

	Јавна здравствена установа Болница „Свети Врачеви“ Бијељина, Српске војске 53	ПР-10-014
Поступак планирања и спровођења интерних провјера		
Страна 1 од 8	Издање: 6	Важи од: 2025-07-10
Одобрио др Цвијетин Лукић помоћник директора		Копија број оригинал

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет процедуре

Овом процедуром прописује се управљање програмом провјере и процес планирања, припреме и спровођења интерне провјере и извјештавања о резултатима интерне провјере у Јавној здравственој установи Болница „Свети Врачеви“ Бијељина (у даљем тексту: Болница).

1.2 Подручје примјене

Процедура се примјењује код свих интерних провјера у организацији, без обзира на предмет провјере, мјесто спровођења, врсту процеса који се провјерава (медицински, или немедицински) и разлог за спровођење.

1.3 Надлежности за примјену

За досљедну примјену ове процедуре надлежан је помоћник директора. Процедuru примјењује руководилац Службе за континуирано унапређење квалитета и интерни провјеравачи. Ову процедуру морају познавати и поштовати сви запослени у Болници Бијељина.

1.4 Искључења

Процедура се не односи на провјеру клиничких поступака (clinical audits).

2. ВЕЗА С ДРУГИМ ДОКУМЕНТИМА

2.1 Референтни документи

- Стандард ISO 19011: Смјернице за провјеравање система менаџмента важеће издање.

2.2 Остали документи

- ПР-10-005: Поступак планирања.
- ПР-10-012: Поступак спровођења корективних мјера.
- ПР-10-020: Поступак спровођења превентивних мјера.
- ПР-10-021: Управљање ризиком.

3. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

3.1 Термини

- **Интерна провјера:** систематичан, независан и документован процес за добијање објективних доказа и њихово објективно вредновање да би се утврдио степен до којег су испуњени критеријуми провјере;
- **Критеријуми провјере:** скуп који чини политике, процедуре или захтјеви као референца са којом се упоређују објективни докази;
- **Програм провјере:** скуп једне или више провјера, које су планиране за специфични временски период и усмјерене су ка специфичној сврси;
- **План провјере:** опис активности и распоред рада током провјере;
- **Доказ провјере:** записи, изјаве о чињеницама или друге информације које су релевантне за критеријуме провјере и које се могу верификовати;

Болница Бијељина	Страна 2 од 8	Издање:	Важи од:	ПР-10-014
		6	2025-07-10	

- **Налази провјере:** резултати вредновања прикупљених доказа провјере у односу на критеријуме провјере. Напомена: налази провјере могу да указују на усаглашеност (испуњеност захтјева) или неусаглашеност (неиспуњеност захтјева);
- **Закључак провјере:** исход провјере после разматрања циљева провјере и свих налаза провјере;
- **Следљивост:** могућност да се прате историјат, примјена или локација предмета разматрања;
- **Подручје провјере:** опис обима и граница провјере (мјесто провјеравања/локација, организационе јединице, активности и процеси, временски период);
- **Компетентност:** доказана способност да се примјени знање и вјештина.

3.2 Скраћенице

Нема.

4. ОПИС ПОСТУПКА (ПРОЦЕСА)

Планирање и спровођење провјера обухвата сљедеће групе активности:

- Припрема програма провјере: ОБ-10-297: *Годишњи план интерних провјера.*
- Покретање провјере: ОБ-10-298: *Налог за интерну провјеру.*
- Обавјештење: ОБ-10-299: *Обавјештење о интерној провјери.*
- Припрема за провјеру: ОБ-10-300: *План интерне провјере.*
- Спровођење провјере.
- Извјештавање о провјери.
- Организовање и спровођење корективних и превентивних мјера и мјера побољшања.

4.1 Планирање интерне провјере

Годишњи програм интерних провјера система менаџмента припрема руководиоца Службе за континуирано унапређење квалитета, а усваја га руководство, у оквиру редовног годишњег планирања активности у складу са ПР-10-005: *Поступак планирања.* За планирање интерне провјере користи се образац ОБ-10-297: *Годишњи план интерних провјера.* Редовне интерне провјере обухватају све цјелине, функције и све елементе система менаџмента и система квалитета на годишњем нивоу. Интерне провјере се планирају тако да се на годишњем нивоу обухвате сви примјенљиви захтјеви стандарда који се користе у Болници. За стандарде за сертификацију и акредитацију болница, поред осталог, провјера обухвата и сљедеће:

- управљање установом и њеним организационим цјелинама,
- квалитет пружених услуга и задовољство пацијената,
- мјере заштите животне средине,
- мјере безбједности и заштите здравља пацијената, особља и посјетилаца,
- мјере безбједности хране,
- мјере безбједности и сигурности информација,
- мјере управљања финансијама.

Годишњи план провјера, поред интерних, обухвата и друге провјере и верификације које треба да се спроведу у току године, као што су провјере које обављају сертификационо и акредитационо тијело (оцјењивања и надзори). Провјере се планирају на основу стања и значаја активности које ће се провјеравати, на основу историјата ранијих провјера, одлука руководног тима, плана развоја, те на основу свих других информација које могу помоћи да се боље испуни сврха провјера. Приликом планирања обима провјере, узима се у обзир: комплексност подручја провјере, врсте ризика и прилика, и ниво зрелости система менаџмента. Када се припрема програм провјере, разматрају се ризици и прилике у вези са:

Болница Бијељина	Страна 3 од 8	Издање:	Важи од:	ПР-10-014
		6	2025-07-10	

- циљевима провјера, обим, број, трајање, локације и распоред провјера,
- ресурсима (довољно вријеме, обуке),
- компетентношћу тима за провјеру,
- комуницирањем,
- координацијом провјера у оквиру програма провјера,
- управљањем документованим информацијама,
- праћењем, преиспитивањем и побољшавањем програма провјере,
- сарадња представника подручја провјере и доступност доказа који се узоркују.

Ризици и прилике се разматрају у складу са процедуром ПР-10-021: *Управљање ризиком*.

4.1.1 Ванредне интерне провјере

Ванредне провјере су провјере по посебном захтјеву, у случају када постоји посебна околност која захтјева обављање интерне провјере: учестали приговори и жалбе, промјене у систему менаџмента, значајне промјене у структури запослених, организационој структури, промјене у захтјевима, проблеми у раду и функционисању система менаџмента, ванредне ситуације, акциденти и слично. Могу да обухвате систем менаџмента у цјелини, или само неки од сегмената. *Захтјев за ванредну интерну провјеру* може да поднесе сваки члан руководства, у складу са својим надлежностима. Ванредне интерне провјере одобравају директор и помоћници директора.

4.4 Покретање провјере

Конкретну провјеру покреће руководиоца Службе за континуирано унапређење квалитета на основу годишњег плана, или одобреног захтјева за ванредну проверу. Прије покретања провјере, руководиоца Службе за континуирано унапређење квалитета утврђује да ли су поједини чланови тима провјеравача и руководиоци провјераваних организационих цјелина расположиви у планираном термину провјере и с њима усклађује тачан термин. Провјера се покреће издавањем обавјештења - образац ОБ-10-299: *Обавјештење о интерној провјери* и налога - образац ОБ-10-298: *Налог за интерну провјеру* у којем се наводи:

- циљ провјере (шта је потребно утврдити провјером),
- обим провјере (елементи система менаџмента и система квалитета и организационе јединице),
- термин провјере,
- критеријуми по којима се спроводи провјера (стандарди, интерна документа),
- вођа тима и чланови тима,
- обавезе чланова тима провјеравача.

Налог се доставља свим члановима тима провјеравача.

4.5 Припрема провјере

4.5.1 Опште

Припрема провјере обухвата:

- припрему докумената за спровођење провјере,
- проучавање и преглед докумената (укључујући записе), који се односе на провјеравано подручје.

4.5.2 Тим провјеравача

Провјеру спроводи компетентни тим провјеравача на челу с вођом тима. Чланове тима именује руководиоца Службе за континуирано унапређење квалитета. Приликом именовања чланова тима за провјеру, узимају се у обзир следећи фактори:

Болница Бијељина	Страна 4 од 8	Издање:	Важи од:	ПР-10-014
		6	2025-07-10	

- потреба да учествују провјеравачи одговарајуће струке за подручја која се провјеравају,
- оспособљеност за спровођење интерне провјере (интерну провјеру могу спроводити само лица која су положила обуку према одговарајућем програму, осим за стандарде за сертификацију и акредитацију болница),
- квалификације и искуство,
- независност провјеравача у односу на провјеравано подручје (нико не може да провјерава подручје за које је надлежан),
- циљ и обим провјере.

4.5.2.1 Сви провјеравачи имају обавезу да:

- припреме личне планове рада и контролне листе,
- обаве провјеру у подручју које им је додијељено планом провјере,
- прикупе доказе провјере,
- ускладе свој рад током извођења провјере са смјерницама у овој процедури,
- провјераваним организационим цјелинама и лицима саопште и разјасне захтјеве за провјеру,
- благовремено извијесте о резултатима провјере,
- чувају и штите документа и податке који се односе на провјеру,
- сарађују с другим члановима тима за провјеру и пружају им подршку у раду.

4.5.2.2 Вођа тима провјеравача има још и сљедеће обавезе:

- припрема план провјере,
- координира активности на припреми и спровођењу провјере,
- припрема и води уводни и завршни састанак с представницима провјераваних подручја,
- води радне састанке током провјере,
- рјешава спорне ситуације приликом утврђивања неусаглашености,
- припрема извјештај о спроведеној провјери.

4.5.3 Документа за спровођење провјере

По добијању *Налога за провјеру*, вођа тима провјеривача припрема план провјере и обавјештење за све учеснике у провјери. Такође, организује припрему тима провјеривача и осигурава да сваки провјеравач изради лични план провјере и контролну листу питања (подсјетник) за спровођење провјере. План провјере израђује се на обрасцу ОБ-10-300: *План интерне провјере* и садржи:

- термине одржавања уводног и завршног састанка с руководством провјераваног подручја и термине састанака тима провјеривача,
- елементе провјере по појединим подручјима,
- распоред и трајање активности за вријеме провјере (по организационим јединицама и по провјеривачима).

Да би се обезбиједило ефикасно спровођење провјере, вођа тима усаглашава термине с руководиоцима организационих јединица гдје се обавља провјера. На основу *Плана интерне провјере* сваки провјеривач припрема лични план рада који обухвата активности које треба да се спроведу у току провјере:

- одакле почиње провјера,
- с ким се разговара и о чему,
- који се елементи/захтјеви провјеравају у конкретном подручју,
- која се документа прегледају,

Болница Бијељина	Страна 5 од 8	Издање:	Важи од:	ПР-10-014
		6	2025-07-10	

- колико траје свака активност провјере.

Лични план провјере припрема се у слободној форми, која одговара провјеривачу. Сваки провјеривач припрема листу за провјеру коју користи за прибављање доказа провјере и за дефинисање налаза провјере. Форма листе за провјеру треба да одговара стилу рада провјеривача. Може да садржи питања и/или доказе који се траже у провјери. Може да буде у форми табеле, дијаграма, или други формат који је погодан за провјеру. Најбоља пракса је да се приликом дефинисања листе за провјеру, наведу и одговарајући критеријуми за провјеру, што олакшава дефинисање налаза.

Питања се постављају према следећем принципу: “Да ли...?” “Ко...?” “Шта...?” “Када...?” “Како...?” “Зашто...?” “Гдје...?” “Покажите ми...!” “Шта ако...?”.

4.5.4 Преглед докумената који се односе на провјеровано подручје

Након расподјеле задатака, тим за провјеру проучава:

- захтјеве референтних стандарда,
- документа система менаџмента и система квалитета,
- законе и прописе који регулишу рад у провјераваном подручју,
- извјештаје претходних интерних провјера,
- доступне записе у вези с подручјима која се провјеравају.

Циљ је да се тим упозна са свим детаљима који су у вези с предметом провјере. Уколико се током прегледа докумената утврде налази провјере, они се одмах забиљеже. Такође, биљеже се и трагови који треба да се прате у току провјере.

4.6 Спровођење интерне провјере

Спровођење интерне провјере обухвата следеће активности:

- уводни састанак,
- провјеравање – прикупљање доказа провјере,
- састанке тима,
- завршни састанак.

4.6.1 Уводни састанак

Провјера почиње уводним састанком тима за провјеру с представницима провјераваног подручја. Сврха овога састанка је разматрање, дефинисање и разјашњавање следећих елемената:

- циља и обима провјере,
- плана провјере,
- метода и поступака провјере,
- одређивање пратилаца провјеривачима,
- обезбјеђење просторије за рад тима,
- потврђивање термина завршног састанка.

Напомена: Уколико постоји потреба да се план провјере измијени у току самог спровођења провјере, то се обавља уз сагласност тима и руководства провјераваног подручја.

Уводни састанак одржава се када се обавља прва интерна провјера, када се тим за провјеру и провјеравани међусобно не познају, или када је због специфичности захтјева провјере потребно разјаснити одређене детаље. О потреби одржавања уводног састанка одлучује се у фази припреме плана провјере. Састанак води вођа тима провјеривача.

Болница Бијељина	Страна 6 од 8	Издање:	Важи од:	ПР-10-014
		6	2025-07-10	

4.6.2 Провјеравање

Провјеравањем се прикупљају налази провјере (објективни докази о функционисању система менаџмента и система квалитета), што се обавља кроз:

- разговоре (интервјуе),
- преглед докумената,
- посматрањем активности и услова у подручју које се провјерава.

За вријеме провјере, провјеривачи настоје да што мање ометају редовне активности у процесу рада, обавезни су да поштују све прописане заштитне мјере (хигијенске, епидемиолошке, физичко-техничке, против-пожарне и друге). Уколико је за улаз у неко подручје неопходна заштитна опрема, провјеривач ће од руководиоца провјераваног подручја тражити да му се таква опрема обезбиједи.

Напомена: По правилу, унутар провјераваног подручја провјеривач се креће уз пратиоца, којег одреди руководиоца тог подручја. Одступање од овога мора се документовати у налазима провјере.

Сви налази провјере документују се на обрасцу ОБ-10-301: *Евиденција налаза интерне провјере*. Налази могу да указују на усаглашеност или неусаглашеност у односу на критеријуме провјере, а провјеривач има право и обавезу да документује и могућности за побољшање. Налази провјере документују се уз навођење доказа (ознака документа, идентификација (ознака) пацијента/медицинске документације, ознака апарата, име особе с којом је обављен разговор итд). Налази провјере који указују на повећани ризик за настанак грешке или другог одступања, али не постоје објективни докази за дефинисање неусаглашености, биљеже се као запажања. Изјава о неусаглашености садржи опис неусаглашености, објективни доказ који потврђује неусаглашеност и захтјев/критеријум провјере у односу на који је неусаглашеност утврђена.

4.6.3 Састанци тима провјеравача

У току спровођења провјере, тим одржава састанке на којима анализира утврђене налазе провјере и договара се око преосталих активности. Састанке води вођа тима. Тим се обавезно састаје прије завршног састанка с руководством подручја које је било предмет провјере. На овом састанку сумирају се укупни резултати провјере, одређује се који ће се налази класификовати као неусаглашеност и утврђује се начин и ток излагања на завршном састанку. Такође, припрема се нацрт извјештаја о провјери.

4.6.4 Завршни састанак

Провјера се завршава састанком тима провјеривача с представницима провјераваног подручја/организационих јединица. Циљ овога састанка је да се налази провјере прикажу руководству и да се омогући да оно да своје коментаре. Запажања се износе по редослиједу значаја. Завршни састанак води вођа тима. Састанак има сљедећи дневни ред:

- разјашњавање сврхе састанка,
- изношење ограничења у провјери, ако их је било,
- приказивање налаза провјере и упућивање на корективне мјере,
- разно (питања и разјашњења).

4.7 Извјештавање о провјери

Вођа тима за провјеру одговоран је да најкасније седам дана од датума завршног састанка припреми извјештај о интерној провјери и достави га руководиоцу Службе за континуирано унапређење квалитета. Извјештај приказује налазе спроведене интерне провјере и посебно специфицира утврђене неусаглашености. Извјештај о интерној провјери израђује се на обрасцу ОБ-10-302: *Извјештај о интерној провјери*. У извјештају, вођа тима обавезно наводи

Болница Бијељина	Страна 7 од 8	Издање:	Важи од:	ПР-10-014
		6	2025-07-10	

сумарну оцјену о томе, да ли је систем менаџмента и систем квалитета у примјени и да ли је ефективан (да ли се његовом примјеном постижу утврђени циљеви). Стручни сарадник за квалитет води регистар корективних и превентивних мјера на обрасцу *ОБ-10-293: План/регистар неусаглашености, корективних и превентивних мјера*.

4.8 Организовање и спровођење корективних и превентивних мјера

Мјере се организују и спроводе у складу с процедурама ПР-10-012: *Поступак спровођења корективних мјера* (тачке 4.4 и 4.5) и ПР-10-020: *Поступак спровођења превентивних мјера*.

5. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

5.1 Прилози

- Нема.

5.2 Обрасци

- ОБ-10-297: Годишњи план интерних провјера.
- ОБ-10-298: Налог за интерну провјеру.
- ОБ-10-299: Обавјештење о интерној провјери.
- ОБ-10-300: План интерне провјере.
- ОБ-10-301: Евиденција налаза провјере.
- ОБ-10-302: Извјештај о интерној провјери.
- ОБ-10-293: План/ регистар неусаглашености/ корективних и превентивних мјера.

6. ЗАПИСИ

Табела 1:

Назив документа	Ознака обрасца	Документ формира	Број примјерака	Рок чувања	Мјесто чувања	Евидентирање
Годишњи план интерних провјера	ОБ-10-297	Стручни сарадник за квалитет	1	1 година	Архива стручног сарадника за квалитет	Протокол установе.
Налог за интерну провјеру	ОБ-10-298	Руководилац Службе за континуирано унапређење квалитета	2	1 година	Архива стручног сарадника за квалитет и архива организационе јединице	Протокол СКУК - а
План интерне провјере	ОБ-10-300	Вођа тима за провјеру	2	1 година	Архива стручног сарадника за квалитет и архива организационе јединице	Протокол СКУК -а
Обавјештење о провјери	ОБ-10-299	Стручни сарадници за квалитет	2	1 година	Архива стручног сарадника за квалитет и архива организационе јединице	Протокол СКУК - а
Евиденција налаза провјере	ОБ-10-301	Тим за провјеру	1	1 година	Архива стручног сарадника за квалитет	Не.
Извештај о интерној провјери	ОБ-10-302	Вођа тима за провјеру	2	1 година	Архива стручног сарадника за квалитет и архива организационе јединице	Протокол СКУК - а.

Болница Бијељина	Страна 8 од 8	Издање:	Важи од:	ПР-10-014
		6	2025-07-10	

Назив документа	Ознака обрасца	Документ формира	Врој примјерака	Рок чувања	Мјесто чувања	Евидентирање
План/регистар неусаглашености корективних и превентивних мјера	ОБ-10-293	Руководилац Службе за континуирано унапређење квалитета Сви руководиоци организационих јединица	1	трајно	Архива СКУК -а и руководиоца организационе јединице	Протокол Службе за континуирано унапређење квалитета

