Dr. Szabó Anita</i>	<i>mb. irodavezető Minőségügyi Iroda</i>	
<b>Ellenőrizte:</b>	<i>Félegyházi-Török Csabáné</i>	<i>mb. gazdasági igazgató</i>	
<b>Ellenőrizte:</b>	<i>Kurucz Mária</i>	<i>ápolási igazgató</i>	
<b>Ellenőrizte:</b>	<i>Prof. Dr. Finta Ervin</i>	<i>orvosigazgató</i>	
<b>Ellenőrizte:</b>	<i>Dr. Horváth Zsuzsanna</i>	<i>orvosigazgató helyettes</i>	
<b>Ellenőrizte:</b>	<i>Dr. Máté Miklós Ph.D.</i>	<i>orvosigazgató helyettes</i>	
<b>Ellenőrizte:</b>	<i>Dr. Szilágyi Judit</i>	<i>ügyvéd</i>	

A kézikönyvben található valamennyi információ a **Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház** tulajdona. Nem használhatók fel üzleti vagy más célra a főigazgató előzetes jóváhagyása nélkül

Tartalom	
1. Alkalmazási terület.....	4
2. Rendelkező hivatkozások.....	4
3. Szakkifejezések és meghatározásuk.....	4
4. A szervezet környezete.....	4
4.1. A szervezet és környezetének megértése, az érdekelt felek szükségleteinek és elvárásainak megértése.....	4
4.2. Az érdekelt felek szükségleteinek és elvárásainak megértése.....	8
4.3. A minőségirányítási rendszer alkalmazási területének meghatározása.....	8
4.4. A minőségirányítási rendszer és folyamatai.....	8
5. Vezetői szerepvállalás.....	9
5.1. Vezetői szerepvállalás, elkötelezettség, előírás, betegközpontúság.....	9
5.2. Minőségpolitika kialakítása és kommunikálása.....	9
5.3. Szervezeti szerepek, felelőségek és hatáskörök.....	10
6. Tervezés.....	10
6.1. A kockázatokkal és lehetőségekkel kapcsolatos tevékenységek.....	10
6.2. Minőségcélok és az elérésük megtervezése.....	12
6.3. Változások tervezése.....	12
7. Támogatás.....	12
7.1. Erőforrások.....	12
7.1.2. Munkatársak.....	13
7.1.3. Infrastruktúra.....	14
7.1.4. A folyamatok működési környezete.....	16
7.1.5. Megfigyelő és mérőeszközök kezelése.....	17
7.1.6. Szervezeti ismeretek.....	18
7.2. Felkészültség (kompetencia), tudatosság.....	18
7.4. Kommunikáció.....	18
7.5. Dokumentált információ.....	19
8. Működés.....	21
8.1. Működés tervezés -és felügyelet.....	21
8.2. A betegellátásra és szolgáltatásokra vonatkozó követelmények.....	21
8.3. MIR folyamatok és szolgáltatások tervezése és fejlesztése.....	25
8.4. A külső forrásból biztosított folyamatok, a betegellátást segítő, termékek és szolgáltatások felügyelete.....	25
8.5. A betegellátás és szolgáltatás nyújtása.....	26
9. Teljesítményértékelés.....	31
9.1. Figyelemmel kísérés, mérés, elemzés és értékelés.....	31

9.1.2. Elégedettség mérés .....	32
9.1.3. Elemzés és értékelés .....	32
9.2. Belső audit.....	33
9.3. Vezetőségi átvizsgálás .....	34
10. Fejlesztés .....	36
10.2. Nem megfelelés és helyesbítő tevékenység.....	36
10.3. Folyamatos fejlesztés .....	38
11. Mellékletek.....	38

## 1. Alkalmazási terület

A Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (továbbiakban: Kórház, Intézmény), a minőség és a biztonság iránti elkötelezettségének biztosítása érdekében, az ISO 9001:2015 szabványrendszer és a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (továbbiakban: MEES) 2.0 kézikönyvében meghatározott követelmények betartásával működik. A minőségi értékelés kiterjed a fekvő- és járóbeteg ellátásra, egészségügyi szakmai képzésre, intézményi háttérszolgáltatásokra, valamint a védőnői alapellátásra.

## 2. Rendelkező hivatkozások

### Külső dokumentumok:

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról
- ISO 9001:2015 szabványrendszer  
Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (továbbiakban: MEES) 2.0 kézikönyv

### Belső dokumentumok:

A Kórház belső használatú dokumentumainak listáját az 2. sz. melléklet tartalmazza.

## 3. Szakkifejezések és meghatározásuk

A kézikönyvben szereplő fogalmakat és azok leírásait az 1. sz. melléklet tartalmazza.

## 4. A szervezet környezete

### 4.1. A szervezet és környezetének megértése, az érdekelt felek szükségleteinek és elvárásainak megértése



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 önkormányzat, az állam, amely törvények, szabályok alkotásával hat (pl.: adókivetéssel),
- 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),
- természeti környezet, amely az időjáráson, a természeti kincseken, valamint a környezetszennyezésen keresztül Kórházunkra is hat,
- technikai környezet, amely a technika fejlődésével, új anyagok, eljárások megjelenésével készletet váltóztatásra, alkalmazkodásra a Kórházra (pl.: digitális technika megjelenése),
- a világgazdaság változásai közül egyesek érzékenyen befolyásolhatják a Kórházat is (pl.: az energiaárak alakulása), míg mások csak áttételesen hatnak (pl.: háborúk)
- A környezetből érkező változások általában az információk segítségével ismerhetők meg.

**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)
  - Európai Unió jogszabályai
  - hazai jogszabályok
- szabványkövetelmények (önként vállalt követelmények, pl.: ISO 9001:2015 szabvány és MEES 2.0. standard)
- hatóságok/jogalkotók
  - Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ)
  - Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK)
  - Belügyminisztérium Munkavédelmi és Munkaügyi Szakigazgatási Szerv
  - Belügyminisztérium Országos Tűzvédelmi Főigazgatóság
  - Belügyminisztérium Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság
  - Országos Rendőr-főkapitányság (ORFK)
  - Pest Megyei Kormányhivatal Környezetvédelmi és Természetvédelmi Főosztály
  - Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság
  - Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV)
  - Egyéb kormányhivatalok (pl.: országos felügyeleti szervek városi/kerületi alszervei)
  - Területileg illetékes önkormányzatok (XI. és XXII. kerület, Érdi járás)
- gazdasági környezet (pl.: Országos Kórházi Főigazgatóság [OKFŐ] – mint fenntartó)
- partnerek
  - vevők (pl.: betegek – beleértve a vizsgálatra érkező pácienseket is –, hozzátartozók)

- megrendelők (pl.: külső intézmények, amelyeknek vizsgálatot végzünk, farmakológiai vizsgálatot igénylő gyógyszergyártó cégek, oktatási intézmények, akik részére egészségügyi szakmai képzést végzünk)
- termékbeszállítók (pl.: Anyaggazdálkodási Osztály, Műszergazdálkodási Csoport, Informatikai Osztály, Intézeti Gyógyszertár és Központi Laboratórium beszállítói listáin szereplő cégek)
- alvállalkozók, külső szolgáltatók, például:
  - Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság
  - Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK)
  - Országos Mentőszolgálat (OMSZ)
  - Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ)
- egyéb érdekelt felek (pl.: környék lakói, szakmai szervezetek)
- versenytársak, más piaci szereplők (pl.: másik kórházak, egészségügyi intézmények, szakrendelők – pl.: Szakorvosi Rendelő Intézetek –)
- tágabb/makro környezet (pl.: világ- és nemzetgazdaság, társadalom, kultúra, hagyomány, technika)
- társadalmi összefüggések és elvárások (pl.: szakmai szervezetek és tagjainak 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)

**Belső környezeti elemek** (a szervezet értékeire, kultúrájára, tudására és teljesítményére vonatkozó tényezők):

- munkatársak (pl.: egészségügyi szolgálati jogviszonyban és a Kórházzal szerződéses jogviszonyban álló dolgozók)
- infrastruktúra (pl.: a Kórház épületei, útjai, mérő- és vizsgáló berendezései, műtéti eszköz- és gépparkja, telefon-, számítógépes- és úthálózata)

**Kockázatainkat SWOT-analízis technikájával elemezzük.**

- Elemzési szempontok:



**Kórházunk szempontjai:**



## 4.2. Az érdekelt felek szükségleteinek és elvárásainak megértése

Az ISO 9001:2015 szabvány szerint a kórháznak figyelembe kell vennie az érdekelt felek szükségleteit és elvárásait a minőségirányítási rendszer hatékony működtetése érdekében. Az egészségügyben ez különösen fontos, mert számos érdekelt fél van jelen, akiknek eltérő, de egyaránt fontos elvárásaik vannak.

Érdekelt fél	Szükségletek és elvárások
Betegek	Biztonságos és hatékony kezelések, empátikus bánásmód, adatvédelem, gyors ellátás, megfelelő tájékoztatás, hozzáférhetőség az ellátáshoz és a dokumentációkhoz.
Családtagok, hozzátartozók	Kommunikáció a beteg állapotáról, emberi bánásmód, biztonságos környezet hozzátartozóik számára.
Egészségügyi dolgozók (orvosok, ápolók)	Megfelelő munkakörülmények, képzés, eszközök rendelkezésre állása, munkahelyi biztonság, egyértelmű eljárások.
Fenntartók / tulajdonosok (pl. állam, önkormányzat, magáncég)	Hatékony működés, gazdaságosság, jogszabályi megfelelés, hírnév megőrzése
Szabályozó hatóságok (pl. OKFÓ, NNGYK, NEAK)	Jogszabályi megfelelés, adatjelentés, betegbiztonság, fertőzések megelőzése
Beszállítók	Időben történő fizetés, egyértelmű specifikációk, hosszú távú együttműködés
Társadalom, közvélemény	Átláthatóság, felelős működés, járvány megelőzés, egészségfejlesztés

Ezeket a szükségleteket rendszeresen figyelemmel kell kísérni és beépíteni a kórház stratégiájába és működésébe.

## 4.3. A minőségirányítási rendszer alkalmazási területének meghatározása

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, 2025. szeptember 03.).
2. A minőségirányítási rendszer a Tétényi út 12-16. sz. telephelyen fellelhető járóbeteg- és fekvőbeteg ellátásra, egészségügyi szakmai képzésre terjed ki.
3. A Kórház termék tervezési-, fejlesztési tevékenységet nem végez, ezért az ISO 9001:2015 szabvány 8.3. pontja csak a szolgáltatások tervezésére és fejlesztésére vonatkozatható
4. 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, védőnői alapellátás, valamint az általános vezetési- és támogató folyamatokat működtetjük. A MEES 2.0 fejezetei közül Kórházunk nem végzi a Házi- (H) folyamatát.

## 4.4. A minőségirányítási rendszer és folyamatai

A minőségirányítási rendszer folyamatait a 5., 6., 7. és 8. számú mellékletek tartalmazzák.

## **5. Vezetői szerepvállalás**

### **5.1. Vezetői szerepvállalás, elkötelezettség, előírás, betegközpontúság**

A Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház felső vezetése és munkatársai elkötelezettek a minőségirányítási rendszer működtetése és – az ISO 9001:2015 szabvány követelményeivel és más ágazati szintű elvárásokkal, így a MEES 2.0 rendszerével összhangban történő – folyamatos továbbfejlesztése mellett. A vezetőség szándéka a gyógyító-megelőző, tudományos és egyéb szakmai munka mindenkori követelményeinek megfelelő munkafeltételek biztosítása, beleértve a személyi és infrastrukturális feltételeket, betegek megelégedettségének folyamatos fenntartását és az előírásoknak való megfelelést.

#### **Az elkötelezettséget tükrözi:**

- a Kórház minőségpolitikai nyilatkozata (3. sz. melléklet),
- 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.

#### **Általános előírások**

Vezetőségünk kulcsfontosságúnak tartja érdekelt feleink, megbízóink, betegek, hallgatóink, partnereink igényeinek megértését, követelményekké alakítását, teljesítését és megelégedettségük biztosítását, a betegellátást, valamint a minőségirányítási rendszer fejlesztését – a jogszabályok és egyéb előírások betartása mellett –. Fontosnak tartja a minőségirányítási és a környezetközpontú irányítási szabvány megfelelő ismeretét, a folyamatokban történő napi alkalmazását, hatékonyságának figyelését és az ellenőrző, helyesbítő tevékenységek beépülését.

#### **Betegközpontúság**

A Kórház mindenekelőtt betegekkel, azok hozzátartozóival, de más megrendelőivel is korrekt együttműködésre törekszik. Különös gondot fordít a betegek mindenkori igényét kielégítő, a kor színvonalán álló, a hazai és a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott gyógyító-megelőző eljárások alkalmazására. Arra törekszik, hogy a betegeinél a lehető legrövidebb időn belül a beteg legkisebb megterhelésével a betegségében elvárható legteljesebb gyógyulást érjen el. A betegek és a hozzátartozók joggal várják el a magas minőségi színvonalú, hatékony és a gyógyulást legjobban elősegítő módszerek, eljárások alkalmazását. A Klinika lehetőségeihez mérten ennek teljesítésére törekszik. A szolgáltatási tevékenységek teljesítése és a különböző beszállítók értékelése során a minőségi szemlélet érvényesülését, valamint az eredményességet alapvető követelménynek tekinti.

### **5.2. Minőségpolitika kialakítása és kommunikálása**

A minőségpolitikai nyilatkozatot (3. sz. melléklet) 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. A minőségpolitikai nyilatkozat eredeti példánya a Minőségügyi Irodában található. A másolati példányai, mindenki számára jól látható helyen kifüggesztése kerültek, a szervezeti egységekre, valamint több helyen megtalálhatók a Kórház egész területén. (A ép. főbejárat, Intézeti gyógyszertár, Osztályok folyosói, szakrendelők)

### **5.3. Szervezeti szerepek, felelőségek és hatáskörök**

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

A Kórház szervezeti egységeinek vezetői felelősséggel tartoznak a szabályozó dokumentumaikban meghatározott feladatokért, jogszabályi feltételek betartásáért, etikai szakmai irányelvek érvényesüléséért. Elemzik és értékelik saját szervezeti egységük működését. Az eredmények és az indikátorok ismeretében szükség esetén intézkedést tesznek, fejlesztési javaslatokat dolgoznak ki. Minden évben egy alkalommal jelentést készítenek a Kórház főigazgatója számára, előírt szempontrendszer szerint. Ez valamennyi szervezeti egységre vonatkozó feladat, minden további adatszolgáltatást szervezeti egységenként eltérő lehet. A szervezeti egységek vezetőinek írásban rögzítettek feladata, hatásköre, jogköre, kompetenciája, dokumentáltan meghatározott. Munkaköri leírások, kinevezések, megbízások formájában.

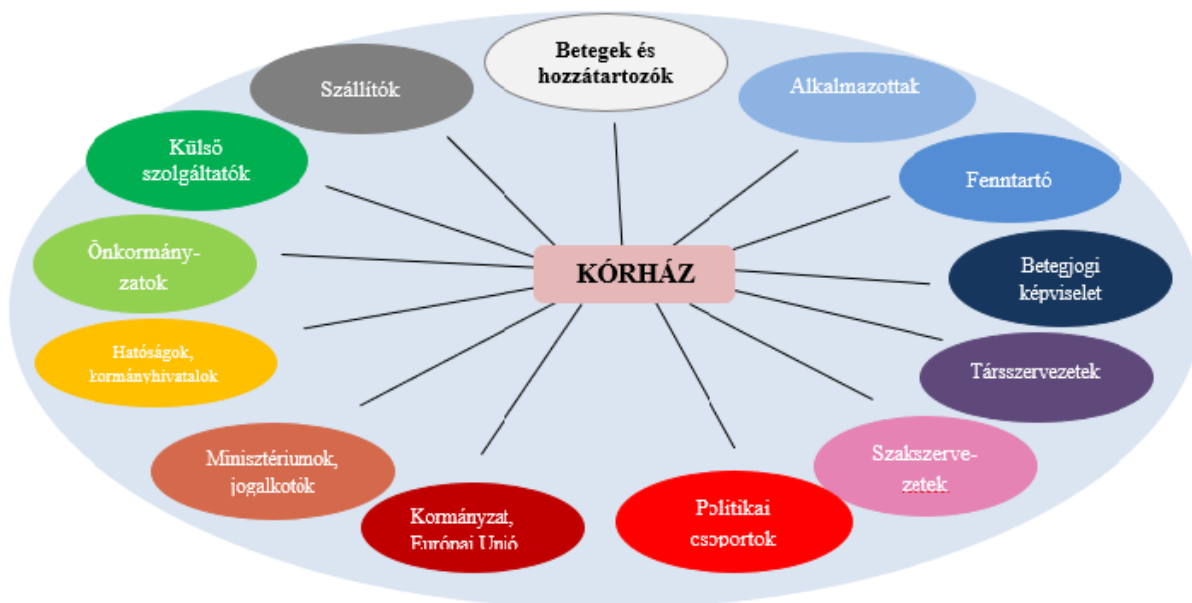
További részleteket az  
MF01 Minőségirányítás című folyamatleírás, valamint az SzMSz  
és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazzák.

## **6. Tervezés**

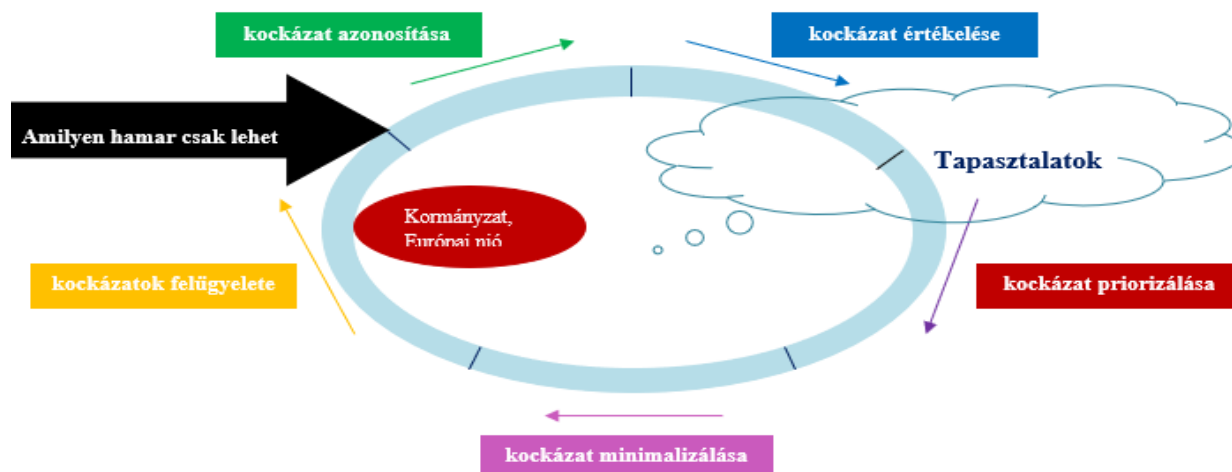
### **6.1. A kockázatokkal és lehetőségekkel kapcsolatos tevékenységek**

A Kórház a kockázatokkal és lehetőségekkel kapcsolatos intézkedéseit minden esetben arányosan végzi a betegellátás megfelelőségére gyakorolt hatásukkal. Az Intézmény az Integrált kockázatszemlélet és kezelési szabályzatában írja elő a kockázatszemlélet és -kezelés tervezéséhez, bevezetéséhez, figyelemmel kíséréséhez és átvizsgálásához, valamint a folyamatos fejlesztéséhez szükséges intézkedések rendjét. 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 Kockázatszemlélet 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 kockázatokkal a két

féle formanyomtatvány, valamint a Kórház érdekelt feleinek és külső környezetének listái, kockázatértékelései és kockázatbecslései részletezik.



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 vállalkezési 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 gazdaságsszabályozás Kórházunkban az alábbi tevékenységet jelenti:

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

Az Intézmény kockázatkezelés rendszerével kapcsolatos rendelkezéseket az alábbi dokumentumok tartalmazzák:

Kockázatértékelés szabályzat

Biológiai kockázatértékelés

Legionella-fertőződési kockázatbecslés és

Magas kockázatú betegek azonosítására használt szűrőmódszerek alkalmazásainak eljárás leírása

Belső ellenőrzési kézikönyv

című folyamatleírás és kapcsolódó dokumentumai tartalmazzák.

## 6.2. Minőségcélok és az elérésük megtervezése

A Klinika egyes szervezeti egységei, illetve funkciói részére meghatározott konkrét minőségcélokat az egységek működési szabályzata, illetve a minőségügyi dokumentáció részét képező minőségcélok tartalmazzák. A minőségcélok a lehetőségekhez képest mérhetőek és összhangban vannak a minőségpolitikával.

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 közzététele a főigazgatói körlevélben történik.

A minőségcélok meghatározásával, a teljesítés követésével, mérésével kapcsolatos feladatokat szabályoztuk.

További részleteket az

MF01 Minőségirányítás

című folyamatleírás és kapcsolódó dokumentumai tartalmazzák.

## 6.3. Változások tervezése

A minőségirányítási rendszer kiemelt részének tekinti a tevékenységét alkotó folyamatok meghatározását, a folyamatok sorrendjének, kölcsönhatásainak meghatározását, a megvalósítás szabályainak, feltételeinek, továbbá ellenőrzési és dokumentálási rendjének előírását. A folyamatokat a minőségirányítási kézikönyv 4.4. fejezete és a kapcsolódó eljárások, továbbá a munkautasítások, a részlegek/osztályok egység szintű működési szabályzatai és egyéb előírások rögzítik. Ezek együttes rendelkezésre állása, ismerete és alkalmazása, a változó feltételekhez történő igazítása határozza meg a folyamatok tervezését és végrehajtását

## 7. Támogatás

### 7.1. Erőforrások

A szervezeti egységeknél is rendelkezésre állnak a tevékenységek ellátásához szükséges erőforrások, amelyek felhasználásához a vezetők döntési jogkörrel rendelkeznek. A Kórház

vezetése folyamatosan törekszik arra, hogy a tárgyi feltételeket, a technikai eszközöket és a személyzet létszámát, szakmai felkészültségét olyan szinten tartsa, amely összhangban van a minőségirányítási rendszer előírásaival, a betegellátás szakmai követelményeivel és a betegek érdekeivel, elvárásaival.

### **7.1.2. Munkatársak**

Megbízható, magas színvonalú szolgáltatás biztosítása csak megfelelően és rendszeresen képzett munkatársakkal lehetséges. A személyzet utánpótlásakor és kinevezésekor kiemelkedő szempont, hogy a személy végzettsége, képzettsége és korábbi gyakorlati ismeretei megfeleljenek a minőségpolitikai elvekben kitűzött céloknak. A vezetőség minden munkakörrel kapcsolatban rögzítette az elvárásokat – a hatályos jogszabályok figyelembevételével – és valamennyi munkatársára érvényesnek tekinti a kialakított belső képzési rendszert. Ezen felül az önálló szervezeti egységek vezetői nagy hangsúlyt fektetnek a humán erőforrás továbbképzéseire és a különböző fórumokon, hazai és külföldi konferenciákon való részvételre, megjelenésre, szereplésekre.

A Kórház különös figyelmet fordít annak biztosítására, hogy a munkatársak elköteleződése, tudása, gyakorlata és létszáma összhangban legyen a betegek szükségleteivel.

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.

Minőségügyi rendszerünk továbbfejlesztése kapcsán – az integrált minőségirányítási rendszerrel összhangban – önálló folyamatokban szabályoztuk a munkaerő biztosításának és képzésének kérdésköreit.

Meghatároztuk az egyes feladatok ellátásához szükséges alkalmassági (kompetencia) követelményeket, melyeket a munkaköri leírásokban és a személyi nyilvántartásokban rögzítettünk.

Ahol az elvárt képzettséget jogszabály rögzíti, felvételkor ellenőrizzük ennek meglétét, minden munkatársunk képzettségéről dokumentált személyi adatok állnak rendelkezésre. A vezetőség támogatja a munkatársak szakmai fejlődését, folyamatos továbbképzését.

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.

A **Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház** 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.

A **Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház** hallgatói elégedettségvizsgálattal kívánja az általa végzett oktatás minőségét leellenőrizni, ezt követően javítani, mellyel a Kórház jövőbeni kollégáinak szakmai tudását és elhivatottságát kívánja megalapozni.

Az erőforrások biztosítása azonos elveken alapuló folyamatokban történik:

- az erőforrásokkal kapcsolatos elvárások, követelmények, szükségletek meghatározása, rögzítése
- általánosságban, illetve az adott munkakörhöz kapcsolódóan (pl. munkaköri leírások),
- a meglévő erőforrások összevetése az igényekkel (pl. oktatási, képzéshez felhasznált eszközök
- nyilvántartása, állapotfelmérések, leltárok, bizonyítványok,)
- megfelelés esetén ennek az állapotnak a fenntartására irányuló lépések (pl. karbantartás).

Eltérés esetén:

- beszerzés (pl. alvállalkozó bevonása, beruházás, új dolgozó felvétele),
  - lépések a meglévő erőforrás javítására, fejlesztésére (pl. eszközjavítás, képzés).
- Valamennyi erőforrás felügyelete folyamatosan megtörténik, ennek összesített értékelése évente a vezetői beszámolóban valósul meg.

Az Intézmény vezetése nagy figyelmet fordít arra, hogy minden munkatársát motiválja képességeinek, tudásának fejlesztésére. Az oktatás és képzés formái: minőségoktatási program, szakmai tanfolyamok, előadások, rendezvények, belső oktatás, szakirodalom és dokumentáció-szolgáltatás, és továbbképzés. Fontos, hogy az alkalmazottak rendelkezzenek a velük szemben támasztott igények kielégítéséhez szükséges szakmai felkészültséggel, felelősségtudattal, döntési képességgel és etikus hozzáállással. A vezetőség a munkatársak megbízásánál, kinevezésénél, utánpótlásánál figyelembe veszi a minőségre hatást gyakorló tevékenységeket ellátók iskolai végzettségét, képzettségét és gyakorlati ismereteit, illetve az ide vonatkozó előírásokat.

További részleteket az  
MF10 Oktatás, képzés, továbbképzés  
MF11 A munkaerő biztosítása  
című folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazzák.

### **7.1.3. Infrastruktúra**

A 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szól, amely előírja a személyi, tárgyi és műszeres feltételeket. Kórházunk megfelel ezen jogszabálynak .

Az Intézmény elfogadott költségvetése és az ebben található fejlesztési terv határozza meg az elvárt és a tervezett minőségi tevékenység biztosításához a fejlesztések várható szükségleteit és biztosítja a Kórház számára szükséges infrastruktúrát. Annak érdekében, hogy a mindennapi tevékenységeit a minőségi követelményeket kielégítő gyógyító-megelőző terápiák elvégzéséhez és ezek kiszolgálásához kapcsolódó tevékenységekhez az

erőforrások megfelelő minőségben, a szükséges mennyiségben és kellő időben rendelkezésre álljanak, az Intézmény kialakított szabályozás segítségével valósítja meg. Arra törekszik, hogy a kor színvonalán álló és a szakmai követelményeket kielégítő infrastrukturális feltételeket biztosítsa. A zavartalan betegellátás és kiszolgálás érdekében rendelkezik az alapvető tárgyi eszközökkel és immateriális javakkal, amelyekkel folyamatosan biztosítható a minőségi követelményeket kielégítő gyógyítás, betegellátás és kiszolgálás.

A Kórház alapfeladatainak ellátásához szükséges feltételek biztosításáért a **főigazgató** felel.

Ezek közé tartoznak az alábbiak:

- **épületek:** biztosítják a Kórház valamennyi szervezetének elhelyezését, keretet adnak – bár viszonylag gyakori belső átalakítások révén – az új igények, bővülő feladatok feltételeinek kialakításához
- **orvostechnikai eszközök, berendezések, felszerelések:** rendelkezésre állnak a diagnosztikus és terápiás folyamatokhoz szükséges eszközök, gépek, berendezések, műszerek, de bővítésük, korszerűbbre cserélésük állandósult igény és folyamat. Karbantartásukkal biztosítható a folyamatképeség, melynek belső rendje tervszerűen működik.
- **támogató szolgáltatások (pl.: orvosi gázellátás, élelmezés, mosatás):** jól kiépültek és funkcionálnak. Tevékenységeik szabályozottak. A tisztaság és higiénés feltételek, a takarítás, a környezetvédelem és a veszélyes hulladékok kezelése, a belső és külső szállítás, az élelmezés rendje meghatározott és ellenőrzött.
- **informatikai háttér:** valamennyi osztály rendelkezik a munkavégzéshez szükséges számítógéppel és szoftverrel, ezek egy része kapcsolódik a központi hálózathoz. A központi hálózathoz való teljes körű csatlakozás a következő időszakban megoldandó feladat

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.

- Szabályoztuk
  - az épületek, egyéb építmények, az alkalmazott berendezések, orvostechnikai 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.

- Gondoskodtunk a tevékenységhez szükséges informatikai infrastruktúra (hardver, nyilvántartási szoftverek, adatbázisok) rendelkezésre állásáról, működőképességéről, az adatok védelméről.
- Szabályoztuk a megfelelő körülmények és a munkakörnyezet biztosítását, ideértve:
  - a munkavégzés technikai feltételeit,
  - a munkavégzés biztonsági körülményeit,
  - a higiénés feladatokat,
- az ápolás, szakellátás során keletkező kommunális- és veszélyes hulladékok kezelését.
- A kórtermek, műtők, közös helyiségek kialakításánál, berendezésénél mindenkor figyelembe vesszük betegeink érdekeit, a betegség jellegét, a vonatkozó rendeleteket, szabályozásokat.
- A következő erőforrások megfelelő számban és minőségben a Kórház rendelkezésére állnak:
  - Orvostechnikai erőforrás
  - Energetikai erőforrás
  - Informatikai erőforrás
  - Logisztikai erőforrás
  - Kommunikációs erőforrás
  - Egyéb szervezet-specifikus erőforrás
  - Pénzügyi erőforrás
  - A műszaki terület kiszervezésre került.

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.

#### 7.1.4. A folyamatok működési környezete

**Tisztaság és fertőtlenítés:** kialakított szabályozás segítségével valósul meg, amely érvényes minden osztályra és helyiségre vonatkozóan. Megvalósulását napi és heti fertőtlenítési ütemtervek készítése határozza meg. Az Intézmény nagy figyelmet fordít a műtők, kórtermek, sürgősségi osztályok és intenzív osztályok fertőtlenítésére. Fertőző betegségek terjedésének minimalizálása érdekében kialakított eljárásrendek és protokollok betartásával valósul meg, amelyek gyakorlati megvalósulását havi ellenőrzésekkel kontrolálja. Az esetlegesen felmerülő Kórházi fertőzések monitorozása és jelentése folyamatos.

**Környezeti feltételek:** az Intézmény nagy figyelmet fordít arra, hogy a kórház számos területén, de legfőbbképpen a kórtermekben, műtőkben egyéb kezelési helyeken az alábbiak megvalósuljanak:

- hőmérsékletének és páratartalmának figyelemmel kísérése,
- a légkondicionáló és párástó rendszerek évenként esedékes karbantartása,
- műtéti területek, diagnosztikai helyiségek és kórtermek megfelelő megvilágítása, természetes és mesterséges fényforrások kombinációjának biztosítása,
- a zajártalom elleni védelem, zajszint minimalizálása, zajcsökkentő intézkedések (pl.: csendes zónák kialakítása a betegek pihenésének és gyógyulásának elősegítésére szolgál)

**Biztonsági protokollok:** Tűzvédelmi rendszerek telepítése és rendszeres karbantartása. Vészhelyzeti evakuálási tervek kialakítása és gyakorlása.

**Berendezések karbantartása:** Orvosi eszközök rendszeres karbantartása, kalibrálása és hitelesítése. Az eszközök állapotának rendszeres ellenőrzése és karbantartási naplók vezetése.

**Informatikai rendszerek:** Kórházi informatikai rendszereinek rendszeres és időszzerű karbantartása és frissítése, adatbiztonsági intézkedések, beleértve a betegek adatainak védelmét.

**Munkahelyi környezet:** Dolgozók munkahelyi biztonsága Munkahelyi egészség- és biztonsági szabályok betartása és népszerűsítése. Munkavédelmi felszerelések, ergonomikus bútorok és eszközök biztosítása a dolgozók számára. Fontos, hogy a munkatársak munkahelyi környezete mindenkor megfeleljen hatályos egészségügyi, munkabiztonsági és tűzvédelmi követelményeknek, továbbá a zavartalan és minőségi munkavégzéshez szükséges gépek, berendezések, felszerelések, eszközök, műszerek és anyagok a munkát végzők rendelkezésre álljanak.

**Betegkomfort és szolgáltatások:** Betegkomfortot növelő szolgáltatások. Pihenőhelyek, televíziók, könyvek és egyéb szórakozási lehetőségek biztosítása a betegek számára. Családbarát környezet kialakítása, beleértve a látogatók kényelmét és a családtagok bevonását a betegek ellátásába.

#### 7.1.5. Megfigyelő és mérőeszközök kezelése

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

Meghatároztuk a betegellátás során elvégzendő mérésekhez szükséges és legmegfelelőbb mérőeszközöket, berendezéseket, és a megkövetelt mérési pontosságot.

Az 1991 évi XLV. törvény a mérésügyről alapján ezeket az eszközöket, berendezéseket meghatározott időközönként, vagy alkalmazásba vétel előtt hitelesítettjük, 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.

Ahol lehet címkével, 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.

A tájékoztató jellegű ellenőrzésekre használt mérő- és vizsgáló berendezéseinket „Tájékoztató jellegű mérésre alkalmas” megkülönböztetéssel látjuk el.

Az ellenőrző, mérő- és vizsgáló berendezések kezelését, karbantartását és tárolását úgy szabályoztuk, hogy fenntartsuk pontosságukat és használatra való folyamatos alkalmasságukat.

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.

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 tartalmazzak

#### **7.1.6. Szervezeti ismeretek**

Új dolgozók belépésekor az osztály vezetője/megbízottja bemutatja a munkaterületet és a helyi szokásokról oktatást tart. (Ezt a dolgozó belépési dokumentációja tartalmazza) A kórház szervezeti felépítését (organogram) a 4. számú mellékelt tartalmazza. A dokumentálás folyamatait a Kézikönyv 7.5. fejezete részletesen bemutatja. A külsős szolgáltatóktól érkező leveleket a Központi Iktató és Irattár érkezteti be és kezeli az egész Intézményre vonatkozóan. A szervezeten belüli kommunikáció, a belső levelezési forma alkalmazásával, illetve a Kórház szinten kiépített elektronikus levelező rendszeren keresztül történik. A munkatársak részére az Intézmény működését érintő információk ismertetése heti, illetve rendkívüli körlevélben valósul meg. A körlevél tartalmának megismeréséről minden szervezeti egység igazoló listát vezet, amelyet valamennyi – a kiadáskor dolgozó munkavállaló aláírásával hitelesít. A távollévő kollégák hiányzását az egységvezető aláírásával igazolja. A lista megfelelő helyére történő elektronikus feltöltés, a Központi Iktató és Irattáron keresztül valósul meg.

#### **7.2. Felkészültség (kompetencia), tudatosság**

A Kórház betartja az egészségügyi miniszter 52/2003. (VIII. 22.) sz. ESzCsM rendeletének előírásait és saját maga által meghatározott követelményrendszerét, különösen a gyógyító és betegellátó folyamatokban résztvevőkkel szemben. Nyomon követi a jogszabályokban bekövetkező előírásokat, azok változásait.

#### **7.4. Kommunikáció**

A kommunikációs formákat, az értekezletek rendjét a Kórház Szervezeti és Működési Szabályzata írja elő. A belső tájékoztatást egyrészt az informatikai hálózaton történő információcsere biztosítja elektronikusan, másrészt a belső telefonhálózat

**A külső kommunikáció, kapcsolattartás**

A Kórház folyamatai úgy kerültek szabályozásra, hogy az adott folyamatban résztvevő valamennyi egység szerepköre egyértelműen tisztázott legyen. Ez a terület valamennyi intézményi egység működését érintő szabályozó dokumentumban rögzítésre került.

## 7.5. Dokumentált információ

### Általános előírások



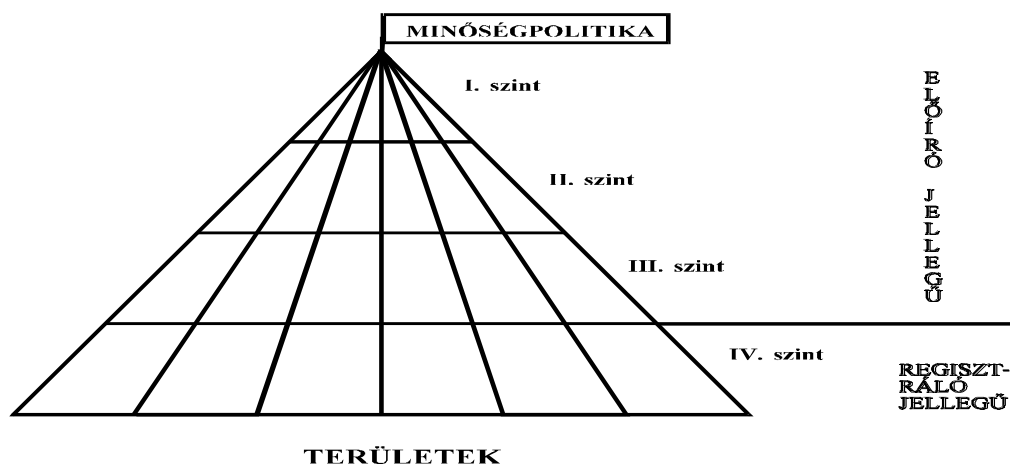
A dokumentációs rendszer biztosítja a bizonylatok és adatok, a gyógyítási minőség, a szakterületeket érintő oktatási, valamint a környezetvédelmi tevékenységek ellenőrizhetőségét. Lehetővé teszi a minőségirányítási rendszer működésének nyomon követhetőségét, hatékonyságának értékelését és a továbbfejlesztéshez szükséges információkat.

A minőségirányítási kézikönyvben felsorolt, illetve hivatkozott eljárásokon kívül, eljárásnak kell tekinteni az Intézmény Szervezeti Működési Szabályzatát (továbbiakban: SzMSz), a szabályzatokat, működési rendeket, folyamatleírásokat, az igazgatói utasításokban megtestesülő, általános működést szabályozó belső dokumentumokat, szabályzatokat és utasításokat, a külső vagy belső eredetű orvosi protokollokat, szakmaspecifikus módszertani leveleket, illetve az ezeket összefoglaló vagy helyettesítő szakkönyveket, ápolási eljárási utasításokat. A dokumentumok meghatározott része a dokumentáció felelősnél, minőségirányítási vezetőnél, illetve a részlegek minőségirányítási megbízottjainál áll rendelkezésre.

A külső dokumentumok egy része a titkárságon, a gazdasági vezetőnél, az egyetemi, illetve intézeti könyvtárban található. A dokumentumok papír alapú írott vagy számítógépes adathordozón rögzítettek lehetnek, illetve ezek kombinációja is alkalmazható. A dokumentumok számítógépen és weboldalon történő tárolását, kezelését az ezzel megbízott informatikai szakember végzi. A minőségirányítási vezető ellenőrzi, hogy a folyamatok a szabályozásnak megfelelnek-e. A minőségirányítási vezető a minőségügyi szobában, erre elkülönített dossziében, kinyomtatott formában őrzi a minőségügyi dokumentumok és bizonylatok érvényben lévő 1. számú prímpéldányait.

### Létrehozás és frissítés

1. Meghatároztuk a szükséges folyamatokat és ezek sorrendjét, kapcsolatait (3. fejezet). Azonosítottuk a folyamatok kölcsönhatásait, melyeket a szabályozások kialakításánál maximálisan figyelembe vettünk. Folyamataink vizsgálatát kiterjesztettük a folyamatainkkal járó esetleges kockázatok elemzésére és értékelésére is. A megállapított kockázatok rangsoroltuk, valamint fontossági- és egyéb szempontok alapján, a helyesbítés, megelőzés és fejlesztés folyamatán belül kezeltük. A kockázatelemzés során figyelembe vettük a Kórház Belső ellenőrzési kézikönyvének, valamint a Belső kontrollrendszer szabályzatában előírtakat is.
2. Az MSZ EN ISO 9001:2015 szabványpontok összehangolását, valamint a MEES 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 és az eredményeket elemezzük. Az eredmények tükrében fejlesztéseket határozzunk meg.
5. Minőségirányítási rendszerünk dokumentumai négy szintű 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.

További részleteket az  
MF03 Dokumentumok, adatok és feljegyzések kezelése  
című folyamatleírás és kapcsolódó dokumentumai tartalmazznak.

## A Minőségügyi Kézikönyv

1. 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.
2. A Minőségügyi Kézikönyv – úgy ahogyan a többi minőségügyi dokumentum is – a belső hálózaton mindenki számára elérhető és olvasható (K:\Olvasoterem\Minosegugyi\_dokumentumok). Az esetleges változásokról a főigazgató által kiadott körlevélben tájékoztatjuk a Kórház minden dolgozóját.
3. A módosítás jóváhagyását a fedőlap aláírása jelenti, ahol a láblécben a kiadászám mellett mindig az utolsó módosítás-számot és dátumot tüntetjük fel. Az érvénytelenné váló Minőségügyi Kézikönyveredeti példányát a Minőségügyi Iroda „HATÁLYTALAN” felirattal megőrzi.

## 8. Működés

### 8.1. Működés tervezés -és felügyelet

A Kórház az Alapító okiratában rögzített tevékenységét a központi folyamatokat leíró szabályzatokban, folyamatleírásokban, működési rendekben, eljárásrendekben és protokollokban tervezi meg és szabályozza a lépéseit.

A felügyeletet, külső ellenőrzést az OKFŐ, az NNGYK és a Budapesti Rendőr-főkapitányság (kábitóster ellenőrzés) látja el, a minőségügyi rendszerünket a Certop Termék- és Rendszertanúsító Kft. ellenőrzi.

Belső ellenőrzések az alábbi dokumentumokban leírtak szerint történnek:

*A betegdokumentáció önellenőrzésének és felülvizsgálatának protokolljában*

### 8.2. A betegellátásra és szolgáltatásokra vonatkozó követelmények

A betegek fekvő -és járóbeteg ellátásba kerülését és a betegek azonosításának folyamatát *A betegellátás folyamata MF05* és a *A járóbeteg-ellátás folyamata MF12* szabályozza/írja le.

#### Kapcsolattartás a betegekkel, partnerekkel:

##### Az orvos az általa kezelt beteggel naponta min. 1x kommunikál (vizitrend)

- 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.
- A NEAK-nak az előírások szerint rendszeresen küldjük a jogszabályban előírt adatokat, amelyek alapján követni lehet a Kórház által nyújtott szolgáltatásokat.
- Többi partnerünket minden, a velük kapcsolatos szolgáltatásokat érintő eseményről tájékoztatjuk. A tájékoztatás során figyelembe vesszük a velük kötött megállapodás tájékoztatásra vonatkozó követelményeit.

### **Betegek, hozzátartozók, partnerek és szolgáltatók panaszai**

A Kórház tevékenységeinek szabályozása, minőségirányítási rendszerének működtetése – a kitűzött céljainak értelmében – azt is figyelmének középpontjába állítja, hogy megelőzze a reklamációhoz vezető, nem kívánatos helyzetek kialakulását. Ha ezen erőfeszítések ellenére, partnerei bármely köréből reklamáció érkezik, azt igyekeznek: a lehető leggyorsabban, rugalmasan és körültekintően kezelni úgy, hogy ezzel elérje megelégedettségét (lehetőleg akkor is, amikor a reklamáció megalapozatlansága miatt, annak nem tud helyt adni). A betegek vagy képviselőik panaszai érkehetnek szóban vagy írásban.

Szabályoztuk a panaszok

- fogadását és feljegyzését,
- kivizsgálását és a szükséges hibajavító/helyesbítő intézkedések meghozatalát és
- a végrehajtás utáni visszaellenőrzést.

A panaszkezelést a Betegkapcsolati és Kommunikáció Iroda koordinálja.

A Betegjogi képviselő neve és elérhetősége a kórház több pontján kifüggesztésre került és elektronikusan, a Kórház honlapján is elérhető. Betegjogi képviselő: Megléczné Ocsenás Mária

A Dél.budai centrumkórház legújabb panaszkezelési szabályzata 2026.január 8-tól van érvényben.

A szerződéses kapcsolatok során a megbízó által észlelt szóbeli, vagy írásbeli reklamációt minden esetben vizsgálni kell. A reklamáció jogosságától függően történik döntés az intézkedésről. Minden reklamációt követő vizsgálatról, intézkedésről feljegyzést kell készíteni, helyesbítő, vagy megelőző intézkedést kell tenni. Adott esetben ez lehet válaszlevél, azzal összefüggésben hozott intézkedés, utasítás, vagy egyéb jogorvoslat. Az intézkedések eredményeit értékelni és feljegyzésbe kell foglalni. Minden reklamációt benyújtó ügyfelet írásban kell tájékoztatni.

### **Betegellátásra és szolgáltatásokra vonatkozó követelmények meghatározása**

Az Intézmény az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során alapvető célja, hogy a betegek számára biztosított ellátás megfelelően a vevők igényeinek és elvárásainak, valamint az alkalmazandó törvényi és szabályozási követelményeknek. Az egészségügyi szolgáltató intézmény elkötelezett a magas színvonalú betegellátás biztosítása mellett, amely megfelel a saját minőségi előírásoknak is:

#### **Betegek igényeinek és elvárásainak megértése**

- A betegek és hozzátartozók igényeinek és elvárásainak alapos megértése érdekében rendszeres visszajelzéseket gyűjtünk különböző módszerekkel, mint például kérdőívek, interjúk és közvetlen beszélgetések.
- **Betegelégedettségi vizsgálatok elvégzése a *Elégedettségi Vizsgálatok Szabályzata* alapján történik.**
- Az összegyűjtött információkat elemezzük és beépítjük a szolgáltatási folyamatokba, hogy javítsuk a betegellátás minőségét és növeljük a betegek elégedettségét.

### **Betegbiztonság és minőség**

- **A kórházi biztonsági szolgálat 0-24 órában biztosítja a betegek biztonságát.**
- **A beteg és dolgozói balesetek jelentésre kerülnek.**
- A betegbiztonság és a minőség elsődleges szempont a szolgáltatások tervezése és nyújtása során.
- A diagnosztikai és terápiás eljárások kiválasztásánál és végrehajtásánál kiemelt figyelmet fordítunk a legmodernebb orvostudományi és technológiai fejlesztések alkalmazására.
- Rendszeres ellenőrzéseket és belső auditokat végzünk annak biztosítására, hogy az eljárások megfeleljenek a meghatározott minőségi követelményeknek.

### **Törvényi és szabályozási követelmények**

- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során kiemelten fontos a vonatkozó törvényi és szabályozási előírások betartása.
- Az adatvédelmi előírások, betegjogi szabályok és egészségügyi protokollok betartása alapvető követelmény az intézmény minden dolgozója számára.
- Az új jogszabályok és szabályozások változásait folyamatosan nyomon követjük és integráljuk a működésünkbe.

### **Dokumentáció és nyomon követés**

- Az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó követelményeket részletesen dokumentáljuk, és gondoskodunk azok rendszeres felülvizsgálatáról és frissítéséről.
- A dokumentációs rendszerünk biztosítja, hogy minden folyamat és eljárás átlátható és követhető legyen, és hogy a szolgáltatások mindig megfeleljenek a legújabb követelményeknek és elvárásoknak.

### **Betegellátásra és szolgáltatásokra vonatkozó követelmények átvizsgálása**

Az ellátás folyamatába ellenőrző eljárások vannak beépítve

#### **A követelmények átvizsgálása – munkacsoportok és bizottságok**

A Kórházban számos szakmai munkacsoport és bizottság működik, amelyek biztosítják a betegellátás minőségének folyamatos ellenőrzését és fejlesztését:

- Indikátorfejlesztési Munkacsoport
- Ápolási dokumentációt ellenőrző munkacsoport
- Ápolásszakmai Munkacsoport
- Élelmezési Munkacsoport
- Etikai Bizottság
- Gyógyintézeti Transzfúziós Bizottság
- Gyógyszerterápiás Bizottság
- Intézményi Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottság (IIAB)
- Intézményi Kutatás Etikai Bizottság
- Intézményi Rehabilitációs Bizottság
- Kórházi Táplálási Team
- Onkológiai Bizottság
- Regionális és Intézményi Kutatás Etikai Bizottság (RKEB)

- Szakmai Vezető Testület
- Takarítási Bizottság

Ezek a testületek rendszeresen értékelik a folyamatokat, és javaslatot tesznek a szükséges fejlesztésekre.

JIR (járóbeteg irányítási rendszer)

A járóbeteg-ellátásból fekvőbeteggá váló betegek ellátása az MF12 A betegellátás folyamata című folyamatleírás szerint történik.

A részletes előírásokat az MF12 A járóbeteg-ellátás folyamata és kapcsolódó dokumentumok tartalmazzák.

ÁTR (ápolás támogató rendszer)

Az ÁTR célja a megbízhatóság növelése és az ápolási folyamatok támogatása.

A részletes működési leírást az Ápolástámogató Rendszer használatára vonatkozó eljárásleírás tartalmazza.

Az átvizsgálás során biztosítani kell, hogy az egészségügyi szolgáltatások megfeleljenek az aktuális törvényi és szabályozási követelményeknek. Az új jogszabályok és előírások figyelemmel kísérése és beépítése a szolgáltatási folyamatokba elengedhetetlen. Ezen okból a követelmények átvizsgálása folyamatosan zajlik, amelyet rendszeresen felülvizsgálunk és fejlesztünk. Felmérjük, hogy rendelkezésre állnak-e a szükséges erőforrások, beleértve a személyi állományt, az orvosi eszközöket és a technológiai támogatást. Biztosítjuk, hogy a meglévő kapacitások elegendőek a követelmények teljesítéséhez. Az átvizsgálás során kiemelt figyelmet fordítunk a megbízhatóságra és a minőségbiztosításra. Felmérjük, hogy az alkalmazott diagnosztikai és terápiás eljárások megfelelnek-e a legmagasabb biztonsági és minőségi előírásoknak. Az átvizsgálás során szerzett tapasztalatokat és visszajelzéseket beépítjük a minőségirányítási rendszerbe, hogy folyamatosan javítsuk a szolgáltatások minőségét és hatékonyságát. Az átvizsgálás eredményeit részletesen dokumentáljuk és kommunikáljuk az érintett felek felé.

### **Betegellátásra és szolgáltatásokra vonatkozó követelmények megváltozása**

Célunk, hogy biztosítsuk a betegellátásra és az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó követelmények változásának megfelelő kezelését és nyomon követését. Fontos, hogy a változások ne befolyásolják negatívan a szolgáltatások minőségét és a betegek elégedettségét. Ennek értelmében az Intézmény rendszeres felülvizsgálatokat végez.

Felülvizsgálat történhet belső audit, beteg visszajelzés, jogszabályi változás vagy technológiai fejlődés alkalmával. Minden azonosított változást értékelünk, annak megállapítása érdekében, hogy az milyen hatással lesz a szolgáltatások minőségére és a betegellátásra. Az értékelés során figyelembe vesszük a változások várható előnyeit és kockázatait. A követelmények változásait részletesen dokumentáljuk, amely tartalmazza a változások indoklását, az értékelési eredményeket, a jóváhagyásokat és a kommunikációs lépéseket.

Bármely változás bevezetésére csak az esetben kerül sor, hogy ha azokat az érintett felek megfelelően jóváhagyták. A jóváhagyás előtt biztosítani kell, hogy minden szükséges erőforrás rendelkezésre álljon a végrehajtásához. Az elfogadott változásokat kommunikálni

kell a munkavállalók felé, olya módon, hogy az minden fél számára átlátható és érthető legyen.

### **8.3 MIR folyamatok és szolgáltatások tervezése és fejlesztése**

#### **A betegekkel és más érdekelt felekkel kapcsolatos folyamatok tervezése és fejlesztése**

A betegellátás folyamatainak tervezése és fejlesztése során figyelembe vesszük a betegek biztonságát és jólétét, a jogszabályi követelményeket és a szakmai irányelveket. A betegellátás folyamatainak tervezése és fejlesztése során a Kórház fontosnak tartja a betegek biztonságát és jólétét, a jogszabályi követelményeket és a szakmai irányelveket.

A tervezési és fejlesztési tevékenységek magukban foglalják a diagnosztikai és kezelési protokollok kidolgozását, a betegek tájékoztatását és az ellátási folyamatok optimalizálását.

Rendszeresen értékeljük és felülvizsgáljuk a meglévő folyamatokat, és szükség esetén módosítjuk azokat a hatékonyság és a minőség javítása érdekében. Elkötelezettek vagyunk a betegellátás és az egészségügyi szolgáltatások folyamatos fejlesztése mellett, figyelembe véve a betegek visszajelzéseit, a belső auditok eredményeit és a legújabb orvostudományi fejlesztéseket.

#### 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.

### **8.4 A külső forrásból biztosított folyamatok, a betegellátást segítő, termékek és szolgáltatások felügyelete**

Az intézmény vezetősége felméri és értékeli a külső szolgáltatókat és beszállítókat a minőségi követelmények betartása érdekében. A közbeszerzésben nyertes beszállítókat nem kell értékelni. Az értékelés során mérlegeli a szállítási idők pontosságát, a minőségi előírások betartását és a vevői visszajelzéseket. A kiválasztási folyamat során pedig figyelembe veszi a szolgáltató(k) vagy beszállító(k) tapasztalatát, megbízhatóságát és minőségirányítási rendszerét. Biztosítja, hogy a külső forrásból származó folyamatok, termékek és szolgáltatások megfeleljenek az alkalmazandó jogi és szabályozási követelményeknek.

A jogszabályi változásokat folyamatosan nyomon követjük és integráljuk a beszállítói kapcsolatok kezelésébe.

Amennyiben minőségi problémák merülnek fel, azonnali intézkedéseket hozz a probléma megoldása és a szolgáltatások minőségének helyreállítása érdekében. Dokumentálja és elemzi a minőségi problémák okait, és hosszú távú megoldásokat dolgoz ki.

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.

A folyamatok *A külső erőforrással végeztetett tevékenységek szabályozása, A külső szállítási szolgáltatás igénybevételének szabályzat*, valamint a *Beszerzések lebonyolításának szabályzata* részletezi.

### **8.5. A betegellátás és szolgáltatás nyújtása**

- 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.
- A betegellátásra vonatkozó átfogó minőségcélokat minőségpolitikánk tartalmazza, melyekhez konkrét célokat határoztunk meg. A követelmények meghatározásánál, ezen célok teljesülését tartottuk szem előtt.
- 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 felelőségek,
  - 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.
- 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).
- 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.

#### **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:**

- A beteg fogadása a beteg azonosításával kezdődik, ami a beteg szükséges adatainak és hivatalos okmányainak a segítségével történik.
- 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.
- A diagnózis minden esetben csak a szakma szabályainak megfelelő és megbízható vizsgálati eredményekre épülhet.
- 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.
- Szabályzataink kialakításánál külön figyelmet fordítottunk a sürgősségi ellátásra szoruló, valamint a magas kockázatú és kiszolgáltatott betegek ellátására.

#### **A gyógyító munka folyamata:**

- Az iránydiagnózis alapján a felvevő/kezelőorvos által meghatározott beavatkozások, kezelések eredményességét a beteg állapotának változása, valamint az ellátási tervben meghatározott vizsgálatok eredményei jelzik.

- Az ellátás folyamán a beteg állapotát megfelelő időközönként ismételt felmérjük, ennek alapján meghatározzuk a beteg reagálását 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.
- 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.
- A beteg elbocsátása, áthelyezése – Kórházon belül – illetve továbbutalása minden esetben szabályozott módon történik. A Kórházi kezeléssel orvosi- és – szükség esetén – ápolási zárójelentés készül, amely tartalmazza az ellátás összefoglalását, a beteg reagálását a kezelésre és a továbbiakban javasolt terápiát.
- Amennyiben a betegség jellege indokolja, a beteget és/vagy hozzátartozóját megtanítjuk az esetleges orvostechikai 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.
- A beteg elhalálása esetén a törvényi, a szakma szabályai, valamint a vonatkozó belső szabályozásban foglaltak szerint járunk el, dokumentálására zárójelentést és halott-vizsgálati bizonyítványt állítunk ki.

### **Védőnői alapellátás standardjai**

A Területi Védőnői Szolgálat Ellátási és Működési Rendje szabályozza.

A védőnő saját képzési és oktatási programjaikon kívül a Kórház többi dolgozója számára előírt oktatásokat (egyedi szervezési módon: értekezlet, Zoom Meeting) tudják elvégezni. A munkafolyamataikhoz használt, 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendeletben előírt dokumentumokon kívül, a kórház által használt egységes formanyomtatványokat és dokumentumokat is alkalmazzák.

### **Azonosítás és nyomon követhetőség**

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

A gyógyító-megelőző, az ápolási, a kiszolgáló és a szolgáltatási folyamatok, környezetvédelmi, munkavédelmi tevékenységek csak olyan azonosítási rendszer

működtetése mellett valósíthatók meg, amelyek lehetővé teszik az egyértelmű azonosítást és nyomon követhetőséget.

Különösen:

- a betegek és a hozzájuk tartozó valamennyi bizonylat, minta, lelet stb. esetében,
- a gyógyászati segédanyagok, egyéb anyagok, eszközök, berendezések felhasználása, működtetése, karbantartása esetében,
- a beszerzések, az alvállalkozói munkák, a raktározás, tárolás, valamint szolgáltatások teljesítése esetében,
- a környezetvédelmi, munkavédelmi tevékenységek esetében.

A rendszeresített adatlapok, feljegyzések, nyilvántartások, jelölések, bizonylatok, naplók biztosítják a betegek diagnosztizálási és terápiás folyamatainak, az ápolási, a kiszolgáló és szolgáltatási folyamatok műveleteinek egyedi dokumentálását. Az adatok megőrzési rendjének betartásával lehetővé teszik a visszakereshetőséget is. Az azonosítási rendszert minden munkavállaló az illetékességi területén ismeri és alkalmazza. A gyógyító-megelőző, a gazdasági és műszaki ellátó folyamatok, valamint a megbízási és egyéb szerződéses munkák során az anyagok, eszközök, a tevékenységek ellenőrzött állapotát a dokumentumok rögzítik, vagyis biztosított a minőségileg megfelelő tevékenységek nyilvántartása, vizsgált állapota. Az erre vonatkozó előírásokat a szabályzatok, a protokollok és munkautasítások, az eljárások, illetve a szabványok vagy a hatósági előírások tartalmazzák.

#### **A gyógyszerelés fekvőbeteg intézményben**

Kórházunk a betegellátáshoz csak hatósági engedéllyel rendelkező gyógyszereket és készítményeket használ melyeket folyamatos beszerzéssel biztosít a betegek számára. Ennek menete gyógyszerügyi és intézményi szintem is szabályozott.

#### **A betegek és partnerek tulajdonának kezelése**

A Kórház a betegek adatait, dokumentumait, vagy partnerei által átadott, vagy szállított, illetve szolgáltatott, a későbbiekben felhasználásra kerülő, vagy kísérleti célra, kipróbálásra átadott, kölcsönadott anyagokat, tárgyakat, eszközöket, berendezéseket (pl. inzulin, diagnosztikum, laboratóriumi minta, lelet, vegyszer, műszer stb.) nyilvántartja, azonosítja.

A Kórház kiemelt gondossággal kezeli a betegek tulajdonát addig, amíg a beteg az adott osztályon/profilon tartózkodik.

Az önmagáról gondoskodni nem képes beteg személyes tárgyait az adott szervezeti egység minden esetben leltárba veszi, őrzi és távozáskor a beteg, vagy a hozzátartozók részére dokumentáltan átadja, személyes adatait, dokumentumait az adatvédelem előírásai szerint kezeli.

Ennek előírásait külön szabályzatban rögzítettük (Értékkezelési szabályzat).

Ha a beteg tulajdona elveszett, megsérült vagy más módon vált használhatatlanná, a Kórház jelenti ezt a betegnek és/vagy hozzátartozójának, valamint dokumentált információt őrzi meg arról, hogy mi történt.

A beszállítóknál ismertetett módon átvételkor ellenőrzi, tárolásáról, illetve felhasználásáról szakszerűen gondoskodik, a folyamatokban azonosítja, visszakereshető módon nyilvántartja, eredményeit – ha lehet – értékeli. A tárolás, felhasználás, alkalmazás során előforduló esetleges károsodást, nem-megfelelőséget a beteggel, partnerrel egyeztetni és dokumentálja. A partner szellemi tulajdonát képező, átadott tárgyak (pl. számítógépes program), vagy eljárások, módszertani ismeretek esetén a szerzői jogi, vagy külön megállapodásban rögzített feltételek szerint jár el.

### **Megóvás**

A gyógyító-megelőző, az ápolási, vagy a kiszolgáló folyamatokban, illetve a szolgáltatások teljesítésekor keletkezett anyagok, anyagminták, dokumentumok kezelése, csomagolása, állagmegőrzése a folyamatokban résztvevő orvosok, ápolók, ügyintézők, dolgozók és műszaki szakemberek feladata. Az állagmegőrzés fogalmába nemcsak a romlás, a megsemmisülés elkerülése tartozik, hanem annak kizárása is, hogy a tárolás, szállítás során szándékos, vagy véletlen változás, változtatás bekövetkezessen az eredeti állapothoz képest.

Megfelelő csomagolási és azonosítási módszerek, tárolóterek, tároló berendezések állnak rendelkezésre ahhoz, hogy az eredeti állapotban megőrizendő anyagok (vizeletminták, vérminták, vérkészítmények, infúziós oldatok, mélyhűtött szervek, gyógyszerek, tápszerek, kötszerek, élelmiszerek) minőségromlása, károsodása elkerülhető legyen.

Az ilyen anyagok tárolását, átadását-átvételét megfelelő ellenőrzés és dokumentáció kíséri.

### **Kiszállítás utáni tevékenység, változás kezelés**

Az MF 05 Betegellátás folyamata elnevezésű folyamatleírás szabályozza.

Az ellátás végeztével ambuláns lapot és zárójelentést kap a beteg vagy diagnosztikai leletet, amit 3 példányban elkészítenek: 1pld háziorvos, 1 pld beteg, 1 kórházi dokumentációban marad

## **8.7. A nem megfelelő kimenetek felügyelete**

### **Panaszkezelési szabályzat alapján történik.**

A Kórház olyan rendszert működtet, amely segítségével a folyamatok megvalósítása és a munkák lezárása során végzett ellenőrzések és vizsgálatok alapján az előírt követelményeknek nem megfelelő adatok és dokumentumok, illetve munkák felismerésre és kiszűrésre kerüljenek.

A szolgáltatás nyújtás folyamatának különböző lépéseinél jelentkezhetnek nem megfelelőségek.

Ezek lehetnek:

Eltérésnek tekintünk a betegellátáshoz tartozó

- vizsgálatokkal, vizsgáló berendezésekkel, orvostechnikai eszközökkel,
- ellátási, ápolási tevékenységgel,
- a betegellátás feltételeit biztosító, azt kiszolgáló folyamatokkal,
- szállítói / alvállalkozói szolgáltatásokkal

kapcsolatos minden olyan jellegű és mértékű hiányosságot vagy mulasztást, vagy a követelmények nem teljesülését, amely a betegellátás minőségére, a beteg egészségi állapotára, illetve gyógyulására az adott időszakban és/vagy a jövőre vetítve káros következményekkel járhat.

A nem-megfelelő anyagokat, berendezéseket, eszközöket megkülönböztető jelzéssel kell ellátni, „Használton kívül” elnevezésű címkével.

Amennyiben lehetséges, elkülönítve kell tárolni a további intézkedésig. Ezek felhasználása, alkalmazása tilos mindaddig, amíg a tovább engedésről igazolt intézkedés nem történik. A nem-megfelelőnek minősített gyógyító- és kiszolgáló tevékenységeket le kell állítani, ennek tényét és okait feljegyzésbe foglalni, az így kapott információt a további terápiás és egyéb tevékenységekhez visszacsatolva hasznosítani kell.

A nem-megfelelőségek sorsáról a lehető legrövidebb időn belül dönt a felelős vezető, szervezeti egység, vagy részleg vezetője, aki gondoskodik arról is, hogy minden nem-megfelelő gyógyító, kiszolgáló tevékenységet, szolgáltatási feladatot, vagy anyagot, berendezést, eszközt és mérési eredményt azonosítsanak, jelöljenek, és ahol erre szükség és/vagy lehetőség van, külön válasszanak.

Azok a vezetők, akiknél a nem-megfelelőség keletkezett, kötelesek azok okainak kivizsgálását kezdeményezni, a szükséges változtatásokról írásban intézkedni, vagy intézkedésre a felső vezetésnek javaslatot tenni.

A nem megfelelőségek kezelésére és intézésére vonatkozó felelősségeket és hatásköröket, eltéréseket az *FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban* tartjuk nyilván és minden érintett számára hozzáférhetővé tesszük az alábbi helyen:

*K:\Olvasoterem\Minosegugyi\_dokumentumok\Kockazatok listái\Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés* A nem-megfelelőségek felismerését követően törekedni kell azok azonnali kijavítására. Amennyiben ez nem vagy csak később lehetséges, helyesbítő tevékenységet kell bevezetni.

## 9. Teljesítményértékelés

### 9.1. Figyelemmel kísérés, mérés, elemzés és értékelés

Folyamataink, szolgáltatásaink figyelemmel kísérését és mérését (felügyeletét), vezetői átvilágítással, auditokkal (szűkített, belső, külső), önellenőrzésekkel, indikátorokkal, folyamatokba épített ellenőrzésekkel (nosocomiális surveillance stb.), az **Elégedettségi vizsgálatok szabályzatában leírtak szerinti** elégedettségi mérésekkel vizsgáljuk. A vizsgálatokat és azok eredményét a szervezeti egységek éves beszámolója, a vezetőségi átvizsgálásról, valamint a külső- és a teljes körű belső auditokról készült dokumentációk tartalmazzák.

A folyamatok figyelemmel kísérésével kapcsolatos tapasztalatokat, eredményeket átvizsgáljuk, és eltérések esetén helyesbítő/megelőző intézkedéseket határozunk meg/vezetünk be.

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:

- Kontrolling elemzések (ellátott betegek, elbocsátások száma stb.)
- havi jelentések a NEAK felé

A belső auditokat (belső felülvizsgálatokat) végez a tevékenységek tervezésére és végrehajtására annak igazolásául, hogy a minőségirányítással kapcsolatos tevékenységek és azok eredményei összhangban vannak a tervezett intézkedésekkel, és meghatározza a minőségirányítási rendszer hatékonyságát. Az Intézmény az önellenőrzés rendszerét *A betegdokumentáció önellenőrzésének és felülvizsgálatának protokolljában* leírtak szerint alkalmazza.

További részleteket az  
MF01 Minőségirányítás  
MF02 Belső minőségügyi felülvizsgálatok, valamint az SzMSzcímű folyamatleírások és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak.

### **9.1.2. Elégedettség mérés**

Az Intézmény elégedettségének mérése az *Elégedettségi vizsgálatok Szabályzatának 7. verziószáma szerint zajlik*.

A Kórház vezetése fontosnak tartja megtudni, hogy a feltárt elvárások alapján tett ígérvények teljesítéséről, a jogszabályi követelményeknek való megfelelésről miként vélekednek, a betegek (hozzátartozói), az orvos -és ápolástanhallgatói, valamint a Kórház munkavállalói, illetve a legfontosabb érdekelt felei. A véleményére nemcsak közvetett jelekből kíván következtetni (pl. reklamációk, spontán észrevételek), hanem közvetlen, strukturált megnyilatkozást tesz lehetővé számukra. Erre a célra a vezetőség által időszakosan felülvizsgált, ellenőrzött és jóváhagyott kérdőívet használ eszközként. Ezzel megkönnyíti az eredmények számszerűsíthetőségét, és összehasonlíthatóságát.

A beérkezett eredmények kiértékelését a Minőségügyi Iroda végzi el, az összesített adatok a minőségirányítási vezetőhöz kerülnek; az ő összeállításuk alapján a Kórház igazgatója értékeli a megállapításokat és az esetleges hiányosságokat és ennek alapján a szükséges intézkedéseket megteszi. A felmérésekről készült kimutatások a főigazgatói körlevélben jelennek meg, továbbá feltöltésre kerülnek az Intézmény számítógépes hálózatára, így a jelentések minden munkavállaló részére elérhető. A Kórház rendszeresen megvizsgálja a vele partneri kapcsolatban álló intézetek, központi egységek véleményét. Ezeket értékeli és a szokásos vezetői értekezletek vagy vezetőségi felülvizsgálat során döntés előkészítéshez felhasználja.

További részleteket az MF01 Minőségirányításcímű folyamatleírás és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak

### **9.1.3. Elemzés és értékelés**

A Kórház vezetése a megfelelő adatok gyűjtését és feldolgozását a minőségirányítási rendszer működtetése szempontjából többszörösen is fontosnak tartja. Valós, kifejező és alkalmasan feldolgozott adatok nélkül a rendszerrel kapcsolatos döntések, vezetői beavatkozások súlypontja eltolódhat a valódi problémák súlypontjától. A jól feldolgozott adatok segítik a felső vezetését abban, hogy helyes prioritást határozzon meg a beavatkozásra érdemes pontok között. Ezáltal lehetővé válik az erőforrásokkal való gazdálkodás, a lehető legnagyobb haszon elérése (pl. partneri elégedettség javulás, elhelyezkedési-arány növelés). A szemléletesen feldolgozott adatoknak nemcsak a döntéshozatalban, hanem a munkatársak motiválásában, szemléletformálásában is nagy jelentősége van. Az Egyetem ezt a lehetőséget belső képzései során nagymértékben ki is

használja. A tervezés és elemzés tárgyát képezi a gyűjtendő adatok köre és feldolgozási módszereik is.

Ennek megfelelően az alábbi területeken végzünk rendszeres elemzéseket, alkalmazunk statisztikai módszereket:

- a betegek, a dolgozók és hallgatóink elégedettségének eredményeit, ideértve a panaszokat és reklamációkat is,
- oktatási tevékenység (ápolástan, orvostanhallgatók)
- a betegpanaszok, reklamációk előfordulását,
- a belső felülvizsgálatok eredményeit (belső, szűkített audit),
- a külső felülvizsgálatok eredményeit (külső audit),
- 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
- kutatás, fejlesztés,
- higiéniai ellenőrzések,
- kórházi élelmezés,
- kórházi gyógyszer ellátás,

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.

## **9.2. Belső audit**

A belső auditról szóló folyamatleírás szerint történik (*Belső minőségügyi felülvizsgálatok MF02*).

A belső minőségügyi felülvizsgálatok vonatkoznak a minőségügyi rendszer minden folyamatára, a teljes dokumentációs rendszerre és érintik az összes szervezeti egység tevékenységét.

Évente legalább egyszer minden folyamatot és az azok kapcsolódó dokumentumokat felülvizsgáljuk, és minden szervezeti egységet meglátogatunk. A teljeskörű belső audit részleteit az éves audittervben (auditprogram) határozzuk meg.

Az auditterv készítésénél elsődleges követelmény, hogy

- minden szervezeti egység, minden folyamat és a rendszer minden eleme évente legalább egyszer át legyen tekintve audittal,
- melyek a minőségképesség szempontjából legfontosabb területek,
- mik voltak az előző auditok tapasztalatai,
- mikor várhatók külső auditok.

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 részleleteire terjed ki. A belső felülvizsgálatok során vizsgáljuk, hogy a minőségirányítási rendszer az ISO 9001:2015 szabvány és a MEES 2.0. követelményeit, valamint a Kórház által meghatározott követelményeket kielégíti-e és működése hatékony-e.

A felülvizsgálatok során értékeljük a folyamatra vonatkozó dokumentumokat, a munkavégzés gyakorlatát, a tevékenységeket, a munkaterületet, a bizonylati rendszert, és ezen elemek összhangját.

A felülvizsgálatokat megfelelően képzett személyek végzik (belső auditorok, független felülvizsgálók) és nincs közvetlen felelősségük a felülvizsgált területért.

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.

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.

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.

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

Auairól készült kimutatást közzététele főigazgató körlevél valósul meg. Az audit tapasztalatairól a szervezeti egységek minőségügyi megbízottjai a közvetlen munkatársak részére dokumentált oktatást tartanak.

További részleteket az  
MF02 Belső minőségügyi felülvizsgálatok  
címmű folyamatleírás és a kapcsolódó dokumentumok tartalmazznak.

### **9.3. Vezetőségi átvizsgálás**

A Kórház felső vezetése évente legalább egy alkalommal felülvizsgálja és értékeli a minőségirányítási rendszer hatékonyságát. A minőségirányítási rendszer átvizsgálása az Intézmény működésének valamennyi folyamatára, valamint az összes olyan tevékenységre és eljárására vonatkozik, amely hatással van a szolgáltatások minőségére. A minőségirányítási rendszer felügyeletéért és az éves vezetőségi átvizsgálás megszervezéséért a Kórházi minőségirányítási vezetője felelős. A vezetőségi átvizsgálás időpontjára vonatkozóan a minőségügyi irodavezető javaslatot tesz, azonban a tényleges időpontról Kórház főigazgatója

dönt. Az átvizsgálásnak a tanúsító, illetve felügyeleti auditot megelőzően mindenképpen meg kell történi.

### **A vezetőségi átvizsgálás bemenetei**

A vezetőségi átvizsgálás az alábbiakat veszi tekintetbe, mint bemenő adatokat:

- az előző évre kitűzött stratégiából következő döntések, azok a külső és belső változások, amelyek befolyásolhatják a minőségirányítási rendszert,
- a létező minőségügyi politika és az azokból levezetett minőség célok és előirányzatok érvényesülése,
- a jogszabályi követelményeknek és a szervezet által vállalt egyéb követelményeknek való megfelelés kiértékelése,
- belső és külső auditok eredményei,
- az előző évben meghozott helyesbítő és a megelőző jellegű intézkedések eredményei,
- a szakmai kulcsfolyamatok és a támogató folyamatok eredményeinek, indikátorainak, gazdasági-pénzügyi mutatóinak alakulása, értékelése,
- információk a betegellátási, oktatási, kutatási folyamatok működéséről, és a szolgáltatás megfelelőségéről,
- a munkatársak teljesítményét, képzését és továbbképzését, a képzések eredményeit és a dolgozói elégedettséget,
- a tárgyi erőforrások megfelelősége,
- érdekelt felek és partnerek visszajelzései (elégedettség vizsgálatok eredményei, reklamációk), kiemelten a betegelégedettségi vizsgálatok eredményei és a betegpanaszok értékelése
- az infekciókontroll és a gyógyszerelési folyamatok állapotát,
- betegbiztonsággal kapcsolatos tevékenységek,
- a beszállítók értékelése,
- a korábbi vezetői átvizsgálásokból következő tevékenységek értékelése,
- a szervezet környezeti teljesítménye, a környezetvédelem, a munkahelyi egészségvédelem és biztonság helyzete,
- a szolgáltatás, illetve a szolgáltatást megvalósító folyamatok fejlesztésére irányuló ajánlások.

### **A vezetőségi átvizsgálás kimenetei**

A vezetőségi átvizsgálás a fentiekén túl kiterjed:

- a belső szabályzatok működésének hatékonyságára,
- a belső, külső és a tanúsító szervezet auditjainak eredményére, megállapításaira,
- az auditokon észlelt hiányosságokra hozott intézkedések értékelésére, a hibajavítás eredményeire,
- a betegelégedettség, a reklamációkezelés tapasztalataira,
- az oktatás és képzés eredményeinek értékelésére,
- az integrált rendszer működésének és folyamatainak hatékonyságára, hatásosságára,
- folyamatok, szakmai tevékenységek eredményeinek folyamatos megfigyelésére és

- értékelésére alkalmas indikátorok meghatározása,
- az integrált rendszer továbbfejlesztésének feladataira.

Ezen kívül bármely, a minőség- és környezetirányítással kapcsolatos napirend felvehető.

A felülvizsgálatról minden esetben jegyzőkönyvet készül, amely tartalmazza a feltárt hiányosságokat, a korábban hozott döntések megfelelőségét, illetve a változtatások szükségességét, a helyesbítő és megelőző tevékenységeket, a határidőket és a felelősöket. A jegyzőkönyvet a minőségirányítási vezető készíti el és az főigazgató hagyja jóvá. Szükség esetén rendkívüli vezetői átvizsgálást kell tartani. Az átvilágításról készült jegyzőkönyv, a főigazgatói körlevélben jelenik meg, továbbá feltöltésre kerül az Intézmény számítógépes hálózatára, így a jelentés minden munkavállaló részére elérhető.

A vezetőségi átvizsgálást az MF01 Minőségirányítás folyamatleírásban részletezzük.

## **10. Fejlesztés**

A kórház fejlesztése között szerepel a betegellátás minőségének javítása, a hatékonyság növelése és az egészségügyi szolgáltatások fejlesztése. A kórházban bevezetésre került az Ápolástámogató Rendszer (ÁTR), amely lehetővé teszi az ápolási tevékenységet végző szakdolgozók számára, hogy a mindennapi, betegellátáshoz kapcsolódó adminisztrációs feladataikat, a szükséges tevékenységek elvégzésével egyidejűleg, azonnal és közvetlenül a betegágyak mellett végezzék el, jelentősen növelve ezzel a betegbiztonságot és csökkentve az adminisztratív feladatokra fordított időt, a betegek adatainak digitális rögzítését és kezelését. Az orvosok és ápolók gyorsan hozzáférhetnek a beteg előzményeihez, ezzel javítva a diagnosztikai és kezelési folyamatokat, valamint a betegbiztonságot.

### **10.2. Nem megfelelőség és helyesbítő tevékenység**

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. A nem megfelelőségek kezelésére és intézésére vonatkozó felelőségeket és hatásköröket, eltéréseket az *FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban* tartjuk nyilván és minden érintett számára hozzáférhetővé tesszük. A nem-megfelelőségek felismerését követően törekedni kell azok azonnali kijavítására.

A már előfordult nem megfelelőségek okainak elemzése és célszerű helyesbítő intézkedések meghozatala több szinten történik. Nemcsak a nem megfelelő szolgáltatások kezelésénél, hanem a helyesbítő tevékenységnél is az a vezetés alapelve, hogy az eltérések felszínre kerüléséhez mérten minél hamarabb megtörténjen, legkisebbre csökkentve ezzel az ismételt előfordulás esélyét. A Kórházban végzett humánszolgáltatás esetében ennek különösen nagy a jelentősége, hiszen számos olyan eleme van a szolgáltatásnak, mely utólag nem, vagy nagyon nehezen korrigálható. Az egymásra épülő ellenőrzési, elemzési rendszer a szolgáltatás nyújtására és a beszállító partnerek teljesítésére nézve rugalmas és gyors helyesbítő tevékenységet tesz lehetővé.

A helyesbítő tevékenység az eltérések és a hibák okainak kiküszöbölésére irányul, hogy elkerüljük ezek ismételt előfordulását. A helyesbítő tevékenység során igénybe vesszük a

megfelelt információforrásokat annak érdekében, hogy a hibák és eltérések okait meghatározzuk

Minden helyesbítő intézkedésre irányuló javaslat dokumentált. A problémával kapcsolatos beavatkozás összetettségétől függően külön intézkedési terv, akcióprogram is születhet a végrehajtás sikere érdekében. Az intézkedéseknek arányban kell állni a feltárt probléma súlyosságával és a fellépő kockázattal. A helyesbítő intézkedések éves értékelése a vezetőségi átvizsgálás keretében történik meg, amely maga is szintere rendszerszintű helyesbítő intézkedések meghozatalának.

Ha a helyesbítő intézkedés nem orvosolható szervezeti szinten, abban az esetben az adott ágazati igazgató felelős a nem megfelelés/helyesbítés elvégzéséért, dokumentálásáért. Az eltérések felszínre kerüléséhez mérten minél hamarabb megtörténjen, legkisebbre csökkentve ezzel az ismételt előfordulás esélyét. Minden helyesbítő intézkedésre irányuló javaslat dokumentált. A problémával kapcsolatos beavatkozás összetettségétől függően külön intézkedési terv, akcióprogram is születhet a végrehajtás sikere érdekében. Az intézkedéseknek arányban kell állni a feltárt probléma súlyosságával és a fellépő kockázattal. A helyesbítő intézkedések éves értékelése a vezetőségi átvizsgálás keretében történik meg, amely maga is szintere rendszerszintű helyesbítő intézkedések meghozatalának.

- Megbízói panaszok
- Vezetőségi átvizsgálás kimenetei
- Belső audit jelentések
- Hatósági inspekciók
- Adatelemzések kimenetei
- Megbízói elégedettség mérés kimenetei
- A helyesbítő intézkedések folyamata során:
- A minőségirányítási vezető és az ügyvezető igazgató meghatározza az eltérések és a hibák okait
- Kijavítjuk az észlelt hibát, eltérést a kinevezett felelősök közreműködésével
- Megfelelő intézkedést hozunk a problémák megismétlődésének elkerülésére
- Feljegyzést készítünk a hibajavító tevékenységről
- Feljegyezzük az észlelt hibát és annak okát. Meghozzuk a megfelelő helyesbítő tevékenységet, amit szintén ezen adatlapon jegyzünk. Kijelöljük a helyesbítő tevékenység megvalósulásáért felelősöket. A felelősök mindig az érdekelt felek közül kerülnek ki. Kijelöljük a határidőket. A határidő lejártá után a minőségirányítási vezető ellenőrzi, hogy a helyesbítő tevékenység bevezetésre került-e és megfelelő-e, ezt a minőségirányítási vezető aláírásával igazolja. Ha további intézkedésre van szükség az szintén feljegyzésre kerül.

Az intézmény a nem megfelelőségek megelőzésére szabályozó előírásokat hoz létre és működtet, amelyek érvényesülését/hatásosságát rendszeres és rendkívüli belső/szűkített auditokon dokumentáltan ellenőrzi.

A Kórház esetleges kockázatainak elkerülésének érdekében hozott intézkedéseit is az FNY831 Helyesbítés, megelőzés, fejlesztés táblázatban összesítjük és követjük nyomon azok megvalósulását.

A vezetőségi átvizsgálás során meghatározzuk az elemzés eredményei alapján a Kórház folyamatainak és minőségirányítási rendszerének fejlesztésére vonatkozó lépéseket.

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.

### **10.3. Folyamatos fejlesztés**

A nagyon alapos és rendszerszintű belső auditok hatékonyan járulnak hozzá a minőségirányítási rendszer fejlesztéséhez. Az auditon felvetett tevékenységek, a helyesbítés, megelőzés és fejlesztés folyamatosan zajlik. Az elégedettségi vizsgálatokból levont következtetéseket felhasználása a jelenlegi és a jövőbeli fejlesztésekhez. Az önellenőrzések, tervezett higiénés ellenőrzések szervezeti egységenként havi rendszerességgel történnek. Dokumentumok felülvizsgálatára, illetve megújítására (szabályzatok, folyamatleírások, működési rendek, ügyrendek, protokollok, eljárásrendek) rendszeresen sor került. Az indikátor mérőszámokat a szervezeti egységek havi szinten rögzítik, amelyet az Indikátor Fejlesztési Munkacsoport a negyedévenként tartandó ülésein kielemez és fejlesztési javaslatokat tesz a menedzsment számára. Kockázatkezelés a szervezeti egységek szintjén is megjelenik a speciális kockázatok felmérésével, kockázati besorolásával és az elrendelt intézkedésekkel.

## **11. Mellékletek**

1. sz. melléklet: A Minőségügyi Kézikönyvben és az egyéb minőségügyi dokumentumokban alkalmazott legfontosabb kifejezések értelmezése alfabetikus sorrendben
2. sz. melléklet: Rendelkező hivatkozások, belső dokumentumok listája Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház minőségirányítási dokumentumai között
3. sz. melléklet: Minőségpolitikai Nyilatkozat
4. sz. melléklet: Szervezeti és Működési Szabályzat 1. sz. melléklete \_organogramm
5. sz. melléklet: A minőségirányítási rendszer és folyamatai
6. sz. melléklet: A fekvőbeteg gondozás tevékenységének folyamatai
7. sz. melléklet: A járóbeteg gondozás tevékenységének folyamatai
8. sz. melléklet: A területi védőnői gondozás tevékenységének folyamatai
9. sz. melléklet: Hivatkozási táblázat az ISO 9001:2015 szabvány, MEES 2.0. Kézikönyv és a Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház minőségirányítási dokumentumai között