

	PROCEDURA ZSZ		ZSZ-5
	PRZEGLĄD ZARZĄDZANIA		Strona 1/3
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.2017	WYDANIE 1

1. CEL

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad przeprowadzenia przeglądu zarządzania zgodnie z pkt 9.3 normy ISO 9001:2015, ISO/IEC 27001:2013

2. OPIS PROCESU

2.1. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

2.1.1. Dyrektor odpowiada za:

- zatwierdzanie terminu i porządku przeglądu,
- prowadzenie przeglądu,
- zatwierdzenie protokołu z przeglądu.

2.1.2. PZJ odpowiada za:

- powiadomienie uczestników o przeglądzie,
- przedstawienie informacji,
- sporządzenie protokołu z przeglądu,
- nadzorowanie po przeglądowych działaniach korygujących i zapobiegawczych.

2.1.3. Uczestnicy przeglądu odpowiadają za merytoryczne przygotowanie informacji dotyczących nadzorowanego obszaru.

2.1.4. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz zespołów działających w ramach akredytacji odpowiadają za realizację działań korygujących i zapobiegawczych oraz innych wynikających z przeglądu w ich obszarze działania.

2.2. PRZEBIEG PROCESU

2.2.1. Planowanie i przygotowanie przeglądu

1. Przegląd zarządzania planowany jest nie rzadziej niż raz w roku i obejmuje okres jednego roku.
2. Na wniosek PZJ, Dyrektor Szpitala może podjąć decyzję o dodatkowym przeglądzie wybranego obszaru zarządzania.
3. Wszyscy uczestnicy przeglądu informowani są o terminie i miejscu przeglądu przez PZJ .
4. Termin przeglądu proponuje PZJ a zatwierdza Dyrektor Szpitala.
5. Na wniosek PZJ, uczestnicy przeglądu, po powiadomieniu zobowiązani są przygotować informacje w postaci raportów.
6. Raporty mają być składane PZJ w wersji elektronicznej .
7. Raport zbiorczy przygotowuje PZJ w formie elektronicznej i papierowej zgodnie z pkt 9.3.2 normy ISO 9001:2015 i pkt 9.3 normy ISO 27001:2013.
8. Raport zbiorczy PZJ zatwierdzany jest przez Dyrektora szpitala.
9. W przeglądzie mogą uczestniczyć inne osoby zaproszone przez Dyrektora Szpitala lub PZJ.

2.2.2. Przebieg przeglądu.

1. Prowadzącym przegląd jest Dyrektor Szpitala.
2. PZJ przedstawia raport z funkcjonowania ZSZ, a uczestnicy omawiają funkcjonowanie ZSZ w obszarze swojej odpowiedzialności.

2017-05-29

12:01:20

Aktualne w momencie edycji.

	PROCEDURA ZSZ		ZSZ-5
	PRZEGLĄD ZARZĄDZANIA		Strona 2/3
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.2017	WYDANIE 1

3. Prowadzący może zażądać uzupełnienia informacji i wyjaśnień.
4. W dyskusji oceniana jest skuteczność i przydatność Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
5. Wynikiem przeglądu są decyzje jako dane wyjściowe zgodnie z pkt 9.3.3 normy ISO 9001:2015 i pkt 9.3 normy ISO 27001:2013 , podlegają udokumentowaniu w protokole z przeglądu.

2.2.3. Dokumentacja przeglądu.

1. Dokumentację przeglądu zarządzania stanowią:
 - protokół z przeglądu sporządzony przez PZJ i zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala,
 - raport przygotowany przez PZJ wraz z raportami uczestników przeglądu.
2. Oryginały dokumentacji przeglądu zarządzania, przechowuje PZJ.

2.2.4. Działania po przeglądowe.

1. Działania korygujące lub zapobiegawcze określone podczas przeglądu, są precyzowane przez Kierowników odpowiedzialnych komórek organizacyjnych przy współudziale PZJ.
2. Zmiany w dokumentacji systemowej opracowuje PZJ, a zatwierdza Dyrektor Szpitala.
3. Nadzór nad realizacją działań korygujących lub zapobiegawczych pełni PZJ.

3. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

PZJ - Pełnomocnik ds. Jakości.

ZSZ – Zintegrowany System Zarządzania wg norm ISO 9001:2015, ISO/IEC 27001:2013.

KO – Komórka organizacyjna Szpitala.

KKO - Kierownik KO

Przeгляд zarządzania – przeprowadzana przez najwyższe kierownictwo, formalna i planowa ocena funkcjonowania i skuteczności systemu zarządzania.

Najwyższe Kierownictwa- osoba lub grupa osób, które na najwyższym szczeblu kierują organizacją i ją nadzorują w skład której wchodzi : Dyrektor Szpitala, Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, Główny Księgowy i Pełnomocnik ds. Jakości

Szpital – Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

Standardy akredytacyjne – dokumentacja opisująca standardy według wymogów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. „O akredytacji w służbie zdrowia” (Dz.U. 2009 Nr 52 poz.418 z późniejszymi zmianami), będąca elementem ZSZJiZS Szpitala

4. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

- Księga Jakości ZSZJiZS
- Procedury systemowe ZSZJiZS
- Standardy akredytacyjne obowiązujące w szpitalu

5. ZAŁĄCZNIKI


- brak

2017-05-29

12:01:20

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością SPZOZ Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu. Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.

	PROCEDURA ZSZ		ZSZ-5
	PRZEGLĄD ZARZĄDZANIA		Strona 3/3
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.2017	WYDANIE 1

6. Spis treści, Karta zmian, Zatwierdzenia.

Spis treści

1. Cel.....	str 1
2. Opis procesu	str 2
3. Terminologia i skróty	str 2
4. Dokumenty związane	str 2
5. Załączniki	str 2
6. Spis treści, Karta zmian, Zatwierdzenia	str 3

Karta zmian

Nr zmiany	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora zmiany
	Punktu Podpunktu rozdziału	Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr			

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracował	Grzegorz Bula PZJ	01.06.2017	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Maria Kroll auditor	01.06.2017	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Ryszard Rudnik DN	01.06.2017	<i>Podpis nieczytelny</i>

2017-05-29

12:01:20

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością SPZOZ Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu. Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.