Naslov	Trg svobode 14, 8290 Sevnica
Tel	07 81 61 500
Faks	07 81 61 550
E-pošta	tajnistvo@zd-sevnica.si
Internet	www.zd-sevnica.si

ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA

POSLOVNIK KAKOVOSTI

STANDARD ISO 9001:2015

Pripravila:
Violeta BAHAT KMETIČ, mag. zdr. nege.
Pregledala:
Vladimira TOMŠIČ, uni.dipl.org., dipl. m. s.
Odobrila:
Vladimira TOMŠIČ, uni.dipl.org., dipl. m. s.

PREGLED ZADNJIH SPREMEMB V POSLOVNIKU

Sprememba v točki	Kratek opis spremembe
4.4.1., 4.4.3.	Dodali smo Proces dela v centru za duševno zdravje otrok in mladostnikov

VSEBINA

1 PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENEGA DOMA 3
2 SPLOŠNI DEL POSLOVNIKA KAKOVOSTI 3
2.1 SISTEM VODENJA KAKOVOSTI 3
2.2 PREJEMNIKI POSLOVNIKA KAKOVOSTI 3
3 ZASNOVA IN OBVLADOVANJE POSLOVNIKA KAKOVOSTI 3
3.1 OZNAČEVANJE 3
3.2 OBVLADOVANJE 3
3.3 OKRAJŠAVE IN POJMI 4
Svet zavoda 4
4 KONTEKST 5
4.1 RAZUMEVANJE ORGANIZACIJE IN NJENEGA KONTEKSTA 6
4.2 RAZUMEVANJE POTREB IN PRIČAKOVANJA ZAINTERESIRANIH STRANI 6
4.3. OPREDELJEVANJE PODROČJA UPORABE SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI 8
5 VODITELJSTVO 10
5.1 VODITELJSTVO IN ZAVEZANOST 10
5.2 POLITIKA KAKOVOSTI 11
5.3 ORGANIZACIJSKE VLOGE, ODGOVORNOSTI IN POOBLASTILA 11
6 PLANIRANJE 12
6.1 UKREPI ZA OBRAVNAVANJE TVEGANJ IN PRILOŽNOSTI 12
6.2 CILJI KAKOVOSTI IN PLANIRANJE ZA NJIHOVO DOSEGANJE 12
6.3 PLANIRANJE SPREMEMB 13
7 PODPORA 13
7.1 VIRI 13
7.2 KOMPETENTNOST 15
7.3 OZAVEŠČENOST 15
7.4. KOMUNICIRANJE 15
7.5. OBVLADOVANJE DOKUMENTACIJE 15
8 DELOVANJE 16
8.1 PLANIRANJE IN OBVLADOVANJE DELOVANJA 16
8.2 ZAHTEVE ZA IZDELKE IN STORITVE 16
8.3 SNOVANJE IN RAZVOJ 17
8.4 OBVLADOVANJE PROCESOV, IZDELKOV IN STORITEV ZUNANJIH PONUDNIKOV 18
8.5 PROIZVODNJA IN IZVEDBA STORITEV 18
8.6 SPROSTITEV IZDELKOV IN STORITEV 19
8.7. OBVLADOVANJE NESKLADNIH PROIZVODOV / STORITEV 19
9 VREDNOTENJE IZVEDBE 19
9.1 ZADOVOLJSTVO ODJEMALCEV 19
9.3 VODSTVENI PREGLED 19
10 IZBOLJŠEVANJE 19
10.1 NENEHNO IZBOLJŠEVANJE 19
10.2 NESKLADNOST IN KOREKTIVNI UKREPI 19

Dokument je oblikovan računalniško. Na papir natisnjen dokument predstavlja kopijo. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvirni dokument (elektronska ali overjena pisna verzija), ki se nahaja v kadrovski službi.

1 PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENEGA DOMA

Naziv javnega zavoda:	ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA
Sedež javnega zavoda:	Trg svobode 14, 8290 Sevnica
Direktor:	Vladimira TOMŠIČ, uni.dipl.org., dipl. m. s.
PDZN / PVK:	Violeta BAHAT KMETIČ, dipl. m. s.
Strokovni vodja:	Božidar GROBOLJŠEK, dr.med., spec. družinske medicine
Telefonska številka:	07 81 61 500
Fax:	07 81 61 550
Internetna stran:	tajnistvo@zd-sevnica.si
Elektronski naslov:	www.zd-sevnica.si
Logotip	ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA

2 SPLOŠNI DEL POSLOVNIKA KAKOVOSTI

2.1 SISTEM VODENJA KAKOVOSTI

ZD ima opredeljene zahteve za sistem vodenja kakovosti (v nadaljevanju SVK), ki so skladne z zahtevami mednarodnega standarda ISO 9001:2015 (v nadaljevanju ISO 9001).
S Poslovnikom kakovosti (PK) je SVK vzpostavljen, dokumentiran in vzdrževan skupaj z dokumentiranimi procesi in postopki ali sklicevanjem nanje (Priročnik kakovosti). PK podaja povezavo in medsebojne vplive procesov SVK in zahtevo po nenehnem izboljšanju in uspešnosti SVK.

2.2 PREJEMNIKI POSLOVNIKA KAKOVOSTI

Prejemniki Poslovnika kakovosti so vsi zaposleni, ki imajo dostop do računalniške mreže.
Prejemnik obvladovanega izvoda Poslovnika kakovosti je PVK.

3 ZASNOVA IN OBVLADOVANJE POSLOVNIKA KAKOVOSTI

3.1 OZNAČEVANJE

Številčenje in oblika poslovnika sta opredeljena v dokumentu SPL OP 01 Proces obvladovanja dokumentacije.

3.2 OBVLADOVANJE

3.2.1 Izdelava

Za izdelavo Poslovnika kakovosti je odgovoren PVK.
Pripravljalec Poslovnika kakovosti izdelavo potrdi s podpisom na naslovni strani.

3.2.2 Pregled in odobritev

Pregled in potrditev Poslovnika kakovosti za uporabo izvaja direktor, kar potrdi s podpisom na naslovni strani.

3.2.3 Izdaja in spremembe

Poslovnik kakovosti izda direktor na pobudo PVK.

Nova izdaja Poslovnika kakovosti se izvede ob spremembi standarda ISO 9001 ali večjih reorganizacijah ZD in ugotovitvah notranjih ter zunanjih presoj. Predlagatelji sprememb posredujejo pisni predlog PVK, ki oceni oz. preuči spremembe in jih vnese v poslovnik.

3.2.4 Vročitev in shranjevanje

Original Poslovnika kakovosti (elektronsko in overjeno pisno verzijo) prejme PVK, ki ga hrani na upravi.

3.3 OKRAJŠAVE IN POJMI

3.3.1 Razlaga okrajšav

ZD	Zdravstveni dom
PVK	pooblaščenec vodstva za kakovost
SVK	sistema vodenja kakovosti
PK	poslovnik kakovosti
PR	pravilnik
OP	organizacijski predpis
ND	navodila za delo
PDFKN	Program dela, finančni načrt in kadrovski načrt
PDZN	pomočnik direktorja za zdravstveno nego
NMP	nujna medicinska pomoč
CKZ	Center za krepitev zdravja
VL	vodja laboratorija

FTH	fizioterapija
RTG	rentgen
DMS	diplomirana medicinska sestra
MS/ZT	tehnik zdravstvene nege, zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra
NRV	nujno reševalno vozilo
NMN	nadzorno merilna naprava
ZDRZZ	Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
SZOZD	Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije

3.3.2 Razlaga pojmov

Ustanovitelj	občina, ki je ustanovila javni zavod
Vodstvo	sestavljajo v ZD Sevnica naslednji zaposleni: Sestavljajo: direktor, strokovni vodja PDZN
Poslovno strokovni svet	Sestavljajo: direktor, strokovni vodja, PDZN Vodje/koordinatorji enot, Vodje/koordinatorji timov nosilcev dejavnosti in ostali vabljeni.
Svet zavoda	je organ upravljanja v ZD . Šteje 9 članov: • 3 člane imenuje ustanovitelj, • 3 člani so zaposleni v ZD , • 3 člane imenuje ZZZS.
Skrbnik procesa	je oseba, ki je odgovorna in pooblaščena za opredelitev, uvajanje, izvajanje, nadzor, stalno izboljševanje ter obvladovanje tveganj procesa in odobritev pripadajočih navodil za paciente ter obrazcev.
Proces	je skupek med seboj povezanih ali vzajemno vplivajočih aktivnosti, ki pretvarjajo vhode v izhode (glej točko 3.4.1. standarda ISO 9000) in vsebuje kazalnik/e kakovosti (merjenje).

4 KONTEKST

Zdravstveni dom Sevnica (v nadaljevanju ZD) deluje kot samostojni zavod od leta 14.7.1992. V sedanji organiziranosti je bil ustanovljen 20.05.2008 na Občinskem svetu občine Sevnica, za izvajanje osnovnega zdravstvenega varstva, ki obsega preprečevanje bolezni in poškodb, odkrivanje bolezni, diagnostiko, zdravstveno vzgojno delo, zdravljenje in rehabilitacijo na ambulantni in dispanzerski način v poslovnih prostorih zdravstvenega doma in na terenu območij občine Sevnica ter za druge ljudi, ki potrebujejo zdravstveno pomoč. ZD zagotavlja primarno zdravstveno varstvo za cca. 18.000 prebivalcev. Omejeno področje se razprostira na cca 250 km^2 površine. ZD ima organizirano primarno zdravstveno varstvo na naslednjih lokacijah in sicer:

ENOTA	LOKACIJA	DEJAVNOST
Sedež: ZD Sevnica	Trg svobode 14, 8290 Sevnica	• osnovna zdravstvena dejavnost • zobozdravstvena dejavnost • specialistična dejavnost
PE – HTC	Trg svobode 9, 8290 Sevnica	• center za duševno zdravje odraslih • center za krepitev zdravja • zobozdravstvena ambulanta • specialistična ambulanta
PE - CDZOM	Trg svobode 6, 8290 Sevnica	• center za duševno zdravje otrok in mladostnikov
Zdravstvena postaja	Krmelj 53, 8296 Krmelj	• osnovna zdravstvena dejavnost • zobozdravstvena dejavnost
Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca	Arto 13, 8293 Studenec	• osnovna zdravstvena dejavnost
Zobna ambulanta za otroke in mladostnike	Osnovna šola Sava Kladnika Sevnica, Trg svobode 42, 8290 Sevnica	• zobozdravstvena dejavnost
Trubarjev dom upokojencev Loka pri Zidanem Mostu	Loka pri Zidanem mostu št. 48 1434 Loka pri Zidanem Mostu	• osnovna zdravstvena dejavnost

Področje dela javnega zavoda Zdravstvenega doma

Področje dela javnega zavoda Zdravstvenega doma izhaja iz Odloka o ustanovitvi. Zavod od 20.05.2008 opravlja osnovno zdravstveno dejavnost, ki obsega:

a) Osnovno in specialistično zdravstveno dejavnost, ki se izvaja v:

- ambulantah družinske medicine s pripadajočimi referenčnih ambulantah
- dispanzerjih za predšolske, šolske otroke in mladino,
- dispanzerju za ženske,
- center za duševno zdravje otrok in mladostnik,
- specialistični ambulanti za pljučne bolezni,
- medicina dela, prometa in športa
- psihiatrični ambulanti,
- antikoagulantni ambulanti,
- dermatološka ambulanta,
- kardiološka ambulanta,
- nevrološka ambulanta,
- patronažni službi z zdravstveno nego na domu,
- fizioterapiji,
- skupnostni psihiatrični obravnavi,
- RTG pljuč in zob,
- diagnostičnem laboratorij

b) Zobozdravstvena dejavnost, ki se izvaja v:

- zobnih ambulantah za odrasle,
- zobnih ambulantah za otroke in šolsko mladino,
- zobni RTG

c) Izvajanje neprekinjenega 24 urnega zdravstvenega varstva in nujne medicinske pomoči:

- dežurni službi,
- ambulanta nujne medicinske pomoči.

d) Izvajanje zdravstveno-vzgojnih programov:

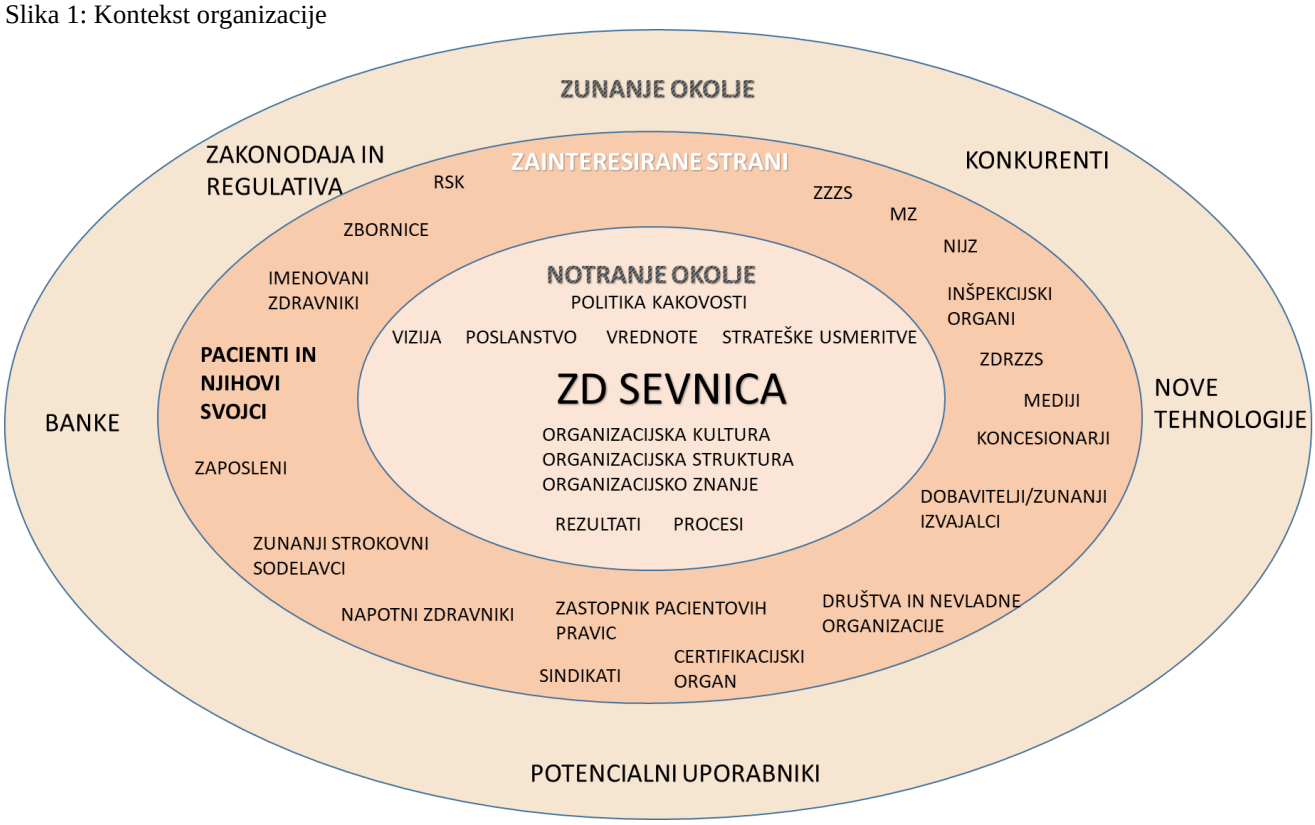
- center za krepitev zdravja

e.) Ne-zdravstvena dejavnost, ki se izvaja v:

- upravi zavoda,
- nabavni službi,
- vzdrževalno – tehnični službi.

4.1 RAZUMEVANJE ORGANIZACIJE IN NJENEGA KONTEKSTA

Slika 1: Kontekst organizacije



NOTRANJE OKOLJE	Notranji kontekst oz vprašanja
ZAINTERESIRANE STRANI	Zunanji in notranji kontekst oz vprašanja
ZUNANJE OKOLJE	Zunanji kontekst oz vprašanja

4.2 RAZUMEVANJE POTREB IN PRIČAKOVANJA ZAINTERESIRANIH STRANI

Zainteresirana stran	Potrebe in pričakovanja ter zahteve
Pacienti in njihovi svojci	Zdravljenje in ohranjanje zdravja
	Kakovost in varnost obravnave
	Pravočasnost in dostopnost obravnave
	Vključenost v proces obravnave
	Etičnost in empatija pri obravnavi
	Spoštovanje pacientovih pravic
ZZZS	Izvajanje pogodbenih obveznosti
	Izpolnjena določila splošnega in področnega dogovora
	Poročanje o opravljenih storitvah
	Pravočasno, pravilno in popolno posredovanje zdravstvene dokumentacije na zdravniško komisijo
MZ	Upoštevanje področne zakonodaje
	Skrajševanje čakalnih dob
	Upoštevanje navodil in priporočil v povezavi s COVID 19

Zainteresirana stran	Potrebe in pričakovanja ter zahteve
NIJZ	Upoštevanje smernic preventivnih in kurativnih programov
	Poročanje o opravljenih storitvah
	Spoštovanje zakonodaje in regulative
	Upoštevanje navodil in priporočil v povezavi s COVID 19
Inšpekcijski organ	Spoštovanje zakonodaje in regulative
ZDRZZS	Predloge
	Pošiljanje podatkov
ZPIZ	Pravočasno, pravilno in popolno posredovanje zdravstvene dokumentacije
Dobavitelj/zunanji strokovni izvajalec (zdravniki specialisti, …)	Spoštovanje medsebojnih dogovorov
	Plačilo za dobavljene produkte/storitve
	Spoštovanje predpisov iz področja javnega naročanja
	Jasna naročila
Mediji	Dostopnost v komuniciranju
	Koretno komuniciranje
Bolnišnice	Upravičene napotitve
	Ustrezna napotna zdravstvena dokumentacija
	Izpolnjevanje pogodbenih obveznosti
Razširjeni strokovni kolegiji	Upoštevanje strokovnih smernic
	Sodelovanje
Koncesionarji	Korektno sodelovanje
Napotni zdravnik	Strokovno opravljeno storitev
	Izvid
Občina ustanoviteljica	Dostopnost in ustrezna oskrba občanov
	Upoštevanje medsebojnih dogovorov
Zaposleni	Izpolnjene obveznosti iz pogodbe o zaposlitvi
	Kakovostna in varna organizacija dela
	Jasno opredeljene odgovornosti in pooblastila za delovne naloge
Družine zaposlenih	Izpolnjevanje zahtev standarda Družini prijazno podjetje
Sindikati	Spoštovanje pravic članov sindikata
Zastopnik pacientovih pravic	Spoštovanje zakonodaje
Zbornice posameznih strok	Izpolnitev pogojev za vpis v register ter pridobitev licence
	Strokovno izpopolnjevanje in sledenje strokovnim smernicam
	Kakovost in varnost obravnave
Certifikacijski/akreditacijski organ	Izpolnjevanje zahtev standarda
Šole, vrtci	Kakovostna izvedba zdravstvenih storitev
	Spoštovanje medsebojnih dogovorov
	Organizacija in izvedba zdravstvenih preventivnih izobraževanj in programov
Izobraževalne inštitucije	Korektno sodelovanje v skladu s stroko in medsebojnimi dogovori
	Učna baza za strokovna področja v zdravstvu
Center za socialno delo	Korektno medsebojno sodelovanje
Domovi starejših občanov	Korektno medsebojno sodelovanje
Lokalna skupnost	Korektno medsebojno sodelovanje
Društva in nevladne organizacije	Sodelovanje in strokovna podpora
	Materialna in prostorska podpora
Gasilci, policija, civilna zaščita	Izvajanje skupnih vaj
	Korektno medsebojno sodelovanje
	Usklajeno sodelovanje pri intervencijah

Dokument je oblikovan računalniško. Na papir natisnjen dokument predstavlja kopijo. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvirni dokument (elektronska ali overjena pisna verzija), ki se nahaja v kadrovski službi.

4.3. OPREDELJEVANJE PODROČJA UPORABE SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI

Predmet certificiranja ZD je: Osnovna zdravstvena, zobozdravstvena in ambulantno specialistična dejavnost ter nujna medicinska pomoč. Vrste storitev, ki jih izvaja ZD so navedene v točki 4.

Uporabljene so vse zahteve standarda ISO 9001:2015 in vključeni so vsi procesi, ki so navedeni v točki 4.4.1. Lokacije, kjer se izvajajo zdravstvene storitve ZD Sevnica so navedene v točki 4.

4.4 SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN NJEGOVI PROCESI

ZD ima vzpostavljen, dokumentiran, izvajan in vzdrževan sistem kakovosti ter nenehno izboljšuje njegovo učinkovitost v skladu z zahtevami standarda ISO 9001.

4.4.1 Identifikacija procesov potrebnih za sistem kakovosti in uporabo v ZD

Tabela 1: Prepoznani procesi s skrbniki procesov

Proces	Št. dok.	Skrbnik procesa
Procesi vodenja (PV)		
Proces vodenja	VOD OP 01	Direktor
Proces vodenja virov	SPL OP 02	PDZN/PVK
Glavni procesi (GP)		
Proces dela v ambulanti družinske medicine	ADM OP 01	Strokovna vodja
Proces dela v specialističnih ambulanti	SPA OP 01	Psihiater, strokovni vodja
Proces dela v dispanzerju za ženske	DZŽ OP 01	Zdravnik specialist v dispanzerju za ženske
Proces dela v zobozdravstveni ambulanti	ZOB OP 01	Zobozdravnik v ZOB
Proces dela v šolski zobni ambulanti	ŠZA OP 01	Zobozdravnik v SŽA
Proces dela v nujni medicinski pomoči in dežurni službi	NMP PR 01	Strokovna vodja
Proces dela v otroško šolskem dispanzerju	OŠD OP 01	Vodja otroško šolskega dispanzerja
Proces dela v centru za krepitev zdravja	CKZ OP 01	Vodja CKZ
Proces dela v fizioterapiji	FTH OP 01	FT
Proces dela v diagnostičnem laboratoriju	LAB OP 01	Vodje laboratorija
Proces dela v patronažni službi	PAT OP 01	PMS
Proces dela v referenčni ambulanti družinske medicine	RAD OP 01	DMS v RAD
Proces dela v rentgenski službi	RTG OP 01	Rentgenski inženir
Proces dela v centru za duševno zdravje odraslih	CDZ OP 01	Koordinator skupnostne psihiatrične obravnave
Proces dela v centru za duševno zdravje otrok in mladostnikov	CDM OP 01	DMS v CDM
Podporni procesi (PP)		
Proces nabave	NAB OP 01	Svetovalec za ekonomsko področje
Proces obvladovanja dokumentacije	SPL OP 01	PDZN/PVK
Proces nadzorovanja, merjenja, analiz., vrednotenja in izboljševanja	SPL OP 03	PDZN/PVK

Kazalniki kakovosti procesov, cilji in trendi so navedeni v dokumentu: Kazalniki kakovosti procesov, realizacija in cilji ter trendi.
Pri izvajanju nekaterih zdravstvenih storitev se lahko vključujejo tudi zunanji izvajalci. Njihove obveznosti in pooblastila so določene s pogodbo, seznanjeni so s SVK. V primeru, da se pri njihovem delu pojavi neskladnost, je v prvi vrsti odgovorna za odpravo le te oseba, ki jo je tudi povzročila ter po potrebi seznani oz vključi tudi skrbnika procesa. Urejanje odnosov in medsebojnih obveznosti z zunanjimi odjemalci je opredeljeno s pogodbo, kar je podrobneje opredeljeno tudi v točki 8.4.1.1 Pregled in podpis pogodb z zunanjimi izvajalci.

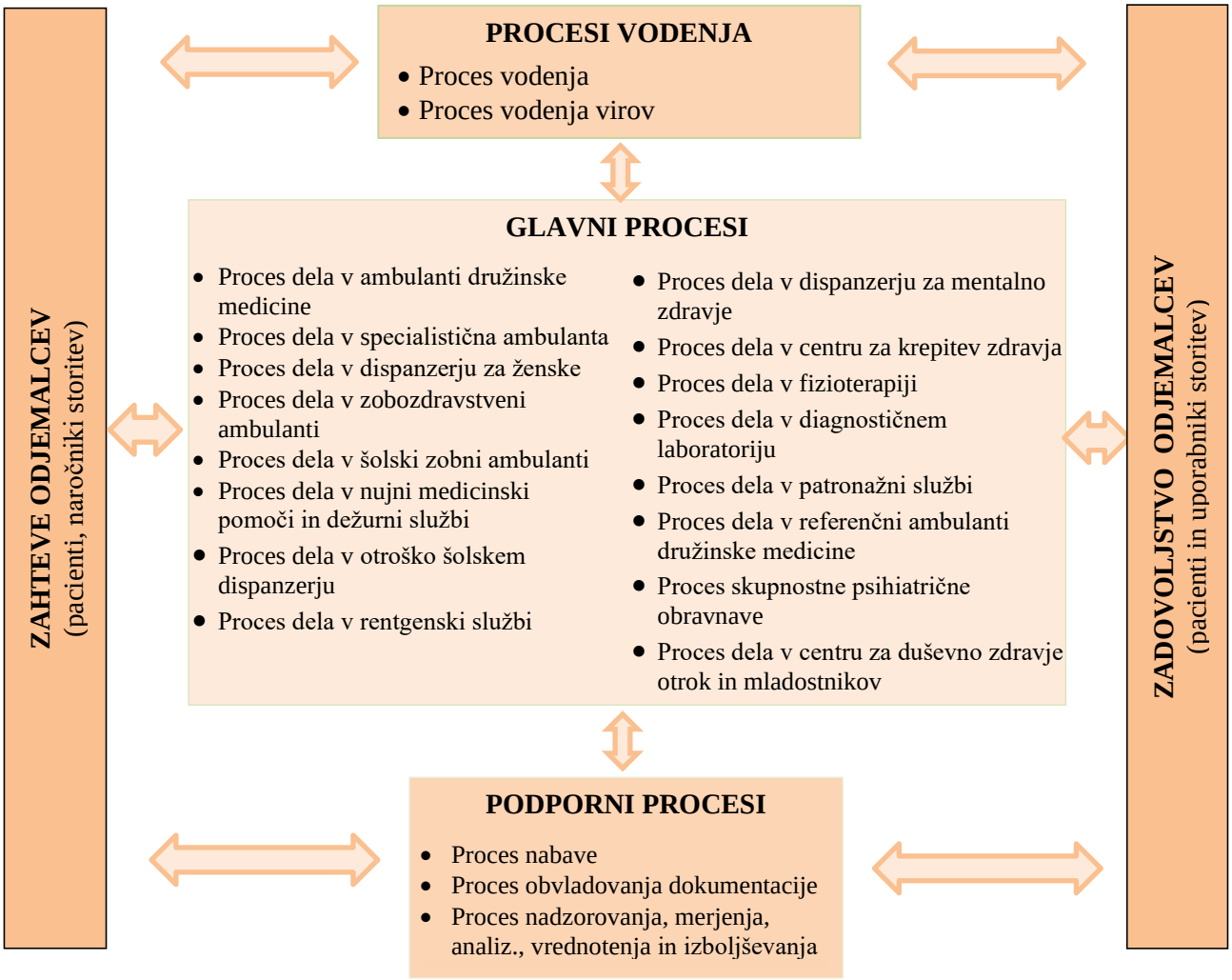
4.4.2 Procesi, ki jih izvajajo zunanji izvajalci

Zunanji izvajalci se vključujejo v naslednje procese:

- **Nekatere laboratorijske preiskave** za potrebe zavoda opravljajo v zunanji laboratoriji. Nadzor nad izvajanjem zunanjih laboratorijskih storitev opravlja vodja laboratorija v sodelovanju z direktorjem in strokovno vodjo.
- **Varnost in zdravje pri delu** za zavod koordinira Svetovalec za ekonomsko področje v sodelovanju in poslovni sekretar (po potrebi se vključi tudi direktor) v sodelovanju z zunanjim izvajalcem (varnostni inženir). Aktivnosti procesa, ki se izvajajo v zavodu so opredeljene v Izjavi o varnosti z oceno tveganja. Medsebojni odnosi med zavodom in pogodbenim partnerjem so opredeljeni s pogodbo. Nadzor nad izvajanjem izvaja direktor.
- **Informacijsko podpora** koordinira AOP – analitik v sodelovanju z različni zunanjimi izvajalci. Njihove zadolžitve so opredeljene s pogodbo. Nadzor nad izvajanjem opravlja AOP – analitik.
- Vključevanje pogodbenih sodelavcev, ki izvajajo nekatere zdravstvene storitve je opredeljeno v zgornjem odstavku.

4.4.3 Skupine procesov in njihove povezave

Slika 2: Povezave skupin procesov v SVK



4.4.4 Kriteriji in metode za zagotovitev uspešnega delovanja in obvladovanja procesov

Za procese so določeni kazalniki kakovosti (pokazatelji uspešnosti procesa) na osnovi katerih se ugotavlja in spremlja doseganje načrtovanih ciljev.

4.4.5 Viri in informacije za podporo delovanja in nadzorovanja procesov

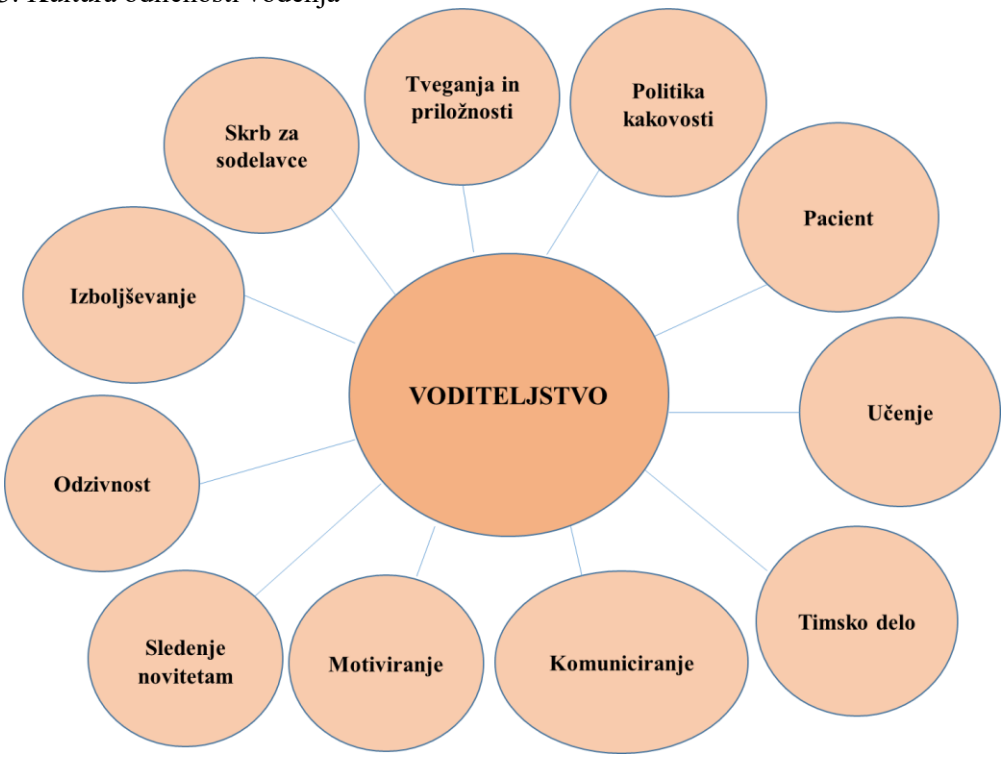
Vodstvo zagotavlja, da so na voljo viri (PDFKN) in informacije (poročila), potrebne za podporo delovanja in nadzorovanja procesov.

4.4.6 Nadzorovanje, merjenje in analiziranje procesov ter ukrepanje

Za obvladovanje procesov so odgovorni skrbniki procesov, ki so odgovorni tudi za izvajanje aktivnosti v procesih, oz. izvajanja nadzora, merjenje in analiziranje procesov ter ukrepanje v primeru neskladnosti. Najmanj 1-krat letno se izvede nadzor nad izvajanjem procesa in o tem se vodijo zapisi.

5 VODITELJSTVO

Slika 3: Kultura odličnosti vodenja



5.1 VODITELJSTVO IN ZAVEZANOST

Vodstvo dokazuje svojo zavezanost razvoju in izvajanju sistema kakovosti ter nenehnemu izboljševanju njegove uspešnosti, tako da:

- prevzema odgovornost za uspešnost sistema vodenja kakovosti,
- sporoča vsem zaposlenim, kako pomembno je izpolnjevanje zahtev naročnikov in uporabnikov zdravstvenih storitev kot tudi zahtev zakonodaje in pravnih zahtev (svet zavoda, poslovno strokovni svet, oglasne deske, komunikacije med nadrejenimi in podrejenimi),
- določa politiko kakovosti,
- zagotavlja, da so cilji kakovosti določeni,
- izvaja vodstvene preglede (1-krat letno),
- zagotavlja razpoložljivost virov (kadrovski, finančni, materialni in informacijski viri),
- izvaja nadzore, meritve oziroma spremlja uspešnost procesov (cilji za kazalnike kakovosti posameznih procesov) in SVK ter zadovoljstva pacientov in ostalih uporabnikov zdravstvenih storitev,
- analizira rezultate SVK in ustrezno ukrepa,
- zagotavlja nenehno izboljševanje SVK s predhodno navedenimi in ostalimi aktivnostmi (notranje presoje, kontrola kakovosti storitev,…).
- podpira in spodbuja vodstveni kader, da se dokaže v voditeljstvu na svojih področjih odgovornosti,
- spodbuja zaposlene k izboljšavam (OBR VODOP01 01 - Koristni predlog zaposlenega).

Vodenje zavoda je podrobneje opredeljeno v VOD OP 01 - Proces vodenja.

5.1.1 Osredotočenost na odjemalce

Vodstvo izvaja zahtevane aktivnosti, da so zahteve odjemalcev (pacientov in ostalih naročnikov zdravstvenih storitev) opredeljene in izpolnjene z namenom, da se poveča njihovo zadovoljstvo. Te aktivnosti so opredeljene v nadaljevanju poslovnika.
Osredotočenost na odjemalce je posledica spoznanja, da se njihovo zadovoljstvo odraža na dveh področjih in sicer:

- na stalni rasti zadovoljstva pacientov in naročnikov storitev, ki se ugotavlja z letnim anketiranjem in
- vzdrževanje ravni števila pacientov in ostalih naročnikov storitev (fizične in pravne osebe), kar pozitivno vpliva na ugled ZD in predstavlja bistveni pogoj za dolgoročen in stabilen razvoj.

Pri tem si vodstvo prizadeva zagotoviti osredotočenost tudi na t.i. notranje odjemalce (notranji uporabniki storitev) v obliki vključenosti zaposlenih v smislu motiviranosti, predanosti, inovativnosti, ustvarjalnosti, odgovornosti in pripravljenosti za medsebojno sodelovanje ter nenehno izboljševanje sistema vodenja kakovosti oz. poslovanja.

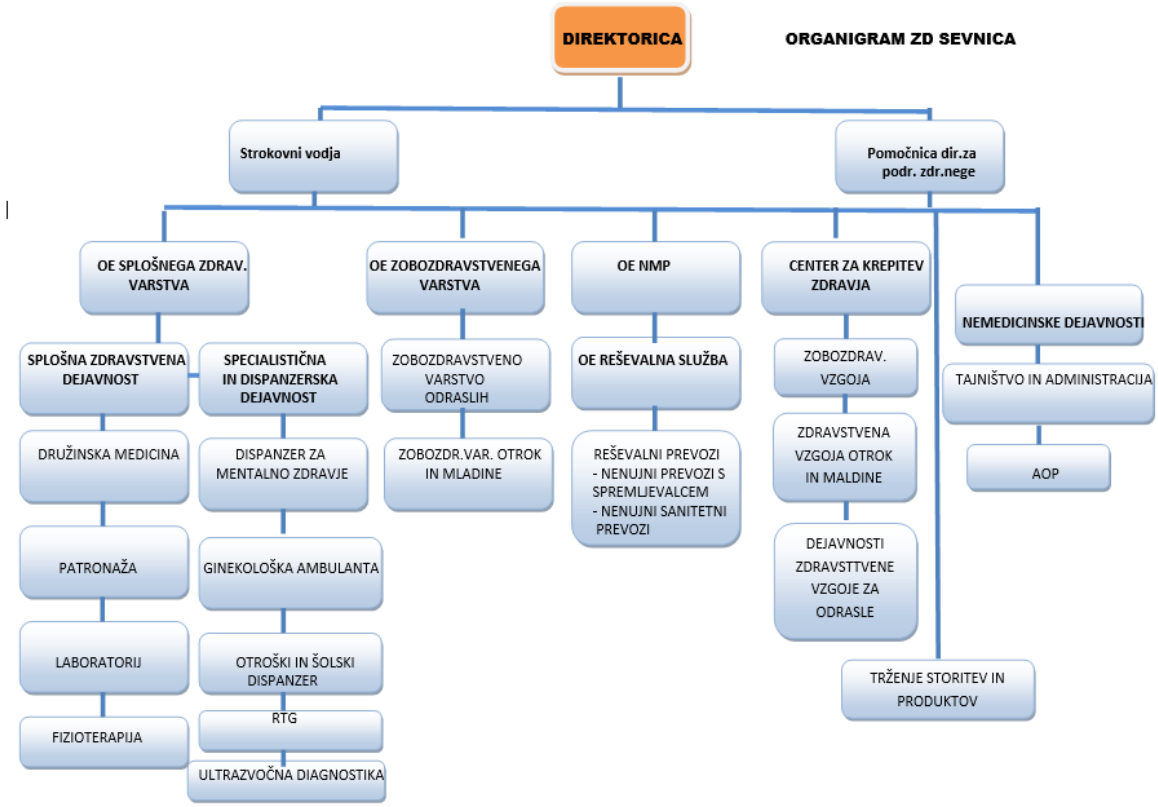
5.2 POLITIKA KAKOVOSTI

Direktor v sodelovanju z ostalim vodstvom letno pregleda primernost Politike kakovosti na vodstvenem pregledu. S Politiko kakovosti so seznanjeni vsi zaposleni. Objavljena je na intranetni strani ter izobešana v prostorih ZD ter je tako na voljo vsem relevantnim zainteresiranim stranem.
Politika kakovosti je navedena v dokumentu VOD OP 01 - Proces vodenja.

5.3 ORGANIZACIJSKE VLOGE, ODGOVORNOSTI IN POOBLASTILA

Vodstvo zagotavlja, da so odgovornosti in pooblastila določena ter da je osebje ZD s tem seznanjeno. Odgovornosti in pooblastila so opredeljena v Pravilniku o notranji organizaciji in sistemizaciji delovnih mest (opis delovnih mest) in v pogodbah o zaposlitvi ter v dokumentaciji SVK.
Nadrejeni lahko določena pooblastila prenašajo na svoje sodelavce v času svoje odsotnosti in o tem predhodno obvestijo direktorja, strokovnega vodjo ali PDZN.

Slika 4: Organigram ZD



5.5.4 Predstavnik vodstva za kakovost

Direktor je z ustrezno odločbo imenoval gospo Violeto Bahat Kmetič, mag. zn. za PVK, ki ima ne glede na druge odgovornosti in pooblastila še naslednje odgovornosti in pooblastila:

- zagotavlja, da so procesi, potrebni za sistem vodenja kakovosti (SVK), vzpostavljeni, da se izvajajo in vzdržujejo,
- zagotavlja dvigovanje zavesti o zahtevah odjemalcev,
- v sodelovanju s skrbniki procesov obvladuje varnostna tveganja, vezana na pacienta,
- spremlja varnostne odklone
- sodeluje skupaj z zaposlenimi pri razvoju kulture varnosti v zavodu,
- poroča vodstvu (direktorju) o delovanju SVK in kakršnikoli potrebi za izboljševanje,
- se povezuje z zunanjimi institucijami v zadevah, ki se nanašajo na SVK.

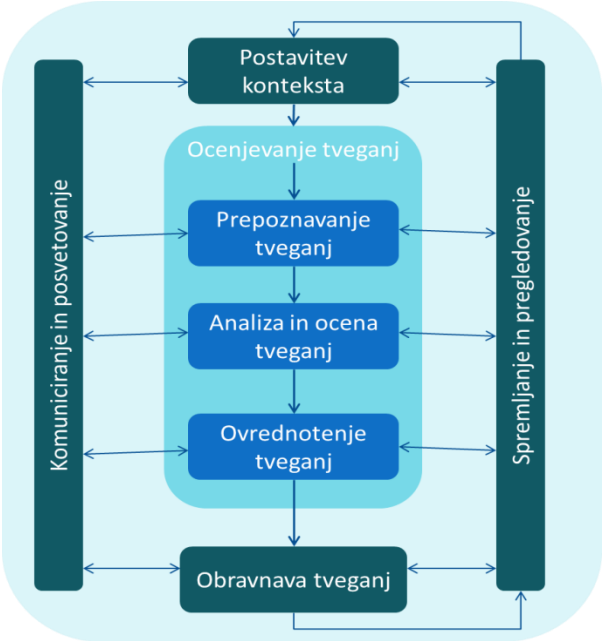
6 PLANIRANJE

6.1 UKREPI ZA OBRAVNAVANJE TVEGANJ IN PRILOŽNOSTI

Metoda prepoznavanja in obvladovanja tveganj je opredeljena z ustreznim navodilom (VOD ND 01 - Obvladovanje tveganj).

Na osnovi ugotovljenih tveganj se izdela Register tveganj z opredeljeni ukrepi za zmanjševanje ugotovljenih tveganj in prepoznava priložnosti za izboljšanje delovanja procesa. Po izvedenih ukrepih se izvede ocena uspešnosti ukrepa in ponovno oceni stopnja tveganja. Okvirno je pristop k obvladovanju tveganj predstavljen na spodnji sliki.

Slika 5: Obvladovanje tveganj



Vir: ISO 31000 - Obvladovanje tveganja

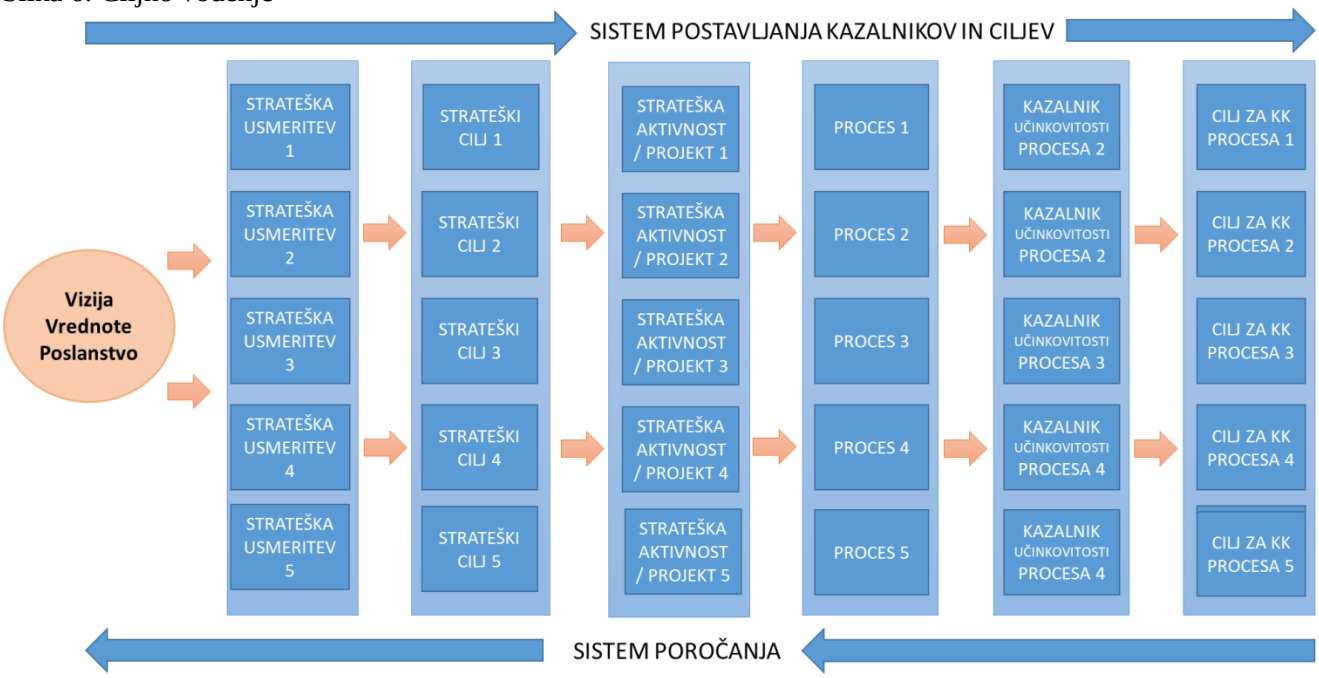
6.2 CILJI KAKOVOSTI IN PLANIRANJE ZA NJIHOVO DOSEGANJE

Planiranje delovanja SVK poteka s postavljanjem ciljev kakovosti praviloma na dveh nivojih (vodstvo in skrbniki procesov):

- 1. NIVO: Cilji kakovosti in cilje PDFKN (določi vodstvo)
- 2. NIVO: Cilji za kazalnike kakovosti (določijo skrbniki procesov v sodelovanju z vodstvom).

Vodstvo uporablja metodo ciljnega vodenena, kar prikazuje spodnja slika.

Slika 6: Ciljno vodenje



Doseganje ciljev se preverja na poslovno strokovnem svetu (kvartalno, ključni cilji) in na vodstvenih pregledih (letno – vsi cilji).

6.2.1. Planiranje sistema vodenja kakovosti

Določanje ciljev kakovosti in planiranje sistema kakovosti se izvaja z naslednjimi aktivnostmi:

- z dokumentirano Politiko kakovosti in cilji kakovosti (3 letni),
- s PDFKN,
- z letnimi cilji za kazalnike kakovosti za posamezne procese,
- planom usposabljanja in vzdrževanja,
- planom nabave osnovnih sredstev in drobnega inventarja,
- obvladovanjem tveganj,
- z notranjimi presojami,
- z vodstvenimi pregledi.

6.3 PLANIRANJE SPREMEMB

Ob spremembi SVK (nov proces, ukinjen proces, spremenjen proces) se upošteva vpliv na obstoječi SVK in se po potrebi izvede analizo tveganj. Prav tako se na vodstvenem pregledu obravnavajo morebitne spremembe, ki bi lahko vplivale na SVK.

7 PODPORA

7.1 VIRI

7.1.1 Priskrba virov

ZD načrtuje in zagotavlja vse potrebne vire (človeške, finančne, materialne in informacijske) vključno s primerno infrastrukturo in delovnim okoljem, potrebnim za:

- izvajanje in vzdrževanje SVK in za nenehno izboljševanje njegove uspešnosti,
- povečanje zadovoljstva odjemalcev z izpolnjevanjem zahtev stroke in plačnika,
- varnost in zdravje pri delu ter ravnanje z okoljem.

Načrtovanje in preskrba virov je zagotovljena z izdelavo, odobritvijo in realizacijo PDFKN.
Za obvladovanje preskrbe virov je odgovoren direktor.

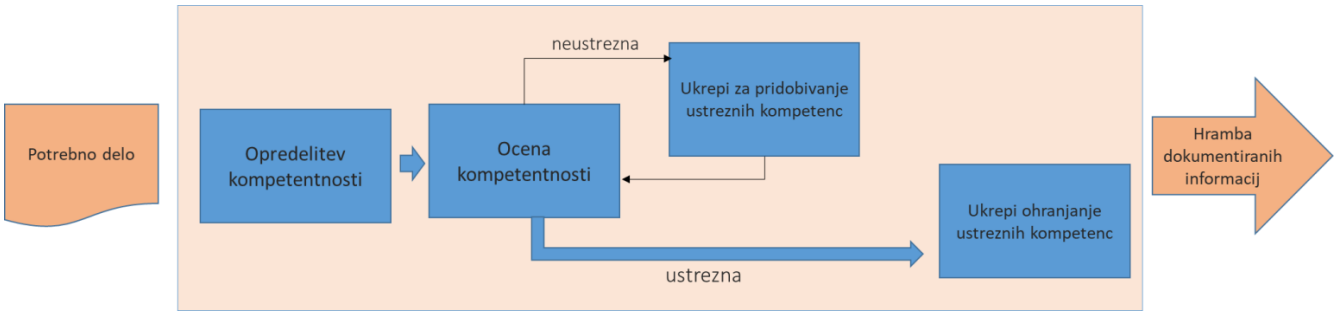
7.1.2 Zaposleni

V ZD zagotavljamo ustrezno število zaposlenih za uspešno izvajanje SVK in kakovostno ter varno obravnavo pacientov. Izvajalci posameznih del oz. aktivnosti v ZD, ki vplivajo na kakovost storitev, imajo potrebne kompetence.

7.1.2.1 Kompetentnost, zavedanje in usposabljanje

Kompetentnost izvajalcev je določena z ustrezno: izobrazbo, usposobljenostjo in izkušnjami ter je opredeljena s sistemizacijo delovnih mest (opisi delovnih mest, pogodbe o zaposlitvi). Usposabljanje in izobraževanje zaposlenih je zagotovljeno z PDFKN (finančna sredstva) in letnim planom usposabljanja in izobraževanja. O izvedenih usposabljanjih in izobraževanjih se vodijo ustrezni zapisi (personalne mape). Uspešnost izvedenega usposabljanja se lahko ocenjuje preko poročanja udeležencev, spremljanja pri delu, itd.
Zavednost osebja o pomenu kakovosti je zagotovljena z ustrezno izobrazbo, usposobljenostjo, s stalnim razvojem kadrov in z ustreznim motiviranjem.
Za vodenje zaposlenih je odgovoren direktor v sodelovanju s strokovnim vodjem in PDZN.

Slika 7: Prikaz ugotavljanja kompetentnosti



7.1.3 Infrastruktura

Infrastruktura v ZD zajema naslednje:

- objekte z vso pripadajočo opremo (strojna, elektro in ostala oprema),
- delovna sredstva (medicinska, laboratorijska, računalniška in ostala oprema),
- službena vozila (NRV in ostala vozila),
- informacijski sistem.

Podrobneje je obvladovanje infrastrukture opredeljeno v SPL OP 02 - Proces vodenja virov.

7.1.4 Okolje za delovanje procesov

Primerni delovni pogoji so v ZD zagotovljeni z ustreznimi delovnimi prostori (ambulante, čakalnice, laboratorij, pisarne,..) in z ustrezno delovno opremo (medicinsko, laboratorijsko in računalniško), ki omogočajo potrebno ponovljivost izvedbe storitve. Prav tako so zagotovljeni ustrezni pogoji hranjenja nabavljenih proizvodov (zdravila, sanitetni material, cepiva,…) z nabavo ustrezne opreme (hladilnik,..) in njeno namestitev v primerne prostore. Pri hranjenju proizvodov (zdravila, sanitetni material, cepiva) se upoštevajo navodila proizvajalcev in ustrezne metode hranjenja (FE-FO – prvi preteče – prvi ven).
Z opredelitvijo podatkov o delovnem mestu (ocena tveganja) in izvajanjem ocen o izpolnjevanju zdravstvenih zahtev dela na posameznem delovnem mestu je urejeno varno delo zaposlenih. Z opredelitvijo požarnega reda je urejena ustrezna požarna zaščita objekta. Z obvladovanjem okužb in ustreznim ravnanjem z odpadki je urejena zaščita pred okužbami pacientov, zaposlenih in okolja, v katerem deluje zavod.
Za preprečevanje in obvladovanje okužb je odgovoren PDZN. Svetovalec za ekonomsko področje v sodelovanju z zunanjim izvajalcem je odgovoren za požarno varnost. Za varstvo in zdravje pri delu z oceno tveganja je odgovoren direktor zavoda. Podrobneje je to opredeljeno v SPL OP 02 - Proces vodenja virov.

7.1.5 Obvladovanje nadzorne in merilne opreme

Postopek obvladovanja nadzorne in merilnih opreme oz. NMO je podrobneje opredeljen v SPL OP 02 - Proces vodenja virov.

Uporabniki NMN smejo uporabljati le overjene ali meroslovno potrjene NMO. Za kalibracijo/overitev NMO je odgovoren PDZN, razen za merilno opremo v laboratoriju, za katero je odgovorna VL.

7.1.6 Organizacijsko znanje

Organizacijsko znanje je zajeto z opisi procesov in pripadajočimi pravilniki, navodili za delo, SOP, obrazci, navodili za paciente in dokumentih zunanjega izvora (standardi, znanstveno-izobraževalnih dokumentih,..).

7.2 KOMPETENTNOST

Podrobneje je kompetentnost opredeljena v točki 7.1.2.1.

7.3 OZAVEŠČENOST

Zavednost osebja o pomenu aktivnosti, ki jih izvaja, je zagotovljeno z ustrezno izobrazbo, usposobljenostjo, s stalnim razvojem kadrov in z ustreznim motiviranjem ter dokumentiranimi postopki posameznih procesov. Zaposleni se morajo zavedati:

- Politike kakovosti.
- Relevantnih ciljev kakovosti.
- Svojega prispevka k uspešnosti sistema vodenja kakovosti, vključno s koristmi od izboljšanega izvajanja.
- Posledic neizpolnjevanje zahtev sistema vodenja kakovosti.

7.4. KOMUNICIRANJE

7.4.1. Notranje komuniciranje

Vodstvo je vzpostavilo primerne procese komuniciranja, da se tudi na ta način zagotovi ustrezna uspešnost SVK. Notranje komuniciranje:

- neposredno medsebojno komuniciranje zaposlenih,
- neposredno komuniciranje med direktorjem, PVK, PDZN in vodji služb,
- sestanki zdravnikov,
- sestanki medicinskih sester,
- sestanki v posameznih službah,
- sestanki poslovno strokovnega sveta,
- vodstveni pregledi.
- komunikacije preko medijev (intranet – interni strežnik, elektronska pošta, oglasna deska,..),

ostali sestanki

7.4.2. Zunanje komuniciranje

Zunanje komuniciranje poteka s zainteresiranimi stranmi neposredno (osebno in/ali telefon), preko internetne strani, elektronska pošta, navadne pošte. Za komuniciranje s pacienti so odgovorni izvajalci zdravstvenih storitev (zdravnik, MS/DMS) v okviru pooblastil. Za komuniciranje z ostalimi zainteresiranimi stranmi je odgovoren direktor.

7.5. OBVLADOVANJE DOKUMENTACIJE

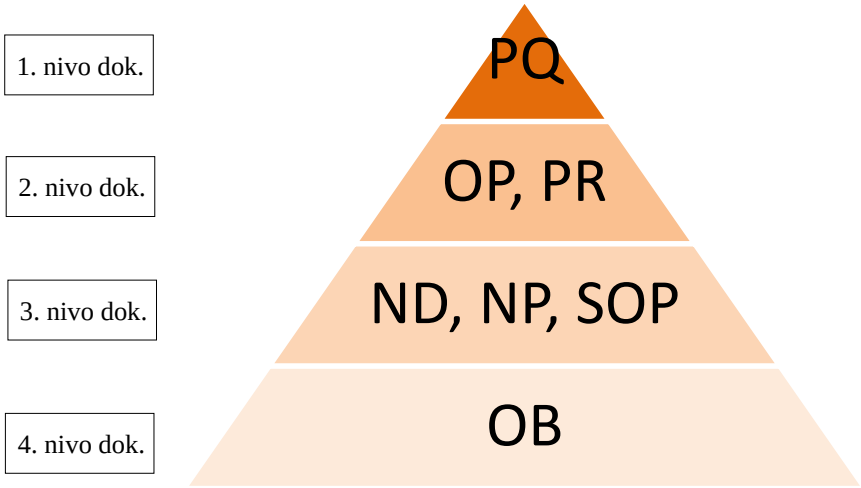
ZD ima dokumentacijo sistema kakovosti, ki vključuje:

a.) dokumentirano izjavo o politiki kakovosti in ciljih kakovosti,
b.) Poslovnik kakovosti,
c.) dokumente, ki jih potrebuje, da zagotovi uspešno planiranje, delovanje in obvladovanje procesov,
d.) zapise, ki jih zahteva standard ISO 9001.

V priročniku kakovosti so zbrani vsi OP (pisna overjena verzija).

V ZD smo si glede na velikost in vrsto dejavnosti, obseg procesov, izobrazbo in usposobljenost zaposlenih ter organizacijsko kulturo sami določili obseg dokumentacije, ki je potrebna, da dokazuje uspešnost planiranja, izvajanja in nadzorovanja procesov, uspešnosti izvajanja ter nenehnega izboljševanja SVK. Pri opredelitvi dokumentacije sistema kakovosti je uporabljena piramidna struktura skladno s priporočili standarda ISO/TR 10013 kot je razvidno iz slike:

Slika 8: Piramidna struktura dokumentacije sistema vodenja kakovosti



Podrobneje področje obvladovanja dokumentacije SVK opredeljeno v SPL OP 01 - Proces obvladovanja dokumentacije Obvladovanje dokumentacije.
Vsa dokumentacija SVK je zaposlenim dostopna preko intraneta (»skupni na server«), prav tako se nahaja v kadrovski službi.

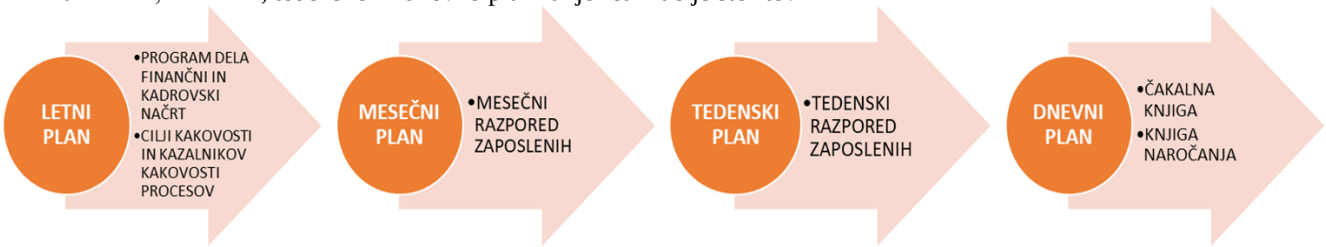
8 DELOVANJE

8.1 PLANIRANJE IN OBVLADOVANJE DELOVANJA

V ZD planiramo in razvijamo procese, potrebne za realizacijo storitev. Planiranje realizacije storitev je v skladu z zahtevami glavnih procesov. Planiranje se izvaja na naslednjih ravneh:

- ZD – vodstvo (PDFKN za tekoče leto, program in plan notranje presoje, cilji kakovosti za tekoče leto),
- Posamezne službe (plan nabave opreme in investicij,), cilji za kazalnike kakovosti za posamezne procese, plan usposabljanja in izobraževanja.

Slika 9: Letno, mesečno, tedensko in dnevno planiranje realizacije storitev



8.2 ZAHTEVE ZA IZDELKE IN STORITVE

8.2.1 Komuniciranje z odjemalci

Komuniciranje z odjemalci (pacienti,…) se izvaja:

- na informacijskem pultu in v popoldanskem času v službi NMP,
- s komunikacijskimi tablami o lokacijah posameznih služb,
- z obvestili in plakati na oglasnih deskah v čakalnicah posameznih služb,
- s spletno stranjo zavoda (predstavitev zdravstvenega doma, objava urnikov služb, zaposlenih v posameznih službah, telefonske številke, čakalne dobe, razporedi dežurstev, zdravstveno vzgojne vsebine, aktualne novice, …),
- z izročanjem pisnih navodil pacientom (navodilo o pripravi pacienta, navodila o naročanju, ….)

Slika 10: Komuniciranje z odjemalci

8.2.2 Opredeljevanje zahtev za izdelke in storitve

Pooblaščeni predstavniki (direktor, strokovni vodja, PDZN in vodje služb) in/ali nosilci dejavnosti ZD (zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti,...) sprejemajo zahteve, ki jih specificirajo odjemalci (pacienti in ostali uporabniki zdravstvenih storitev).

8.2.3 Pregled zahtev za izdelke in storitve

Pooblaščeni predstavniki ZD izvajajo preglede zahtev odjemalcev z namenom zagotavljanja:

- da so zahteve za izvedbo storitve opredeljene,
- da so razrešene razlike med zahtevami v ponudbi in zahtevami v pogodbi oz. naročilu,
- da je ZD sposoben izpolniti zahteve (tudi zakonske), ki so bile določene s ponudbo, pogodbo ali naročilom.

Pooblaščeni predstavniki in/ali nosilci dejavnosti ZD opredelijo skupaj z odjemalci tudi tiste zahteve, ki jih odjemalci niso nedvoumno izrazili ali pa jih sploh niso izrazili, vendar so nujne za uspešno realizacijo pri tem pa upoštevajo izpolnjevanje zahtev stroke in plačnika.

8.2.3.1 Pregled pogodb ter naročil

Pogodbe (ZZZS) pregleduje direktor v sodelovanju z ustreznimi strokovnimi sodelavci (AOP analitik, strokovni vodja, PDZN). Direktor pregled pogodbe potrdi s podpisom pogodbe. V primeru, ko se z odjemalci sklepajo dodatki k pogodbi, je postopek pregleda dodatka k pogodbi enak kot pregled osnovne pogodbe.
Naročila/delovni nalogi (laboratorij, specialistične ambulante ter dispanzerje) pregledujejo za to pooblaščeni zaposleni v ZD (izvajalci storitev) in naročilo/delovni nalog potrdijo z vnosom v računalnik.
Elektronska naročila za laboratorij se pregleda ob prenosu naročila v laboratorijski informacijski sistem.

8.2.2.2. Pregled zahtev oz. potreb pacientov

Pregled zahtev pacientov izvajajo zdravstveni delavci in pregled potrdijo z ustreznim zapisom (zapis o zdravstvenem pregledu v zdravstveni ali drug ustrezen karton).

8.2.4 Spremembe zahtev za izdelke in storitve

V primeru, ko se spremenijo zahteve za izdelke in/ali storitve (dogovor o spremenjen načinu izvajanja storitve, ukinitev izvajanja storitve,….) , se tudi zagotovi, da je s tem seznanjeni izvajalci.

8.3 SNOVANJE IN RAZVOJ

To področje v ZD ne nastopa v takšni obliki kot so zahteve standarda ISO 9001 v točki 8.3. zato ta točka ni aplikativna oz primerna na našem področju. ZD ne razvija novih storitev/metod, ampak uvaja v skladu s svojimi zmožnostmi nove metode dela v svoje procese.

8.4 OBVLADOVANJE PROCESOV, IZDELKOV IN STORITEV ZUNANJIH PONUDNIKOV

8.4.1. Nabava

ZD zagotavlja, da so nabavljeni proizvodi ali storitve skladni s specificiranimi zahtevami (zahteve za proizvod ali storitev, tehnična ali projektna dokumentacija,…). To se zagotavlja na naslednje načine:

- z ocenjevanjem in izborom dobaviteljev,
- z ustreznimi informacijami (zahteve za proizvod ali storitev) ter
- s pregledom nabavljenih proizvodov ali storitev.

Podrobneje je nabava opredeljena v NAB OP 01 Nabava.

8.4.1.1 Pregled in podpis pogodb z zunanjimi izvajalci

Pogodbe z zunanjimi izvajalci pregleduje direktor v sodelovanju z ustreznimi strokovnimi sodelavci (strokovnim vodjem, poslovni sekretar) in SZOZD. V pogodbi se jasno opredelijo zahteve, ki jih mora zunanji sodelavec izpolnjevati. Direktor pregled pogodbe potrdi s podpisom pogodbe. V primeru, ko se z odjemalci sklepajo dodatki k pogodbi, je postopek pregleda dodatka k pogodbi enak kot pregled osnovne pogodbe.

8.4.2 Overjanje nabavljenih proizvodov / storitev

Ustreznost nabavljenega materiala / storitve lahko oceni oseba, ki je izvedla naročilo in/ali (dejanski) interni naročnik materiala / storitve. Po potrebi se pri preverjanju vključujejo tudi ostali zaposleni. Ustreznost materiala/storitve se ugotavlja na osnovi podpisane dobavnice ali prevzemnega zapisnika, naročila ali ustrezne dokumentacije.

8.4.3 Informacije za nabavo

Uporabniki na osnovi predvidenih potreb po posameznih službah pripravijo interno naročilo in ga posredujejo v tajništvo, ki izvedejo oz organizirajo izvedbo nabave.

8.5 PROIZVODNJA IN IZVEDBA STORITEV

8.5.1 Obvladovanje proizvodnje in izvedbe storitev

ZD planira in izvaja naslednje zdravstvene procese:

- Proces dela v ambulanti družinske medicine
- Proces dela v specialističnih ambulanti
- Proces dela v dispanzerju za ženske
- Proces dela v zobozdravstveni ambulanti
- Proces dela v šolski zobni ambulanti
- Proces dela v nujni medicinski pomoči in dežurni službi
- Proces dela v otroško šolskem dispanzerju
- Proces dela v dispanzerju za mentalno zdravje
- Proces dela v centru za krepitev zdravja
- Proces dela v fizioterapiji
- Proces dela v diagnostičnem laboratoriju
- Proces dela v patronažni službi
- Proces dela v referenčni ambulanti družinske medicine
- Proces dela v rentgenski službi
- Proces skupnostne psihiatrične obravnave

8.5.2 Identifikacija in sledljivost

V ZD zagotavljamo identifikacijo in sledljivost za proizvode in storitve glede na zahteve regulative in zakonodaje ter internih zahtev. Podrobneje je to opredeljeno v dokumentaciji SVK.

8.5.3 Lastnina odjemalcev

ZD skrbno ravna z lastnino uporabnikov zdravstvenih storitev (podatki iz zdravstvene dokumentacije, KZZ,…). Če pride do izgube ali poškodovanja lastnine odjemalcev, se ga o tem obvesti.

8.5.4 Ohranitev

Skladnost proizvodov (nabavni proizvodi) se ohranja z ustrezno hrambo, upoštevanjem rokov veljavnosti in uporabe (FEFO – prvi poteče prvi ven) ter z občasnimi nadzori nad hranjenimi proizvodi.

8.5.5 Aktivnosti po dostavi

Zagotavljamo zdravstveno obravnavo akutnim in kroničnim pacientom. V ZD predstavlja »Aktivnosti po dostavi« kontrolni, dodatni in ponovni pregledi.

Dokument je oblikovan računalniško. Na papir natisnjen dokument predstavlja kopijo. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvirni dokument (elektronska ali overjena pisna verzija), ki se nahaja v kadrovski službi.

8.5.6 Obvladovanje sprememb
SVK je postavljen tako, da so vse spremembe, ki bi lahko vplivale na realizacijo storitve (kakovost, količina, rok,..) odobrene od odgovorne osebe.

8.6 SPROSTITEV IZDELKOV IN STORITEV
Sprostitev storitev je opredeljena v procesih.

8.7. OBVLADOVANJE NESKLADNIH PROIZVODOV / STORITEV
ZD zagotavlja identifikacijo in obvladovanje proizvodov ter storitev, ki niso v skladu z zahtevami, da bi preprečil njihovo nenadzorovano uporabo in dostavo. Ukrepi za obvladovanje in z njim povezane odgovornosti in pooblastila za ravnanje z neskladnimi proizvodi ali storitvami so določeni v SPL OP 03 - Proces nadzorovanja, merjenja, analiz., vrednotenja in izboljševanja.

9 VREDNOTENJE IZVEDBE

9.1 ZADOVOLJSTVO ODJEMALCEV
ZD ugotavlja zadovoljstvo odjemalcev (pacientov in naročnikov storitev) ter zaposlenih in sicer 1-krat letno z ustreznimi anketnimi listi. Na osnovi izdelanih analiz direktor poslovno strokovnemu svetu predstavi rezultate ankete. Rezultati ankete, ki zadevajo zadovoljstvo pacientov, naročnikov storitev se obravnavajo tudi na vodstvenem pregledu. Na osnovi rezultatov analize ankete, direktor po potrebi določi ustrezne ukrepe za odpravo nezadovoljstva. Podrobneje je to področje opredeljeno v SPL OP 03 - Proces nadzorovanja, merjenja, analiz., vrednotenja in izboljševanja.

9.2 NOTRANJA PRESOJA
ZD izvaja notranje presoje v planiranih intervalih (najmanj 1-krat letno), da se ugotovi ali SVK:
- ustreza postavljenim zahtevam (standard ISO 9001 in dokumentacija SVK),
- poteka uspešno (izvajanje, vzdrževanje in izboljševanje SVK).

Podrobneje je to področje opredeljeno v SPL OP 03 - Proces nadzorovanja, merjenja, analiz., vrednotenja in izboljševanja.

9.3 VODSTVENI PREGLED
Vodstvo ZD pregleduje delovanje SVK na vodstvenem pregledu vsaj 1-krat letno, da zagotovi njegovo nenehno ustreznost, primernost in uspešnost. Pri pregledu ocenjuje možnosti za izboljšave in potrebo po spremembah SVK, vključno s politiko kakovosti in cilji kakovosti. Podrobneje je to opredeljeno v VOD OP 01 Vodenje.

10 IZBOLJŠEVANJE

10.1 NENEHNO IZBOLJŠEVANJE
ZD nenehno izboljšuje uspešnost SVK z izvajanjem:
- politike kakovosti in ciljev kakovosti,
- notranjih in zunanjih presoj SVK,
- analiziranja podatkov,
- izvajanjem ukrepov,
- koristnimi predlogi zaposlenih,
- obvladovanju tveganj,
- vodstvenih pregledov.

10.2 NESKLADNOST IN KOREKTIVNI UKREPI
ZD izvaja ukrepe, s katerimi odpravlja vzroke neskladnosti, da bi preprečil njihovo ponavljanje. Podrobneje je to področje opredeljeno v SPL OP 03 - Proces nadzorovanja, merjenja, analiz., vrednotenja in izboljševanja.

Dokument je oblikovan računalniško. Na papir natisnjen dokument predstavlja kopijo. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvirni dokument (elektronska ali overjena pisna verzija), ki se nahaja v kadrovski službi.