

**Uchwała nr XXIX/221/2013
Rady Powiatu Trzebnickiego
z dnia 30 grudnia 2013 roku**

w sprawie przyjęcia systemu oceny jakości usług medycznych świadczonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki.

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 roku, poz. 595 ze zm.), art. 121 ust. 1 – 4 i art. 122 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 roku, poz. 217) oraz § 3 ust. 2 uchwały nr XXVII/211/2013 Rady Powiatu Trzebnickiego z dnia 9 października 2013 roku w sprawie opracowania i wdrożenia systemu oceny jakości usług medycznych świadczonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki, **Rada Powiatu Trzebnickiego uchwala, co następuje:**

§ 1

Przyjmuje się **System oceny** jakości usług medycznych świadczonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki, zwany dalej **Systemem oceny** - w brzmieniu określonym załącznikiem nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2

1. **System oceny**, o którym mowa w § 1 wprowadza się do stosowania z dniem 1 stycznia 2014 roku, z zastrzeżeniem, iż pierwsza ocena obejmować będzie działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w roku 2013.
2. Pierwsza ocena działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dokonana w oparciu o system oceny jakości sporządzona zostanie do dnia 31 marca 2014 roku.
3. Kolejne oceny działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dokonywane w oparciu o **System oceny** sporządzane będą każdego następnego roku do dnia 31 marca za rok poprzedni.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Trzebnickiego.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący
Rady Powiatu

mgr Marek Koliński

Uzasadnienie

do uchwały w sprawie przyjęcia systemu oceny jakości usług medycznych świadczonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki.

Zgodnie z przepisem art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Natomiast przepis art. 122 ust. 1 w/w ustawy wskazuje, iż kontrolę przeprowadza się na podstawie upoważnienia udzielonego przez podmiot tworzący.

Rada Powiatu Trzebnickiego uchwałą nr XXVII/211/2013 z dnia 9 października 2013 roku zobowiązała Zarząd Powiatu do opracowania systemu oceny jakości usług medycznych świadczonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki.

Podjęcie uchwały przygotowanej przez Zarząd Powiatu, na podstawie upoważnienia Rady Powiatu, pozwoli nie tylko na sprawowanie kompleksowego nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki, ale także umożliwi diagnozowanie ewentualnych nieprawidłowości i zagrożeń oraz przeciwdziałanie im.

W związku z powyższym podjęcie przedmiotowej uchwały jest uzasadnione.

**System oceny jakości usług medycznych świadczonych przez
samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których
podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki**

(na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r.
w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz
funkcjonowania szpitali)

I. Zarządzanie ogólne:

- 1) szpital ma zdefiniowaną misję;
- 2) szpital ma wyznaczone cele strategiczne;
- 3) szpital posiada plan strategiczny:
 - plan strategiczny zawiera sposób poprawy usług świadczonych pacjentom,
 - plan jest aktualizowany z uwzględnieniem potrzeb populacji i możliwości szpitala;
- 4) dyrektor szpitala szczegółowo określił zakres odpowiedzialności pracowników, niezbędny do sprawnego i skutecznego zarządzania szpitalem;
- 5) szpital posiada aktualny regulamin organizacyjny zgodny ze statutem i odpowiada wpisowi w rejestrze;
- 6) szpital posiada aktualny schemat organizacyjny;
- 7) szpital określił zakres usług świadczonych w poszczególnych działach;
- 8) dyrektor szpitala prowadzi działania mające na celu rozszerzenie oferty o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane poza systemem środków publicznych;
- 9) każdy dział ma wyznaczoną przez dyrektora osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację, zarządzanie i wynik finansowy;
- 10) funkcjonują mechanizmy zapewniające kierownikom działów wpływ na planowanie, kierowanie i nadzorowanie;
- 11) kierownicy działów integrują działania własnego działu z innymi działami;
- 12) kierownicy działów uczestniczą w poprawie usług świadczonych przez własny dział;
- 13) dyrektor szpitala zatwierdza plan szkoleń mający na celu podnoszenia kwalifikacji personelu;
- 14) dyrektor wspiera i promuje zarządzanie przez jakość i działania dla poprawy jakości opieki;
- 15) w szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych;
- 16) szpital określił zakres usług świadczonych w poszczególnych działach;
- 17) osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością;
- 18) zarządzenia, plany i procedury są:
 - przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny,
 - autoryzowane – datowane i podpisane,
 - aktualizowane.

II. Zarządzanie ryzykiem:

- 1) dyrektor szpitala nie rzadziej niż raz w roku dokonuje identyfikacji zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka;
- 2) w szpitalu wyznaczono osoby odpowiedzialne za przygotowanie strategii zarządzania ryzykiem;
- 3) w szpitalu funkcjonują procedury monitorujące wykonanie strategii zarządzania ryzykiem;
- 4) mechanizmy zarządzania ryzykiem są systematycznie usprawniane.

III. Zarządzanie zasobami ludzkimi:

- 1) w szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia opracowany przez dyrektora i kierowników działów;
- 2) liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami;
- 3) kierownictwo określiło pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy;
- 4) świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności;
- 5) w szpitalu jest opracowany i realizowany program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych;
- 6) program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o szpitalu oraz szkolenie z zakresu specyfiki pracy;
- 7) wszyscy nowo zatrudnieni uczestniczą w programie adaptacji zakończonym oceną;
- 8) w szpitalu realizowana jest polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych;
- 9) w szpitalu określono potrzeby edukacyjne poszczególnych grup zawodowych;
- 10) szpital posiada plan szkoleń dla osób zatrudnionych;
- 11) plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością;
- 12) szpital zapewnia środki na szkolenia;
- 13) plan szkoleń jest realizowany;
- 14) w szpitalu prowadzi się ocenę kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu;
- 15) wszyscy zatrudnieni są poddawani ocenie;
- 16) kierownictwo szpitala wykorzystuje wnioski wynikające z oceny personelu;
- 17) osoby zatrudnione w szpitalu mają ustalone zakresy obowiązków;
- 18) w szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych;
- 19) w szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.

IV. Zarządzanie informacją:

- 1) w szpitalu opracowano system gromadzenia danych i przetwarzania informacji;
- 2) szpital posiada standardy określające zawartość dokumentacji medycznej;
- 3) szpital określił osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki;
- 4) szpital określił zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala;
- 5) szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych;
- 6) dokumentacja medyczna w wersji papierowej i elektronicznej jest zabezpieczona;
- 7) archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny;
- 8) archiwalna dokumentacja medyczna jest dostępna;

- 9) zasady dokonywania wpisów i autoryzacja dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej są określone;
- 10) dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana;
- 11) w szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej;
- 12) w szpitalu opracowano procedurę komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie.

V. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) kolejność udzielania świadczeń ustalana jest na podstawie kolejności zgłoszeń pacjentów;
- 2) w każdym oddziale wyznaczone są przez dyrektora osoby odpowiedzialne za prowadzenie listy oczekujących;
- 3) dokumentacja w zakresie ustalania kolejności udzielania świadczeń spełnia wymogi ustawowe;
- 4) oczekujący na świadczenia pacjenci są kwalifikowani do odpowiedniej kategorii medycznej (przypadek stabilny, przypadek pilny);
- 5) informacja o trybie wpisywania na listy oczekujących podana jest do publicznej wiadomości;
- 6) dyrektor szpitala powołał zespół oceny przyjęć;
- 7) zespół oceny przyjęć przeprowadza przynajmniej raz w miesiącu okresową ocenę listy oczekujących, po czym sporządza raport;
- 8) w trybie planowym przyjmowani są do szpitala wyłącznie pacjenci figurujący na listach oczekujących;
- 9) szpital sporządza comiesięczny raport statystyczny zawierający dane o liczbie pacjentów oczekujących i czasie oczekiwania;
- 10) przyjęcia pacjentów w SOR odbywają się wg obowiązujących, sformalizowanych procedur;
- 11) konsultacje lekarskie pacjentów SOR odbywają się wg obowiązujących, sformalizowanych procedur;
- 12) SOR prowadzi TRIAGE (ratunkową segregację medyczną);
- 13) personel SOR informuje pacjentów o stopniu zagrożenia zdrowotnego oraz przewidywanym czasie oczekiwania na pomoc medyczną.

VI. Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta:

- 1) w szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości;
- 2) program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku;
- 3) w szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości;
- 4) w szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją;
- 5) w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów;
- 6) w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów;
- 7) w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych;
- 8) w szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje;
- 9) w szpitalu regularnie analizuje się reoperacje;
- 10) w szpitalu regularnie prowadzi się ocenę satysfakcji pacjentów;
- 11) wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala;
- 12) w oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy;
- 13) w szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian;

- 14) w szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych;
- 15) w szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów
- 16) w szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych;
- 17) w szpitalu wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów;
- 18) w szpitalu określono tryb składania skarg/reklamacji przez pacjentów;
- 19) wnioski wyciągnięte z analizy skarg/reklamacji wpływają na poprawę pracy szpitala;
- 20) szpital był lub jest stroną w postępowaniu sądowym z tytułu błędów medycznych;
- 21) szpital poniósł konsekwencje finansowe z tytułu postępowania sądowego;
- 22) w wyniku roszczeń sądowych (zakończonych wyrokiem sądu) z tytułu błędów / zdarzeń medycznych przeprowadza się działania korygujące i zapobiegawcze;
- 23) szpital prowadzi rejestry:
 - postępowań sądowych,
 - skarg i reklamacji pacjentów.

VII. Ciągłość opieki:

- 1) w szpitalu opracowano i wdrożono procedury przyjmowania pacjentów;
- 2) w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych;
- 3) w szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów;
- 4) w szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy;
- 5) w szpitalu opracowano program współpracy ze służbami ratowniczymi;
- 6) w szpitalu wdrożono standardowe procedury postępowania przy przyjęciu;
- 7) w szpitalu określono sposób postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia;
- 8) w szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji;
- 9) w szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów:
 - na zewnątrz szpitala,
 - między oddziałami;
- 10) w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentów kolejnym zmianom;
- 11) wszyscy wypisani pacjenci otrzymują kartę informacyjną;
- 12) w szpitalu prowadzi się programy edukacji zdrowotnej;
- 13) pacjenci i ich rodziny uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.

VIII. Prawa pacjenta:

- 1) każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach;
- 2) osoby zatrudnione w szpitalu znają prawa pacjenta;
- 3) pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia;
- 4) pacjenci mają prawo wglądu do własnej dokumentacji medycznej;
- 5) określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta;
- 6) pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury;
- 7) pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia;
- 8) pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym;
- 9) szpital określił i wdrożył zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych;
- 10) krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki;

- 11) w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, osoba upoważniona uzyskuje informacje na ten temat;
- 12) pacjenci i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania personelu szpitala;
- 13) opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności;
- 14) pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin;
- 15) przymus bezpośredni jest stosowany zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 16) pacjentom zapewniono możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym;
- 17) pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej;
- 18) szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi;
- 19) opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów;
- 20) informacja o ewentualnych kosztach związanych z hospitalizacją jest aktualna i łatwo dostępna.

IX. Ocena stanu pacjenta:

- 1) w szpitalu określono zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego;
- 2) w szpitalu określono zakres oceny pielęgniarstwa;
- 3) pacjent jest badany bezpośrednio po przyjęciu do szpitala;
- 4) w szpitalu określono zasady konsultowania pacjentów;
- 5) dokumentacja medyczna pacjenta zawiera:
 - dane identyfikacyjne,
 - wskazanie osób lub osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia,
 - wyniki badania podmiotowego,
 - ocenę stanu psychicznego pacjenta,
 - wyniki badania przedmiotowego,
 - ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta,
 - rozpoznanie,
 - codzienną ocenę lekarską,
 - ocenę pielęgniarstwa,
 - zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem,
 - epikryzę ustaloną w czasie wypisu,
 - zalecenia końcowe.

X. Opieka nad pacjentem:

- 1) każdy pacjent ma opracowany plan opieki;
- 2) plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb;
- 3) w szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania (SOP);
- 4) w każdym oddziale funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania;
- 5) w szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia;
- 6) pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 7) w szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia;
- 8) leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki;
- 9) sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej;

- 10) w szpitalu prowadzona jest analiza częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych;
- 11) w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.

XI. Kontrola zakażeń:

- 1) w szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń;
- 2) redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje:
 - efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń,
 - mycie i dezynfekcję rąk,
 - sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych,
 - mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego,
 - mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego,
 - postępowanie z bielizną szpitalną,
 - stosowanie środków ochrony osobistej,
 - szczepienia personelu,
 - postępowanie po ekspozycji zawodowej,
 - izolację chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia,
 - identyfikację i wygaszanie ogniska epidemicznego;
- 3) w szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń;
- 4) w szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń;
- 5) w szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach;
- 6) w szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych;
- 7) kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń;
- 8) personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych;
- 9) w szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej;
- 10) w szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.

XII. Zabiegi i znieczulenia:

- 1) przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem;
- 2) przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa;
- 3) przed zabiegiem i znieczuleniem stosuje się kontrolną kartę czynności;
- 4) sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany;
- 5) w sali operacyjnej znajduje się system zabezpieczający pracowników przed działaniem wziewnych środków znieczulających;
- 6) parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie trwania zabiegu;
- 7) anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu;
- 8) szpital posiada salę wybudzeń z odpowiednio wyszkolonym personelem;
- 9) w szpitalu określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną;
- 10) raport z przebiegu operacji zawiera:
 - nazwiska zespołu operującego,
 - nazwiska osób znieczulających,
 - opis wykonanego zabiegu,
 - informacje o pobranym materiale,
 - rozpoznanie pooperacyjne;
- 11) przebieg i skutki zabiegów są analizowane;
- 12) przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane;

- 13) skutki zabiegów zaobserwowane w trakcie hospitalizacji są analizowane;
- 14) odległe skutki wykonywanych zabiegów są analizowane;
- 15) w sali operacyjnej istnieje funkcjonalny system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.

XIII. Farmakoterapia:

- 1) szpital posiada receptariusz szpitalny;
- 2) określono zasady stosowania leków spoza receptariusza;
- 3) określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym;
- 4) zlecenie leków jest dokumentowane;
- 5) w szpitalu określono zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego;
- 6) w szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków;
- 7) w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach;
- 8) leki są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa;
- 9) w szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków;
- 10) w szpitalu opracowano procedurę stosowania preparatów krwiopochodnych;
- 11) niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane;
- 12) w szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi;
- 13) w szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii.

XIV. Laboratorium:

- 1) w szpitalu opracowano procedury postępowania z materiałem do badań;
- 2) w szpitalu funkcjonują procedury pobierania i transportu materiału do badań;
- 3) w szpitalu funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań;
- 4) w szpitalu prowadzi się ocenę błędów przed laboratoryjnych;
- 5) w szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych;
- 6) w laboratorium prowadzona jest kontrola jakości wykonywanych oznaczeń;
- 7) laboratorium prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń;
- 8) laboratorium uczestniczy w zewnętrznym programie kontroli jakości oznaczeń;
- 9) laboratorium wyznaczyło wartości błędów dopuszczalnych i opracowało procedurę działań naprawczych przy przekroczeniu dopuszczalnego zakresu błędów;
- 10) w szpitalu nadzoruje się jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz;
- 11) wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki;
- 12) w szpitalu wdrożono procedurę sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją.

XV. Diagnostyka obrazowa:

- 1) w pracowni funkcjonuje instrukcja postępowania z pacjentem;
- 2) pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną;
- 3) pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych;
- 4) personel szpitala ma zapewnioną ochronę radiologiczną;
- 5) personel narażony na działanie promieniowania jonizującego stosuje indywidualne dozymetry;
- 6) w szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości;
- 7) w pracowniach wykonuje się analizę badań powtórzonych;

- 8) w szpitalu zapewniono konsultacje radiologiczno-kliniczne;
- 9) szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych w ośrodkach referencyjnych.

XVI. Odżywianie:

- 1) w szpitalu stosuje się różne sposoby terapii żywieniowej;
- 2) w szpitalu opracowano diety;
- 3) posiłki przygotowywane są zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa;
- 4) posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny;
- 5) w szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów;
- 6) pacjenci otrzymują informacje na temat żywienia w okresie poszpitalnym.

XVII. Zarządzanie środowiskiem opieki:

- 1) w szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji;
- 2) infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 3) w szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom;
- 4) w szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych;
- 5) sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów;
- 6) w szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala;
- 7) ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala przeprowadzana jest corocznie;
- 8) ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof przeprowadzana jest corocznie;
- 9) szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe;
- 10) szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego:
 - w energię elektryczną,
 - w wodę,
 - w gazy medyczne;
- 11) systemy zabezpieczenia awaryjnego są regularnie sprawdzane;
- 12) w szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych;
- 13) urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy;
- 14) personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy;
- 15) szpital posiada politykę dotyczącą odpadów, obejmującą segregację, transport, przechowywanie i utylizację;
- 16) wszystkie odpady w szpitalu są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami;
- 17) wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami;
- 18) wszystkie odpady w szpitalu są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 19) szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych;
- 20) pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane;
- 21) szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.;
- 22) dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane;

- 23) wyroby medyczne stosowane w szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta;
- 24) wyroby medyczne stosowane w szpitalu posiadają dokumentację serwisową.

XVIII. Sytuacja ekonomiczno – finansowa szpitala; analiza wskaźnikowa (wskaźniki z 3 ostatnich lat)

- 1) zyskowność:
 - wskaźnik zyskowności netto (%),
 - wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%),
 - wskaźnik produktywności aktywów ROI (%)
- 2) płynność:
 - wskaźnik bieżącej płynności,
 - wskaźnik szybkiej płynności;
- 3) efektywność:
 - wskaźnik rotacji należności,
 - wskaźnik rotacji zobowiązań,
 - wskaźnik rotacji zapasów;
- 4) zadłużenie:
 - wskaźnik ogólnego zadłużenia,
 - wskaźnik wypłacalności,
 - wskaźnik obsługi długu,
 - wskaźnik finansowania majątku trwałego.

Uwaga:

1. W przypadku odpowiedzi twierdzących należy zacytować stosowne dokumenty.
2. W przypadku odpowiedzi przeczących należy udzielić wyjaśnienia.