



**KJU "GERONTOLOŠKI CENTAR"  
SARAJEVO**

**POSLOVNIK O KVALITETU  
Izdanje 9  
GC-QM-01**

**Broj:18-04-1803/24**

**SARAJEVO, 16.05.2024. godine**

Originalni dokument



## SADRŽAJ POSLOVNIKA

Zahtjev standarda	Naziv	Strana
	Područje primjene i organizacija poslovnika	4
	Osnovni podaci o ustanovi	5
4	Kontekst organizacije	7
4.1	Razumijevanje organizacije i njenog konteksta	7
4.2	Razumjevanje potreba i očekivanja zainteresovanih strana	9
4.3	Utvrđivanje predmeta i područja primjene sistema upravljanja kvalitetom	10
4.4	Sistem upravljanja kvalitetom	10
<b>5</b>	<b>Liderstvo</b>	13
5.1	Liderstvo i posvećenost	13
5.1.1	Opšte odredbe	13
5.1.2	Fokusiranje na korisnika	14
5.2	Politika	15
5.2.1	Uspostavljanje politike kvaliteta	15
5.2.2	Komuniciranje o politici kvaliteta	15
5.3	Organizacione uloge, odgovornosti i ovlašćenja	15
<b>6</b>	<b>Planiranje</b>	16
6.1	Mjere koje se odnose na rizike i prilike	16
6.2	Ciljevi kvaliteta i planiranje njihovog ostvarivanja	16
6.3	Planiranje izmjena	17
<b>7</b>	<b>Podrška</b>	17
7.1	Resursi	17
7.1.1	Opšte	17
7.1.2	Ljudi	17
7.1.3	Infrastruktura	17
7.1.4	Okruženje i funkcionisanje procesa	18
7.1.5	Resursi za praćenje i mjerenje	18
7.1.6	Znanje organizacije	18
7.2	Kompetentnost	19
7.3	Svijest	19
7.4	Komuniciranje	19
7.5	Dokumentovane informacije	20
7.5.1	Opšte	20
7.5.2	Kreiranje i ažuriranje	20
7.5.3	Upravljanje dokumentovanim informacijama	21



<b>8</b>	<b>Funkcionisanje organizacije</b>	23
8.1	Planiranje i upravljanje funkcionisanjem organizacije	23
8.2	Utvrđivanje zahtjeva za usluge	23
8.2.1	Komuniciranje sa korisnicima	23
8.2.2	Utvrđivanje zahtjeva koji se odnose na usluge	23
8.2.3	Preispitivanje zahtjeva koji se odnose na usluge	24
8.3	Projektovanje i razvoj proizvoda i usluga	24
8.4	Upravljanje proizvodima i uslugama koji su obezbjeđeni od eksternih izvora	24
8.4.1	Opšte	24
8.4.2	Vrsta i obim upravljanja	24
8.4.3	Informacije za eksterne isporučioce	25
8.5	Proizvodnja i pružanje usluga	26
8.5.1	Upravljanje uslugama u skladu sa potrebama, zahtjevima i očekivanjima korisnika	26
8.5.2	Identifikacija i sljedljivost	28
8.5.3	Imovina koja pripada korisnicima ili eksternim isporučiocima	28
8.5.4	Očuvanje	29
8.5.5	Aktivnosti nakon pruženih usluga	29
8.5.6	Upravljanje izmjenama	29
8.6	Kontrola i odobravanje kvaliteta pruženih usluga	30
8.7	Upravljanje neusaglašenim uslugama	30
<b>9</b>	<b>Vrednovanje performansi</b>	31
9.1	Praćenje, mjerenje, analiza i vrednovanje	31
9.1.1	Opšte	31
9.1.2	Zadovoljstvo korisnika	32
9.1.3	Analiza i vrednovanje	33
9.2	Interna provjera	33
9.3	Preispitivanje od strane rukovodstva	34
9.3.1	Opšte	34
9.3.2	Ulazni elementi za preispitivanje od strane rukovodstva	34
9.3.3	Izlazni elementi za preispitivanje od strane rukovodstva	35
<b>10</b>	<b>Poboljšavanje</b>	35
10.1	Opšte	35
10.2	Neusaglašenost i korektivna mjera	35
10.3	Stalno poboljšavanje	35





## OSNOVNI PODACI O USTANOVU

Kantonalna javna ustanova „Gerontološki centar“ Sarajevo je javna ustanova socijalne zaštite, koja se teoretski i praktično bavi problemima starenja i starosti, te zavisno od potreba starih, hronično bolesnih, invalidnih, iznemoglih i drugih osoba koje nisu u stanju da se same o sebi staraju, obavlja socijalnu, zdravstvenu i servisnu djelatnost, primjenom institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika zaštite.

Ustanova je osnovana 1952. godine kao „Dom za stara i iznemogla lica“ i od tada u kontinuitetu pruža svoje usluge. Od 1976. do 1978. godine trajala je izgradnja novog objekta, današnja faza A. Dom je promijenio adresu i naziv u „Centar za zaštitu starih lica“ Sarajevo, i proglašen je institucijom od posebnog interesa za Grad Sarajevo.

Kasnije se osniva posebna organizaciona jedinica Ustanove– Prihvatište za punoljetna lica, čime „Centar za zaštitu starih lica“ proširuje svoju djelatnost. Prihvatna stanica počela je sa radom u februaru mjesecu 1984. godine. Objekat je zadržao svoju namjenu do danas, s tim da je namjena proširena zbrinjavanjem lica u stanju socijalne potrebe.

Od 1985. do 1987. godine izvršena je izgradnja ranije planiranog objekta (sadašnji „B“ objekat) pod nazivom „Centar za zaštitu starih lica“. U godinama koje slijede Ustanova je spojena sa RO „Centar za kućnu njegu i pomoć“.

U 1994. godini organizovan je i rad vaninstitucionalnog oblika zaštite korisnika – kućna njega, kojom je u ovom periodu obuhvaćeno 10 najugroženijih lica.

U periodu od 1996. do 1999. godine vršena je rekonstrukcija pojedinih odjeljenja, tako da je na kraju rekonstrukcije i dogradnje Ustanova raspolagala sa smještajnim kapacitetima od 320 mjesta. Skupština Kantona Sarajevo je 1997. godine preuzela prava osnivača, a 2006. godine, donosi odluku o osnivanju KJU „Gerontološki centar“ Sarajevo. Ustanova zvanično mijenja naziv i od 16.7.2007. godine nastavlja sa radom kao KJU „Gerontološki centar“ Sarajevo sa trenutnim smještajnim kapacitetima za 342 korisnika.

Sjedište ustanove se nalazi u jugozapadnom dijelu Sarajeva, u naselju Nedžarići na području Općine Novi Grad, ulica Aleja Bosne srebrene broj 7.

Gerontološki centar svoju djelatnost provodi kroz osam (8) službi i to:

- Služba pravnih i općih poslova;
- Služba materijalno-finansijskih i računovodstvenih poslova;
- Služba socijalnog rada;
- Služba zdravstvene njege i rehabilitacije;
- Služba ishrane;
- Služba servisnih usluga;
- Služba za edukaciju, plan i analizu;
- Unutrašnja služba zaštite.

U okviru Službi obavljaju se poslovi i zadaci socijalne zaštite sa smještajem i bez smještaja i pružaju usluge:

- domskog smještaja,
- kućne njege i pomoći u kući,
- centra za dnevni boravak,
- prihvatilišta za punoljetna lica u stanju socijalne potrebe,



- poslovi rehabilitacije, resocijalizacije i reintegracije korisnika usluga,
- pruža stručna i savjetodavna pomoć starim i drugim osobama u stanju socijalne potrebe.



Slika 1. Gerontološki centar, ulaz



## **4. KONTEKST ORGANIZACIJE**

### **4.1. Razumijevanje organizacije i njenog konteksta**

Gerontološki centar je Kantonalna javna ustanova koja se teorijski i praktično bavi problemima starenja i starosti, te u tom smislu pruža starim, hronično bolesnim, invalidnim, iznemoglim i drugim osobama socijalne, zdravstvene i servisne usluge primjenom institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika zaštite.

U Gerontološkom centru se planiraju i provode stručni poslovi rehabilitacije, resocijalizacije i reintegracije korisnika usluga i preduzimaju mjere organizacije što kvalitetnijeg života u starosti.

Gerontološki centar, kao javna ustanova socijalne zaštite, svoju djelatnost obavlja primjenom institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika zaštite pružajući sljedeće usluge:

- a) usluge smještaja, u okviru kojih se u smještajnim kapacitetima korisnicima obezbjeđuje potpuno zbrinjavanje i organizovana, sveobuhvatna briga i pružaju socijalne, zdravstvene i servisne usluge (smještaj, ishrana, zdravstvena zaštita putem zdravstvenih ustanova i zdravstvena njega, lična i opća higijena, stručni tretman, organizacija slobodnog vremena i odmora, rekreativne i druge aktivnosti),
- b) usluge dnevnog ili poludnevnog boravka, u okviru kojih se korisnicima putem Centra za dnevni boravak, uz minimalnu naknadu obezbjeđuje ishrana (ručak, topli napitak), stručna pomoć, servisne usluge (pranje i peglanje veša), održavanje lične higijene (kupanje, šišanje, brijanje), te organizuje slobodno vrijeme, odmor, rekreaciju, kulturno-zabavne i druge aktivnosti,
- c) usluge kućne njege i pomoći u kući, u okviru kojih se korisnicima u njihovom domu pružaju usluge zdravstvene njege, lične higijene, pomoći u ishrani i nabavci, te pomoć u obavljanju kućnih i drugih poslova,
- d) u zasebnom objektu – prihvatilištu, prihvat, odnosno privremeno zbrinjavanje, ishrana, zdravstvena njega, usluge stručnog rada i druge usluge, punoljetnim osobama u stnju socijalne potrebe na području KS
- e) planiranje i provođenje stručnih poslova rehabilitacije, resocijalizacije i reintegracije korisnika usluga, u okviru kojih se obavlja stručni, savjetodavni, edukativni i analitički rad, odnosno pruža stručna i savjetodavna pomoć korisnicima, obavlja edukativni rad i vrše različite analize u oblasti gerontologije u cilju poduzimanja odgovarajućih mjera za unapređenje života u starosti.

Rukovodstvo Ustanove je definisalo strateški pravac razvoja, uzimajući u obzir sva eksterna i interna pitanja koja utiču na poslovanje.

Osnovna djelatnost Ustanove je je socijalna zaštita i njega starih i drugih osoba sa smještajem i bez smještaja.

#### **Interni kontekst Ustanove**

Gerontološki centar u svojim smještajnim kapacitetima, obezbjeđuje potpuno zbrinjavanje i organizovanu, sveobuhvatnu brigu o starim osobama, koje zahtijevaju pojačanu brigu i njegu i za koje je smještaj neophodan, kao jedini način rješavanja i zadovoljavanja njihovih osnovnih životnih potreba.

Smještajni kapacitet čini kompleks objekata, koji obuhvata dva objekta sa ukupno devet spratova, koji su povezani i čine građevinsku cjelinu sa ostalim objektima: kuhinja sa restoranskom salom, namjenski izgrađen objekat za dnevni boravak (klub) sa pratećim sadržajima, objekat sa recepcijom, prostorijama za fizikalnu i radnu terapiju, frizerajem-brijačnicom, bifeom i velikom podrumskim prostorom u kome



je smješten vešeraj, kotlovnica za zagrijavanje objekata sa podstanicom za zagrijavanje sanitarne vode, atomsko sklonište, magacini i mrtvačnica. Oba objekta namijenjena za smještaj korisnika imaju ugrađene liftove, tako da su svi spratovi dostupni i invalidnim osobama.

Gerontološki centar raspolaže sa 163 sobe sa kupatilom, koje se prema razmještaju korisnika koriste kao jednokrevetne, dvokrevetne i višekrevetne. Na svakom spratu nalazi se opremljen prostor (dnevni boravak), namijenjen za zajednički boravak i druženje korisnika.

Prihvatište za punoljetna lica u stanju socijalne potrebe organizovano je u zasebnom, montažnom objektu, smještenom u dvorišnom prostoru Ustanove, sa osnovnim ciljem sprječavanja i suzbijanja prosjačenja i skitnje na području Kantona Sarajevo, kao i prihvata i privremenog zbrinjavanja osoba koje su se našle u stanju socijalne potrebe.

Kapacitet objekta Prihvatišta je 25 mjesta i njegova popunjenost i iskorištenost direktno ovisi od aktivnosti MUP-a Kantona Sarajevo i nadležnih Centara za socijalni rad, uz čiju koordinaciju se obavljaju poslovi prijema u Prihvatišta.

Usluge Prihvatišta pružaju se licima koja su se zatekla u skitnji i prosjačenju na području Kantona Sarajevo, kao i licima koja su se iz bilo kojih razloga našla u stanju socijalne potrebe. Ovim licima se pružaju usluge prihvata, privremenog smještaja, ishrane i higijenske obrade.

Trenutni kapaciteti su u skladu sa potrebama organizacije.

Organizaciona struktura Ustanove je postavljena funkcionalno, racionalno i fleksibilno, kako bi se obezbjedila maksimalna efikasnost i efektivnost poslovnog sistema.

Organizaciona struktura je prikazana organizacionom šemom, koja se nalazi u prilogu ovog poslovnika. Organizacione uloge, odgovornosti i ovlaštenja su definisana u internim aktima organizacije: pravilnikom o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji i sistematizaciji radnih mjesta.

Ustanova zapošljava ukupno 108 zaposlenih na neodređeno vrijeme, a po potrebi angažuje dodatno stručno osoblje po ugovoru o povremenim i privremenim poslovima. Uprava putem Zavoda za zapošljavanje, zapošljava dodatno osoblje na određeni period. Svi neophodni dokumenti zaposlenih, u skladu sa zakonskom regulativom, čuvaju se u dosijeima zaposlenih.

Rukovodstvo Ustanove se obavezalo za poštivanje mjera zaštite na radu koji su predviđeni zakonom.

Prostorije Ustanove su tako koncipirane i uređene, da u potpunosti odgovaraju namjeni i potrebama korisnika usluga, osoblju, procesima tj. radnim aktivnostima, koji se u tom smislu odvijaju.

Ustanova raspolaže opremom, koja je u potpunosti namjenska i može da obezbjedi ponuđeni i ugovorom definisani kvalitet usluga za njegu starih i ostalih osoba.

Osnovna oprema za vršenje djelatnosti je:

- Oprema za transport lica unutar Ustanove: liftovi,
- Oprema za transport izvan Ustanove (putnička vozila i sanitetsko vozilo),
- Oprema koja je namjenjena radu kuhinje i posluživanju,
- Oprema za njegu korisnika: invalidska kolica, pomoćna oprema za kretanje,
- Oprema za odmor i rekreaciju i
- Elektronska i računarska oprema.





Za opremu koja podliježe redovnoj provjeri u skladu sa zakonskom regulativom, vrši se redovno ispitivanje opreme za rad i izdaju upotrebne dozvole za korištenje. Za ostalu opremu održavanje se vrši od strane ovlaštenih firmi u skladu sa planom održavanja.

### **Eksterni kontekst Ustanove**

Gerontološki centar je osnovan od strane Skupštine Kantona Sarajevo, ali u Kantonu Sarajevo djeluje kao javna ustanova koja sredstva za poslovanje većim dijelom obezbjeđuje samostalnim radom.

Gerontološki centar Sarajevo u obavljanju poslova i zadataka iz svoje nadležnosti i djelatnosti ima stručnu saradnju i razmjenu iskustva sa svim institucijama i organima Kantona Sarajevo i Federacije BiH, kao i sa nevladinim organizacijama koje u domenu svoje djelatnosti imaju za cilj brigu o osobama treće životne dobi.

U cilju što efikasnije socijalne zaštite starijih i drugih lica u stanju socijalne potrebe, kao i u drugim pitanjima od zajedničkog interesa, u narednom periodu se očekuje adekvatna saradnja sa JU „Kantonalni centar za socijalni rad“ Sarajevo i općinskim Službama socijalne zaštite na području Kantona Sarajevo.

U cilju realizacije otvorenih oblika zaštite starih lica, saraduje sa Općinama i njihovim nadležnim službama kao i sa PU Novi Grad Sarajevo. Gerontološki centar Sarajevo također ostvaruje kontakte i saradnju i sa svim drugim subjektima i institucijama iz zemlje i inostranstva za koje se ocijeni da postoji interes.

Ustanova posluje kao ustanova od javnog značaja u Kantonu Sarajevo, u uređenom poslovnom okruženju u skladu sa pozitivnom zakonskom regulativom Bosne i Hercegovine i Kantona Sarajevo.

Problem poslovanja ogleda se u nelojalnoj konkurenciji jednog broja Privatnih ustanova za smještaj i zbrinjavanje starih i nemoćnih osoba po pitanju uslova smještaja, stručnosti osoblja, uslova nabavke roba i usluga.

Interni i eksterni kontekst Ustanove nalazi se u prilogu ovog Poslovnika.

- *Anex Poslovnika o kvalitetu „Interni i eksterni kontekst ustanove i potrebe i očekivanja eksternih i internih zainteresiranih strana“*

### **4.2. Razumjevanje potreba i očekivanja zainteresovanih strana**

Gerontološki centar Sarajevo je Ustanova sa prepoznatljivim nivoom kvaliteta usluga o čemu govori velika zainteresovanost potencijalnih korisnika i članova njihovih porodica.

Uprava Gerontološkog centra Sarajevo je dostupna svim zainteresovanim potencijalnim korisnicima za pružanje svih potrebnih informacija za sve vidove socijalne zaštite koju Ustanova pruža. Potencijalnim korisnicima je na raspolaganju Web stranica Ustanove, te direktna komunikacija putem maila, telefona ili lično.

Potrebe i očekivanja postojećih korisnika usluga se razmatraju i evidentiraju na sastancima stručnog osoblja, a smisleni i objektivni zahtjevi i očekivanja se prezentuju na sastancima uprave, a realizuju u skladu sa godišnjim ciljevima i planovima. Putem ankete među korisnicima usluga, najmanje jednom godišnje se prikupljaju ocjene zadovoljstva, ali i prikupljaju podaci kako bi se bolje razumjele potrebe i očekivanja korisnika.

Uprava Gerontološkog centra redovno, a najmanje jednom godišnje izvještava Ministarstvo za rad, socijalnu politiku, raseljena lica i izbjeglice Kantona Sarajevo, Vladu i Skupštinu Kantona Sarajevo putem Izvještaja o radu i Izvještaja o finansijskom poslovanju.



Ovim Poslovnikom se definišu zahtjevi za sistem upravljanja kvalitetom, kao i postupci za ispunjenje tih zahtjeva, kojima se demonstrira sposobnost Ustanove da ih ispuni u skladu sa očekivanjima korisnika, zakonskom regulativom, standardima i dobrom stručnoj praksi, zaposlenih i društva u cjelini. Poslovnikom se takođe definišu aktivnosti Ustanove od iskazivanja zahtjeva korisnika, preko svih procesa sistema upravljanja kvalitetom do postizanja njihovog zadovoljstva uz sprovođenje stalnih poboljšanja.

Potrebe i očekivanja zainteresiranih strana nalaze se u prilogu ovog Poslovnika.

*Referentne dokumentovane informacije:*

- *Anex Poslovnika o kvalitetu „Interni i eksterni kontekst ustanove i potrebe i očekivanja eksternih i internih zainteresiranih strana“*

#### **4.3. Utvrđivanje predmeta i područja primjene sistema upravljanja kvalitetom**

Poslovnik o sistemu upravljanja kvalitetom, usklađen je sa zahtjevima međunarodnog standarda ISO 9001:2015 za djelatnost: Socijalna zaštita starih i drugih osoba u ustanovama sa smještajem i bez smještaja.

Usluge koje Ustanova pruža odnose se na institucionalne i vaninstitucionalne usluge.

Institucionalne usluge podrazumjevaju:

- Potpuno zbrinjavanje i organizovanu, sveobuhvatnu brigu o starim osobama,
- Prihvatište za punoljetna lica u stanju socijalne potrebe.

Vaninstitucionalne usluge se odnose na:

- Pomoć starim, iznemoglim, hronično bolesnim i invalidnim osobama u njihovim domovima i
- Usluge dnevnog i poludnevnog boravka.

#### **Isključenje:**

8.3 - Projektovanje i razvoj proizvoda i usluga

U Gerontološkom centru se ne provodi proces projektovanja i razvoja u širem smislu. Postupanje sa korisnicima usluga se zasniva na poštivanju zakonske regulative i na načelima stručnog rada, a u skladu sa modernizacijom BH društva u cjelini.

*Referentne dokumentovane informacije:*

- *Politika kvaliteta*
- *Ciljevi kvaliteta i plan ostvarenja*
- *Organizaciona šema KJU „Gerontološki centar“ Sarajevo*
- *Glavna lista dokumenata*
- *Lista zakonskih i podzakonskih propisa*

#### **4.4. Sistem upravljanja kvalitetom**

Uprava Gerontološkog centra je uspostavila sistem upravljanja kvalitetom koji zahtijeva:

- Sistematsku brigu o korisnicima radi brzog reagovanja u slučaju potrebe, te zadovoljavanja njihovih potreba i očekivanja,
- Definisane poslovne politike kroz Politiku kvaliteta,
- Godišnje definisanje ciljeva kvaliteta,
- Identifikaciju i primjenjivost procesa i njihove ulazne i izlazne elemente i međusobno djelovanje,
- Identifikaciju i pristup odgovarajućim zakonskim i drugim zahtjevima koji se odnose na poslovanje,



- Planiranje i obezbjeđenje materijalnih i kadrovskih resursa za ostvarivanje ciljeva kvaliteta,
- Realizaciju opštih struktura procesa koji integrišu sve mjere koje obezbjeđuju kvalitet,
- Punu kompetentnost kadrova za određene zadatke i postavljene ciljeve,
- Pouzdano planiranje realizacije usluga i rokova realizacije određenih radova,
- Stalno mjerenje, analize i poboljšanja sistema upravljanja kvalitetom.

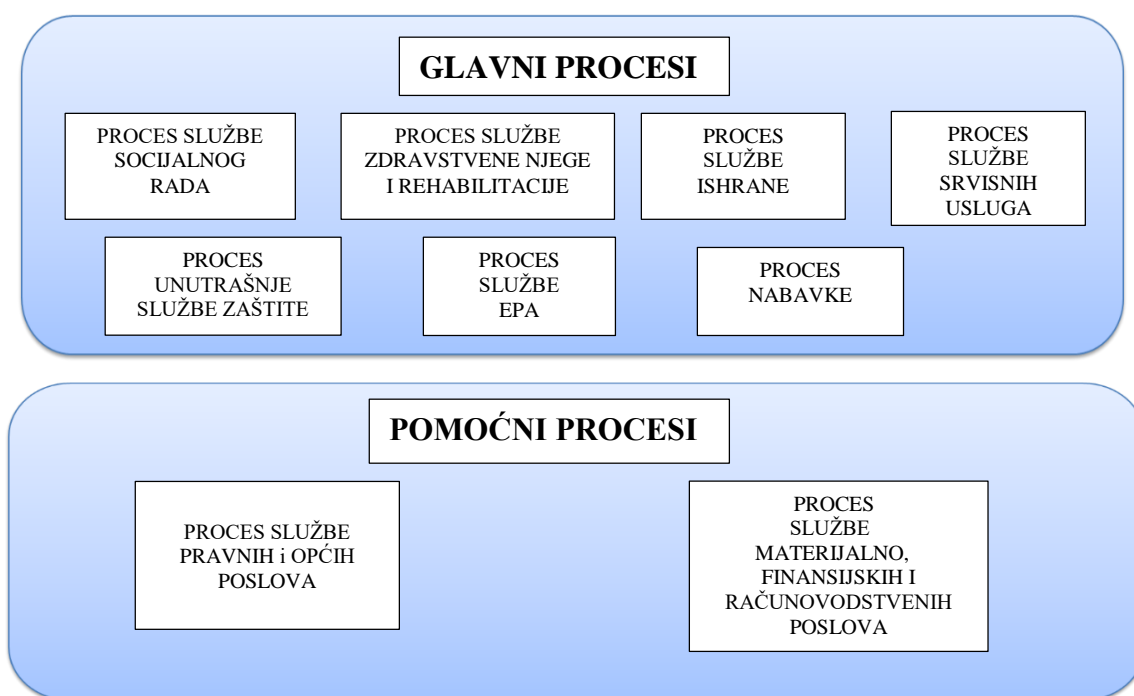
Uprava Ustanove je definisala i potvrdila glavne i pomoćne procese kroz koje se realizuju usluge Gerontološkog centra na zadovoljstvo korisnika i ostalih zainteresovanih strana.

Ustanovljene su dvije grupe procesa: glavni i pomoćni procesi.

Glavni procesi se odnose na aktivnosti i grupe aktivnosti kroz koje se realizuju usluge. Nazivi procesa su usklađeni sa nazivima službi u kojima se ove aktivnosti provode.

Proces službe socijalnog rada odnosi se na usluge institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika zaštite kroz aktivnosti:

- stručnog socijalnog rada sa korisnicima usluga,
- pružanje stručne pomoći korisnicima usluga kroz individualni i grupni rad, sa ciljem pružanja socijalne i emocionalne podrške i sigurnosti korisnika,
- vođenje odgovarajuće evidencije i dokumentacije u vezi sa korisnicima usluga, organizacije radno – okupacijskih, kulturno – zabavnih i rekreativnih aktivnosti korisnika.



Slika 2. Mapa procesa

Proces službe zdravstvene njege i rehabilitacije za potrebe institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika zaštite kroz aktivnosti:

- zdravstvene njege i higijene korisnika usluga (pranje i održavanje lične higijene, svakodnevna opća i specijalna njega, hranjenje nepokretnih korisnika ukoliko to sami nisu u mogućnosti činiti i slično),
- usluge fizikalne terapije.

Proces službe ishrane za potrebe institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika zaštite kroz aktivnosti:

- postavljanje normativa ishrane korisnika usluga,



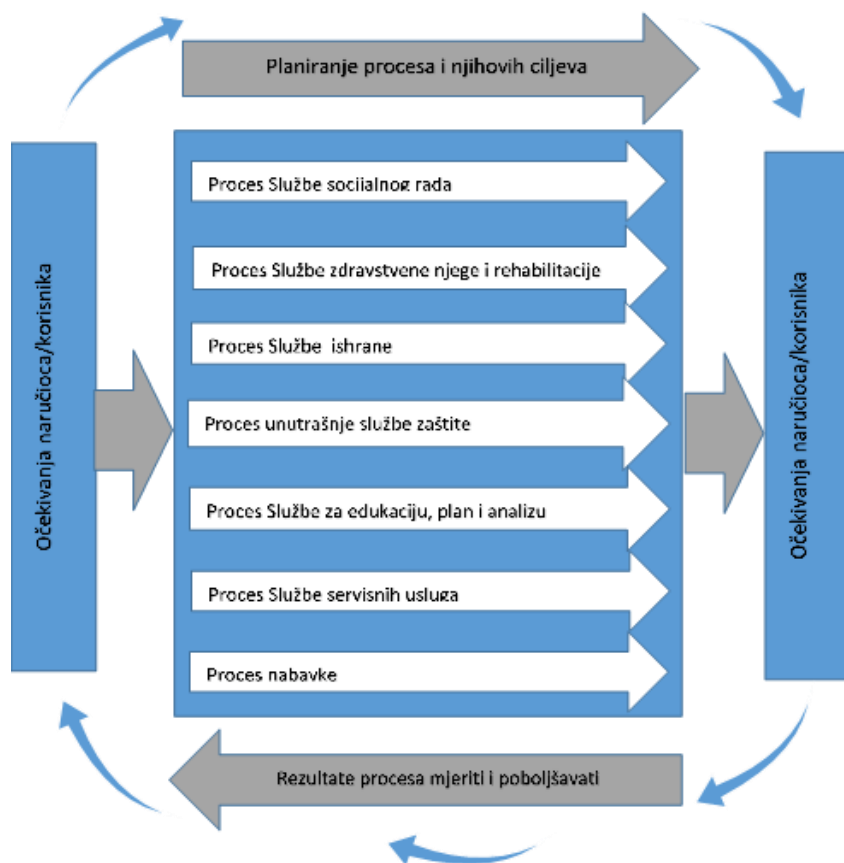
- planiranje nabavke potrebnih namirnica i zaduživanje potrebnih namirnica iz skladišta,
- planiranje obroka i sastavljanje jelovnika,
- pripremanje redovnih i dodatnih (dijetalnih) obroka i zimmice,
- serviranje, podjela i distribucija obroka kroisnicima,
- poslovi organizovanja transporta i distribucije obroka hrane u stanove korisnika,
- vrši i druge poslove po pitanju ishrane korisnika.

Proces službe servisnih usluga kroz aktivnosti:

- čišćenja i održavanja higijene stambenih, zajedničkih i radnih prostorija Centra,
- održavanja higijene stambenog prostora korisnika usluga pomoći u kući,
- večeraja,
- održavanja lične higijene korisnika na smještaju, kao i korisnika kućne njege i pomoći u kući,
- vrši i druge poslove iz oblasti pružanja servisnih usluga.

Proces službe za edukaciju, plan i analizu kroz aktivnosti:

- istraživanje i prikupljanje podataka od značaja za oblast institucionalne i vaninstitucionalne zaštite starih i iznemoglih osoba,
- analiza stanja, identifikuju potrebe i predlažu mjere u cilju unapređenja kvaliteta života u starosti i zadovoljavanje potreba starih i iznemoglih osoba,
- organizovanje rada gerontološkog savjetovaništa i obavljanje stručnih i savjetodavnih poslova i pomoći starim i iznemoglim osobama u cilju prevazilaženja mnogobrojnih problema izraženih u starosti;
- organizovanje edukativnih sminara za uposlenike Centra;
- organizovanje edukativnih seminara i drugih oblika stručnog usavršavanja osoba i zaposlenika u drugim institucijama koje se bave zaštitom starih i iznemoglih osoba,
- organizovanje praktične nastave za studente i učenike,
- uspostavljanje saradnje sa drugim gerontološkim centrima, gerontološkim društvima i ustanovama i nevladinim organizacijama u Bosni i Hercegovini i inostranstvu, koje se bave zaštitom i zbrinjavanjem starih i iznemoglih osoba,
- praćenje iskustva drugih domaćih i inostranih institucija koje se bave problematikom starih i iznemoglih osoba.



Slika 3. – Mreža procesa

Proces nabavke kroz aktivnosti:

- nabavke i transporta robe,
- skladištenja i izdavanja robe iz magacina,
- izrada prijedloga plana nabavki roba, usluga i radova,
- ocjena dobavljača.

Za svaki glavni proces je određen kriterijum i metodologija koje obezbjeđuje međusobno obavljanje procesa.

Pomoćni procesi su identifikovani kako bi pružili podršku odvijanju glavnih procesa i obezbjedili funkcionisanje poslovnog sistema u cjelini.

Sistem upravljanja kvalitetom u Gerontološkom centru je usklađen sa zahtjevima standarda ISO 9001:2015.

**Referentni dokumenti:**

*Mapa Procesa*  
*Mreža procesa*

## 5. LIDERSTVO

### 5.1. Liderstvo i posvećenost

#### 5.1.1. Opšte odredbe

Upravu Gerontološkog centra čine: Direktor, šefovi Službi i/ili odgovorne osobe za rad u Službi.



Uprava Gerontološkog centra ponaša se u skladu sa zakonskim obavezama, zacrtanim godišnjim ciljevima i uspostavljenom politikom i donosi sve odluke od značaja za funkcionisanje sistema upravljanja.

Uprava Gerontološkog centra:

- Preuzima odgovornost za efektivnost sistema upravljanja kvalitetom,
- Definiše politiku i ciljeve sistema upravljanja kvalitetom u skladu sa strateškim pravcem Ustanove,
- Kreira i održava svijest o procesnom pristupu i primjenjivosti politike, važnosti ispunjavanja zahtjeva, potreba i očekivanja korisnika, kao i zahtjeva utvrđenih zakonom i propisima,
- Obezbeđuje resurse potrebne za poslovanje i informiše sve zaposlene o važnosti primjene sistema upravljanja kvalitetom i o dostizanju planiranih rezultata,
- Podržava niže operativno rukovodstvo na liderstvo i promovisanje stalnog poboljšanja.

Šefovi Službi i/ili odgovorne osobe u Službi imaju izvršnu odgovornost, vrše upravljanje Ustanovom prema definisanim procedurama i/ili zacrtanim planovima, tako da se sistem upravljanja kvalitetom stalno poboljšava.

Godišnji Program rada se izrađuje na osnovu rezultata poslovanja u predhodnoj godini, te isti predlaže Direktor, a donosi Upravni odbor.

Ciljevi kvaliteta utvrđuju se na nivou Gerontološkog centra od strane Direktora.

### **5.1.2. Fokusiranje na korisnika**

Uprava Gerontološkog centra je obezbjedila da se zahtjevi korisnika i zahtjevi zakonske regulative ispunjavaju u svim fazama poslovnog procesa. U tom smislu prate se:

- direktni zahtjevi korisnika koji su iskazani u zahtjevu za uslugom,
- stalna komunikacija sa postojećim korisnicima usluga u institucionalnoj i vaninstitucionalnoj zaštiti,
- zahtjevi potencijalnih korisnika iskazani kroz proces prijave i liste čekanja,
- zakonska regulativa u Kantonu Sarajevo i na nivou FBiH.

Ustanova je obezbjedila sve informacije o uslugama koje pruža, postojećim kapacitetima i uslovima smještaja koji su transparentni za korisnike na:

- Internet stranici,
- Putem javnih prezentacija kantonalnih ustanova,
- Kroz rad socijanih ustanova u Kantonu Sarajevo i nevladinih i drugih organizacija koje se bave pitanjem starih i nemoćnih osoba.

U svim postupcima obezbjeđuje se poštivanje tih zahtjeva, te se tokom realizacije usluga, u redovnim vremenskim intervalima, sa korisnicima usluga razmjenjuje mišljenje o kvalitetu izvršenih usluga, njihovim očekivanjima i potrebama.

U okviru institucionalnog oblika zaštite, Gerontološki centar, u svojim smještajnim kapacitetima, obezbjeđuje potpuno zbrinjavanje i organizovanu, sveobuhvatnu brigu o starim osobama, koje zahtijevaju pojačanu brigu i njegu i za koje je smještaj neophodan, kao jedini način rješavanja i zadovoljavanja njihovih osnovnih životnih potreba.

Domski smještaj pruža sljedeće usluge:

- Socijalne (prijem i informisanje stranaka, prijem korisnika, praćenje adaptacije i organizovanje života korisnika domskog smještaja, individualni i grupni rad sa korisnicima);



- Zdravstvene (primarna zdravstvena zaštita korisnika putem domova zdravlja, slijedom pregleda ljekara specijalista, osnovna i zdravstvena njega, usluge fizioterapeuta, održavanje lične higijene korisnika i farmakoterapija);
- Servisne (higijena prostora i usluge frizeraja i vešeraja);
- Ishrana (priprema i podjela obroka);
- Služba za edukaciju, plan i analizu (savjetodavni, edukativni, istraživački, analitički i drugi poslovi koji doprinose unapređenju kvaliteta usluga Gerontološkog centra, kulturno-zabavne, rekreativne i okupacione aktivnosti kao i izleti korisnika).

## **5.2. Politika kvaliteta**

### **5.2.1. Uspostavljanje politike kvaliteta**

### **5.2.2. Komuniciranje o politici kvaliteta**

Direktor definiše politiku kvaliteta koja je sastavni dio poslovne politike Gerontološkog centra i iskazuje posvećenost stalnom poboljšanju.

Opredjeljena je na ispunjavanje zahtjeva kupaca/korisnika usluga i stalnom poboljšavanju efektivnosti Sistema upravljanja kvalitetom.

Politika kvaliteta predstavlja okvir na osnovu kojeg su utvrđeni ciljevi kvaliteta.

Ustanova je obezbjedila da Politika kvaliteta odgovara:

- svrsi i kontekstu organizacije,
- razmjeri i uticajima na okolinu u okviru svojih aktivnosti pri aktivnostima pripreme i realizacije usluga, kao i da uključuje obaveze prema stalnom poboljšavanju, obavezu usklađivanja s primjenjivim pravnim zahtjevima i drugim zahtjevima koje je Centar kao kantonalna ustanova obavezan da primjenjuje,
- privrženost usklađenosti sa odgovarajućim zakonskim propisima, kao i sa svim zahtjevima koje je organizacija usaglasila.

Izjava o Politici kvaliteta je vidno izložena na reprezentativnim mjestima u Ustanovi kako bi bila saopštena i dostupna svim zainteresovanim stranama: osnivačima, zaposlenima, korisnicima usluga, dobavljačima i javnosti.

Politika kvaliteta nalazi se u prilogu ovog Poslovnika.

### ***Referentni dokumenti:***

*Politika kvaliteta*

## **5.3. Organizacione uloge, odgovornosti i ovlaštenja**

Uprava Gerontološkog centra obezbjeđuje da se u potpunosti definišu odgovornosti i ovlaštenja, te da se saopšte zaposlenima radi definisanja njihove kompetentnosti za obavljanje pojedinih funkcija, putem ugovora o radu za određeno radno mjesto i opisu radnih mjesta u sistematizaciji kao i Uputstvima za rad.

Direktor je imenovao zaposlene za određene aktivnosti koji su preuzeli odgovornosti:

- usklađenosti rada sa zakonskim propisima,
- usklađenosti rada sa zahtjevima standarda,
- realizaciju planova kvaliteta,
- izvještavanja uprave o mjerljivim rezultatima i izmjenama koji utiču na realizaciju planova,



- podizanje svijesti zaposlenih o važnosti zadovoljavanja zahtjeva, potreba i očekivanja korisnika usluga,
- predlaganje i sprovođenje poboljšanja.

**Referentni dokumenti:**

*Oganizaciona šema*

*Pravilnik o radu sa unutrašnjom organizacijom i sistematizacijom poslova Kantonalne javne ustanove „Gerontološki centar“ sa izmjenama i dopunama*

*Procedure za rad službi*

*Uputstva za rad*

## **6. PLANIRANJE SISTEMA UPRAVLJANJA KVALITETOM**

### **6.1. Mjere koje se odnose na rizike i mogućnosti (šanse) organizacije**

Uprava Gerontološkog centra je identifikovala glavne procese, ulazne i izlazne elemente procesa, redosljed i međusobno djelovanje procesa, praćenje i mjerenje procesa, potrebne resurse, odgovornosti i ovlaštenja za nesmetano odvijanje aktivnosti, rizike i mogućnosti za pojedine procese.

Tokom razmatranja generalnih ciljeva Gerontološkog centra po pojedinim procesima Uprava razmatra rizike i mogućnosti za realizaciju ciljeva.

**Takođe, tokom postavljanja godišnjih ciljeva poslovanja, razmatra šanse i rizike poslovanja u kontekstu svog djelovanja.**

Na osnovu analize rizika za poslovanje i definisanih ciljeva, uprava Gerontološkog centra, **krajem poslovne godine, izrađuje godišnji Program rada za narednu godinu**, što je obaveza koja je naložena od Osnivača.

Uprava Gerontološkog centra planira svoje poslovanje na godišnjem nivou. Planove donosi Direktor Centra/Upravni odbor i **oni su predmet preispitivanja od rukovodstva na kraju svake godine**. Planovima su definisane i grupisane aktivnosti radi realizacije ciljeva kvaliteta i resursa koji su potrebni za ostvarenje ciljeva.

### **6.2. Ciljevi kvaliteta i planiranje za njihovo ostvarivanje**

Ciljevi kvaliteta utvrđuju se godišnje, na nivou Gerontološkog centra. Definisani su na osnovu vizije, misije i strateških ciljeva koje ova kantonalna ustanova treba da ispunjava za građane Kantona Sarajevo i za društvo u cjelini. Ciljevi kvaliteta su jednoznačno određeni, kvantitativno iskazani, razumljivi i usmjereni na ostvarivanje djelatnosti, saopšteni su svim zaposlenim, a preispituju se godišnje.

Kvalitetno određeni ciljevi su Upravi ustanove:

- Osnovna podloga za proces donošenja odluka,
- Vodič za povećanje ukupne efektivnosti procesa rada,
- Osnova za ocjenu karakteristika procesa rada.

Navedeni ciljevi se postižu kroz jasno definisan poslovni plan na nivou Ustanove.

**Referentni dokumenti:**

*Analiza i procjena rizika*

*Registar rizika*

*Ciljevi kvaliteta i plan ostvarenja*

*Program rada KJU Gerontološki centar Sarajevo*





### **6.3. Planiranje izmjena**

Uprava Gerontološkog centra je identifikovala glavne i pomoćne procese i uspostavila sistem upravljanja ovim procesima. U slučaju da se usljed unutrašnjih i spoljnih uticaja utvrdi potreba za izmjenama, Uprava vrši detaljnu analizu i sprovodi promjene na planiran i sistematičan način.

## **7. PODRŠKA**

### **7.1. Resursi**

#### **7.1.1 Opšte**

Uprava Gerontološkog centra obezbjeđuje neophodne resurse za nesmetano odvijanje procesa prilikom pružanja usluga korisnicima. Na kraju poslovne godine izrađuje se Program rada i Finansijski plan za narednu godinu u kome je naveden i okvirni budžet koji se odobrava od strane Skupštine Kantona Sarajevo. U Programu rada i Finansijskom planu obuhvaćen je i plan resursa.

#### **7.1.2. Ljudi**

Uprava Gerontološkog centra obezbjeđuje ljudske resurse koji su kompetentni za obavljanje aktivnosti i time ispunjavanje zahtjeva korisnika, blagovremeno i u skladu sa zakonom za donošenje odluka i efikasno upravljanje.

Uspostavljeni procesi, operativna dokumentacija i dokumentovane informacije, zahtjevaju potrebne ljudske i materijalne resurse. U sistematizaciji radnih mjesta i popisu zaposlenih, navedeni su svi zaposleni na odgovarajućim radnim mjestima tako da se procesima može u potpunosti upravljati.

**Uprava periodično, a najmanje jednom godišnje, prilikom preispitivanja sistema upravljanja kvalitetom ocjenjuje efektivnost mjera preduzetih radi osposobljavanja, podizanja svijesti i obuke.**

#### **7.1.3. Infrastruktura**

U Gerontološkom centru je obezbjeđena infrastruktura za nesmetano odvijanje poslovnih procesa i funkcionisanje poslovnog sistema.

Smještajni kapacitet Gerontološkog centra čini kompleks objekata, koji obuhvata 2 objekta sa ukupno devet spratova, koji su povezani i čine građevinsku cjelinu sa ostalim objektima: kuhinja sa restoranskom salom, namjenski izgrađen objekat za dnevni boravak (klub) sa pratećim sadržajima, objekat sa recepcijom, prostorijama za fizikalnu i radnu terapiju, frizerajem-brijačnicom, bifeom i velikom podrumskim prostorom u kome je smješten vešeraj, kotlovnica za zagrijavanje objekata sa podstanicom za zagrijavanje sanitarne vode, atomsko sklonište, magacini i mrtvačnica. Oba objekta namijenjena za smještaj korisnika imaju ugrađene liftove, tako da su svi spratovi dostupni i invalidnim osobama.

Centar raspolaže sa savremenom opremom za realizaciju aktivnosti koja je navedena u popisu opreme i kartonu opreme. Na kraju svake godine radi se popis stalnih sredstava u koje spada i oprema. U kancelarijskom prostoru se nalazi sva potrebna oprema za komunikaciju sa eksternim zainteresovanim stranama, u nekim slučajevima sa korisnicima, za sastanke rukovodstva i arhiviranje podataka.

Plan održavanja objekata i opreme izrađuje šef Unutrašnje službe zaštite/odgovorno lice u Unutrašnjoj službi zaštite.

Objekti, oprema koja je u funkciji pružanja usluga i vozila podložni su planskom (preventivnim) i interventnom održavanju, u skladu sa uputstvima o upotrebi i zakonskim odrednicama.



Unutrašnja služba zaštite obavlja poslove tehničkog održavanja objekata, opreme i kruga Centra, što podrazumjeva održavanje svih instalacija, održavanje opreme, građevinsko održavanje objekata, uređenje i održavanje vanjskog prostora i okoliša.

Održavanje objekata i instalacija, transportnih sredstava i informatičke opreme koje prevazilazi mogućnosti ove službe, provode specijalizovane firme, po potrebi.

**Referentni dokumenti:**

*Plan preventivnog održavanja objekata i opreme KJU »Gerontološki centar«*

**7.1.4. Okruženje i funkcionisanje procesa**

Radna sredina u kojoj se obavljaju procesi i aktivnosti u okviru procesa je prikladna za vršenje djelatnosti. Prostor Gerontološkog centra su opremljeni tako da predstavljaju prijatan ambijent i okruženje kako za korisnike usluga, tako i za zaposlene. To uključuje:

- čist, uredan i održavan prostor za korisnike i radni prostor za zaposlene,
- prikladan raspored opreme koja se koristi u glavnim procesima pružanja usluga,
- preduzimanje mjera sigurnosti i zaštite na radu,
- dobre međuljudske odnose zaposlenih.

Sve radne prostorije su opremljene adekvatnim osvjetljenjem, uređajima za grijanje, aparatima za gašenje požara, uređajima za automatsku dojavu požara, neophodnom opremom za prvu pomoć.

Svi izvršioци aktivnosti su obezbjeđeni prepoznatljivom odjećom za rad i snabdjeveni sa potrebnim sredstvima koja su zahtjevana za određeno radno mjesto.

U Gerontološkom centru se poštuju zakonske odrednice o zaštiti na radu i protivpožarnoj zaštiti.

Računarska oprema se redovno zadržava, kako bi zadovoljila potrebe zaposlenih. U toku rada zaposlenima je na raspolaganju potrebna računarska oprema i internet.

**7.1.5. Resursi za praćenje i mjerenje**

Da bi rezultati mjerenja i kontrolisanja bili u granicama potrebnog kvaliteta, Ustanova koristi mjernu i kontrolnu opremu koja je pogodna za provođenje procesa službe ishrane, procesa službe zdravstvene njege i rehabilitacije, te procesa službe servisnih usluga.

Upravljanje mjerno kontrolnom opremom podrazumjeva održavanje, redovno umjeravanje, zaštitu od nenamjenske i pogrešne upotrebe i zaštitu od oštećenja.

Mjerna i kontrolna oprema koja se koristi u procesu službe zdravstvene njege i rehabilitacije odnosi se na sve mjerne uređaje koji se koriste u Ambulanti. U procesu službe ishrane koriste se uređaji za mjerenje mase – vage, temperature i slično.

Mjerna i kontrolna oprema je upisana u Karton opreme sa evidencijom redovnog potrebnog periodičnog umjeravanja ili verifikacije.

**7.1.6. Znanje organizacije**

**Uprava Gerontološkog centra određuje potrebu za obukom zaposlenih na godišnjem nivou.**

**Viši stručni saradnik za edukaciju izrađuje Godišnji plan obuke zaposlenih koji odobrava Direktor Gerontološkog centra.** U godišnjem planu obuke su navedene sve planirane obuke za povećanje kompetentnosti zaposlenih u smislu struke, obuke koje se odnose na primjenu pravne regulative i obuke za sistem upravljanja kvalitetom. Vanredne obuke se naknadno evidentiraju i dokumentuju.



U pojedinačnim dosijeima zaposlenih se čuvaju izvještaji sa eksternih obuka. Sprovođenje internih obuka se evidentira od strane Višeg stručnog saradnika za edukaciju.

Novozaposleni radnici se obučavaju o specifičnostima procesa i službe u kojoj su angažovani do nivoa da su sposobni da samostalno obavljaju povjerene im zadatke od strane šefa Službe ili odgovornog lica u Službi. Takođe se obučavaju o zaštiti zdravlja i bezbjednosti na radu, te o funkcionisanju sistema upravljanja kvalitetom, procedurama i ostalim dokumentovanim informacijama.

Obuku novozaposlenih radnika u stručnom smislu vrši stručno osoblje u Ustanovi, po nalogu Direktora, a obuku za nesmetano funkcionisanje u uređenom sistemu upravljanju kvalitetom vrši Stručni saradnik za kvalitet i informisanje.

## **7.2. Kompetentnost**

Potrebna osposobljenost zaposlenih opisana je u Pravilniku o radu sa unutrašnjom organizacijom i sistematizacijom poslova. Svaki zaposlenik ima svoj dosije u kojem se osim potrebne pravne i kadrovske dokumentacije nalaze i dokazi o dodatnoj obuci, koja je provedena kao rezultat korektivnih mjera, ili jednostavno kao iskazana potreba za povećanjem kvaliteta radi zadovoljenja zahtjeva korisnika.

U Ustanovi se uredno vode dokazi o provedenoj obuci, pojedinačno ili grupno zavisno kako je obuka bila organizovana.

## **7.3. Svijest**

Rukovodstvo Gerontološkog centra obezbjeđuje da svi zaposleni budu svjesni svoje uloge i važnosti svojih aktivnosti u ostvarivanju ciljeva kvaliteta. To postiže:

- Isticanjem politike kvaliteta na reprezentativnim mjestima,
- Upoznavanjem zaposlenih sa definisanim ciljevima kvaliteta,
- Direktnim razgovorima sa zaposlenima o ostvarivanju poslovnih ciljeva Ustanove, o efektivnosti sistema kvaliteta,
- Upoznavanjem zaposlenih o negativnim posljedicama neusklađenosti u radu.

## **7.4. Komuniciranje**

Procesi komunikacije predstavljaju prvenstveno razmjenu informacija između rukovodstva Ustanove, kao pošiljaoca informacija i primalaca sadržaja poruka: korisnika usluga, eksternih dobavljača i zaposlenih, kao i razmjenu informacija između pojedinih službi. Komunikacija je potpuna kada postoji povratna informacija od primaoca ka pošiljaocu poruke.

Komunikacije sa korisnicima, u kojima se primaju zahtjevi korisnika i mjeri zadovoljstvo korisnika su obaveza Službe socijalnog rada.

Komunikacija sa eksternim dobavljačima gdje se iskazuju zahtjevi prema eksternim dobavljačima i mjeri njihova stabilnost su u nadležnosti Službe materijalno-finansijskih i računovodstvenih poslova i Službe za pravne i opće poslove.

Direktor Gerontološkog centra je odgovoran za komunikaciju sa svim eksternim zainteresovanim stranama po pitanju poslovanja Ustanove i njene usklađenosti sa zakonskom regulativom. Takođe, direktor komunicira sa eksternim zainteresovanim stranama po svim pitanjima vezanim za primjenu zakonske regulative.

Interna komunikacija obaveza je svih zaposlenih na svim nivoima.

Interne komunikacije obuhvataju sljedeće oblike komunikacionih tehnika:



- redovni sastanci direktora sa Stručnim saradnikom za kvalitet,
- redovni sastanci direktora sa šefovima Službi/odgovornim licima u Službama (kolegij),
- oglasna tabla,
- individualna mišljenja i sugestije zaposlenih usmenim putem ili na drugi način.

Poseban predmet procesa komunikacije je komunikacija direktora sa Stručnim saradnikom za kvalitet i šefovima Službi/odgovornim licima u Službama po svim promjenama i okolnostima koje mogu uticati na: izmjene u procesima, izmjene u poslovnom sistemu ili na opremi koja je u funkciji pružanja kvalitetnih usluga, izmjene zahtjeva i reklamacije korisnika usluga, promjene u nivou kvalifikacija zaposlenih, izmjene zakonskih propisa i mjere koje se u vezi sa tim preduzimaju, što je definisano u odgovarajućim dokumentovanim informacijama. Podaci koji su vezani za komunikaciju kratko i racionalno se zapisuju (u papirnom ili elektronskom obliku).

## **7.5. Dokumentovane informacije**

### **7.5.1 Opšte**

Rukovodstvo Gerontološkog centra utvrđuje neophodan obim dokumentovanih informacija u ma kom obliku koji omogućava funkcionisanje poslovnog sistema i usklađenost sa međunarodnim standardima.

U Ustanovi se upravlja dokumentima sistema upravljanja kvalitetom, dokumentima spoljnog porijekla, osnovnim dokumentima Ustanove i obrascima/zapisima.

Dokumentovane informacije podrazumjevaju:

- Osnovni dokumenti Ustanove: Odluka o osnivanju, Rješenje o registraciji, Uvjerenje o poreznoj registraciji, Pravila Ustanove, pravilnici, itd.
- Dokumenti sistema upravljanja kvalitetom u skladu sa zahtjevima standarda ISO 9001:2015: Politika kvaliteta, ciljevi kvaliteta, Poslovník kvaliteta, procedure i radna uputstva
- Dokumentovane informacije vezane za poslovnu komunikaciju sa institucijama u Kantonu Sarajevo i na nivou FBiH,
- Dokumentovane informacije vezane za poslovnu korespodenciju sa korisnicima usluga, članovima njihovih porodica i eksternim dobavljačima,

Eksterni dokumenti dobijeni od korisnika usluga i dobavljača uključuju:

- Zahtjev za pružanje usluga od strane korisnika i sva prateća dokumentacija,
- Dokumenti iz postupka javne nabavke

Eksterni nadređeni dokumenti uključuju:

- Nacionalne i međunarodne propise i
- Nacionalne i međunarodne standarde.

### **7.5.2 Kreiranje i ažuriranje**

Uprava Gerontološkog centra usvojila je pristup hijerarhiji dokumentovanih informacija gdje se osnovni principi i pravila iz dokumenata višeg nivoa prenose na dokumente nižeg nivoa.

a) Dokumenti prvog nivoa

- Izjave o viziji, misiji i strateškom pravcu, kontekstu organizacije,
- Politika i ciljevi kvaliteta,
- Mapa i mreža procesa sa opisom upravljanja procesima, rizicima i okruženjem u kome se procesi odvijaju



- Poslovnik sistema upravljanja kvalitetom – dokument koji omogućuje potpune informacije o sistemu upravljanja kvalitetom u skladu sa zahtjevima standarda.
- b) Dokumenti drugog nivoa
  - Procedure – dokumenti koji definišu ključne aktivnosti povezane u tok, nosioce aktivnosti, potrebne resurse i zapise koji se generišu.
- c) Dokumenti trećeg nivoa
  - radna uputstva – dokumenti koji detaljno opisuju način odvijanja pojedinih ključnih aktivnosti u određenom procesu,
  - preporuke – dokumenti koji sadrže specificirane zahtjeve, komponente i slično
- d) Dokumenti četvrtog nivoa
  - Obrasci, kao dokumentovane informacije koji sadrže objektivnu evidenciju o izvršenim aktivnostima ili ostvarene rezultate aktivnosti u elektronskom obliku ili na papiru.

### **7.5.3 Upravljanje dokumentovanim informacijama**

Gerontološki centar je utvrdio dokumentovane informacije kako bi se uspostavio sistem upravljanja kvalitetom u skladu sa standardom kao i dokumentovane informacije nophodne za funkcionisanje poslovnog sistema.

Centar je obezbjedio da se dokumentovane informacije:

- identifikuju i označe na nedvosmislen način,
- da se formatiraju i označe na kojem mediju se nalaze i koriste,
- da se prije upotrebe odobre i distribuiraju korisnicima, ukoliko je pogodno.

Rukovodstvo je obezbjedilo:

- dostupnost i prikladnost dokumenata i dokumentovanih informacija za upotrebu na definisan način,
- adekvatnu zaštitu svih dokumenata i dokumentovanih informacija od gubitka i uništenja,
- pristup, raspolaganje i primjenu dokumenata zakonske regulative za određene funkcije u Ustanovi.

U skladu sa zahtjevima standarda, Ustanova je takođe definisala način upravljanja dokumentima spoljnog porijekla (zakonima, propisima, katalogima dobavljača, odlukama koje utiču na funkcionisanje Ustanove), a koji se koriste u radu. Definisan je način rada pri nabavci, prijemu, čuvanju, distribuciji, praćenju važnosti i povlačenju ovih dokumenata.

Dokumenti sistema upravljanja kvalitetom označavaju se na sljedeći način:

- Poslovnik kvaliteta, nosi jedinstvenu oznaku GC-QM-01, a mjenja se samo broj izdanja i revizije okviru tog izdanja,
- Procedure se označavaju GC-PR-xx, gdje xx predstavlja redni broj procedure,
- Uputstva za rad se označavaju GC-UP-xx, gdje xx predstavlja redni broj uputstva,
- Forma zapisa/obrazaca je označena GC-OB-xx, gdje xx predstavlja jedinstveni broj forme zapisa/obrasca.

Osnovni dokumenti sistema upravljanja kvalitetom su: politika i ciljevi kvaliteta, poslovnik kvaliteta, procedure, radna uputstva i obrasci/zapisi.

Dokumenti Sistema upravljanja kvalitetom izrađuju se u MS Word, u definisanom Formatu kao što je ovaj Poslovnik kvaliteta, Font Times New Roman 12, čuvaju se u elektronskom obliku ili u papirnoj verziji, zavisno od vrste dokumenata.



Original važećih dokumenata: Poslovník kvalitetu, procedure i radna uputstva se čuva na računaru u MS Word-u kod Stručnog saradnika za kvalitet u folderu: „Važeća dokumenta SUK“.

U slučaju zahtjeva za promjenom od strane bilo kojeg člana Uprave/Tima za kvalitet, koji je usaglašen sa mišljenjem ostalih članova uprave/Tima za kvalitet i odobren od strane Direktora, Stručni saradnik za kvalitet i informisanje vrši promjenu dokumenta i daje im novu oznaku izdanja. Novo, važeće izdanje dokumenta arhivira u isti folder: „**Važeći dokumenti SUK**“, a staru verziju uništava (briše).

Svaka izmjena u dokumentima se evidentira u Glavnu listu dokumenata, koja se ažurira i označava datumom posljednjeg izmijenjenog dokumenta.

Dokumenti koji se mijenjaju i dobijaju novo izdanje se printaju, odobravaju i potpisuju od strane Stručnog saradnika za kvalitet i informisanje i Direktora. Originalni dokument se čuva u registratoru kod Stručnog saradnika za kvalitet i informisanje. Distribucija dokumenata se u pravilu vrši elektronski tako što se dokument odobren od strane Direktora iz MS Word-a spašava u PDF formatu i dostavlja putem e-mail-a ostalim članovima Tima za kvalitet. Korisnici dokumenata se potpisuju na evidenciji distribucije da su važeće izdanje dokumenta primili i da se obavezuju da ga poštuju te da su sa istim, dužni upoznati ostale zaposlenike unutar svojih procesa. Također, voditelji/vlasnici procesa, dužni su osigurati dokumentovanu informaciju o načinu upoznavanja zaposlenih u Službi za koju su odgovorni na način koji je za njih najprikladniji. U slučaju odobrenja uprave da se određeni dokument distribuira u štampanoj formi, Stručni saradnik za kvalitet i informisanje lično dostavlja važeće izdanje, povlači nevažeće i obezbjeđuje potpis na evidenciji distribucije. Nevažeća izdanja dokumenata se elektronski u pdf formatu arhiviraju u folder: „**Nevažeća izdanja dokumenata**“, a kopije nevažećih izdanja u papiru se uništavaju u mašini za rezanje ili se spaljuju.

Obrasci/zapisi kao dokumentovane informacije koji se koriste u poslovanju služe kao dokaz da se realizuju planirane aktivnosti, da se primjenjuje zakonska regulativa i određeni zahtjevi standarda. Original forme obrazaca/zapisa se čuvaju kod Stručnog saradnika za kvalitet i kod ostalih korisnika te forme, u folderu: „**Važeća forma obrazaca/zapisa**“.

Glavna lista obrazaca/zapisa je definisana i predstavlja skup svih obrazaca koji se koriste u poslovanju, a čiju formu je definisao Gerontološki centar. Lista obrazaca/ zapisa se ažurira od strane Stručnog saradnika za kvalitet i informisanje nakon bilo koje izmjene forme, a nova, važeća forma se putem maila dostavlja korisnicima.

Dokumentovane informacije eksternog porijekla koje se koriste za funkcionisanje poslovnih procesa i koje su neophodne za dokazivanje sljedljivosti od zahtjeva kupca do realizacije usluge, kao i za dokazivanje usklađenosti sa zakonskim propisima su identifikovane, čuvaju se u odgovarajućim registratorima, zaštićeni od fizičkog uništenja i gubitka. Lista zakonskih propisa se redovno ažurira od strane Stručnog saradnika za kvalitet i informisanje i na njoj su uvijek navedeni važeći zakonski propisi.

### **Referentne dokumentovane informacije**

*Glavna lista dokumenata*

*Glavna lista zapisa*

*Lista zakonskih i podzakonskih propisa*



## **8. FUNKCIONISANJE ORGANIZACIJE**

### **8.1. Planiranje i upravljanje funkcionisanjem organizacije**

Uprava Gerontološkog centra predlaže Godišnji program rada i Finansijski plan na osnovu analize poslovanja iz prethodnog perioda.

Na osnovu Programa rada, a u skladu sa potrebama i zahtjevima korisnika i potencijanih korisnika, uspostavljeni su mjesečni izvještaji koje šefovi Službi/lica odgovorna za rad u Službi dostavljaju Službi za pravne i opće poslove.

Ulaz u mjesečne izvještaje su pružene usluge u toku mjeseca a koje su planirane u okviru redovnih aktivnosti, kao i vanredne aktivnosti ukoliko ih je bilo.

Uprava Gerontološkog centra obezbjeđuje da su:

- jasno definisani zahtjevi za usluge koje nude svojim korisnicima,
- definisani kriterijumi za procese i obezbjeđeni resursi za neophodno odvijanje i upravljanje procesima,
- dokumentovano upravljanje procesima kako bi se obezbjedila usklađenost usluga koje nudi Ustanova sa zahtjevima, očekivanjima i potrebama korisnika usluga.

### **8.2. Utvrđivanje zahtjeva za usluge**

#### **8.2.1 Komuniciranje sa korisnicima**

Uprava Gerontološkog centra je definisala komunikaciju sa korisnicima koja podrazumijeva:

- sredstva komunikacije,
- metode komunikacije,
- odgovorne osobe za komunikaciju.

Tržište dobija informacije o Ustanovi, njegovom prodajnom i uslužnom programu putem:

- web stranice,
- kroz informacije koje Kanton Sarajevo obezbjeđuje za građane Kantona,
- kroz komunikaciju sa ostalim faktorima i institucijama iz domena socijalne zaštite.

Aktivnosti promocije Ustanove su u nadležnosti Direktora i stručnih saradnika, a usaglašene su sa specifičnostima života i rada u Kantonu Sarajevo.

Služba za edukaciju, plan i analizu organizuje anketu za korisnike usluga najmanje jednom godišnje, u cilju dobijanja informacija o njihovom zadovoljstvu i u cilju pravovremenog djelovanja na povećanju zadovoljstva.

Reklamacije i prigovori od strane korisnika, bez obzira da li se radi o pismenom ili usmenom načinu obraćanja se evidentiraju, obrađuju i analiziraju najprije na radnim sastancima sa osobljem u službi, a ukoliko se procjeni da rješavanje određenih problema izlazi iz okvira nadležnosti pojedine službe, šef Službe ili stručni saradnik iznosi ovaj problem na sastanku uprave, kao neusklađenost i dalje se postupa po proceduri za upravljanje neusklađenostima i korektivnim mjerama.

Ustanova je uspostavila posebna pravila kako bi se imovina korisnika usluga zaštitila od nenamjernog oštećenja od strane osoblja centra ili ev. gubitka, krađe i sl.

#### **8.2.2 Utvrđivanje zahtjeva koji se odnose na usluge**

Ustanova je uspostavila, primjenjuje i održava proces koji obezbjeđuje da su zahtjevi za uslugu jasno definisani.

U tom smislu, Ustanova obezbjeđuje:



- Specifikaciju usluga sa cijenama i načinom plaćanja,
- Potpune informacije o smještajnim kapacitetima i stručnom osoblju sa mogućnošću obilaska prostorija Centra prije zaključivanja ugovora,
- Uslove stanovanja i korištenja usluga koje pruža centar.

Ustanova, u svakom momentu, može da iskaže sposobnost ispunjavanja zahtjeva korisnika usluga kroz evidencije koje se ažurno vode.

### **8.2.3. Preispitivanje zahjeva koji se odnose na usluge**

Prije sklapanja ugovora sa Centrom za socijalni rad ili sa korisnikom ili potpisnicima ugovora, Uprava Gerontološkog centra obavezuje:

- da zahtjevi, očekivanja i potrebe korisnika budu potpuno definisani i razumljivi,
- da svi zahtjevi i očekivanja koji se razlikuju od onih koji su prethodno izraženi budu razriješeni,
- da su resursi i kapaciteti koji su potrebni da zadovolje definisane zahtjeve i potrebe u potpunosti obezbjeđeni prije sklapanja ugovora.

Preispitivanje zahtjeva, potreba i očekivanja koji se odnose na uslugu se obavljaju u fazi informisanja za smještaj ili nakon prijema u toku adaptacionog perioda

Zahtjevi za usluge koje korisnik ne iskazuje su definisani u Ustanovi u:

- Dokumentima dobavljača (kvalitet hrane koju dobavljači isporučuju, ugovori, dinamički rokovi isporuke, šifre rezervnih dijelova, katalozi, certifikati uz dijelove opreme i sl.),
- Dokumentovanim informacijama koje je Ustanova utvrdila za svoje poslovanje (Zakonski okvir, procedure, uputstva, itd...)
- Zahtjeve koje korisnik iskaže tokom boravka zaprima Služba socijalnog rada nakon čega se procjenjuje opravdanost zahtjeva i da li postoji mogućnost ispunjavanja određenog zahtjeva.

### **8.3. Projektovanje i razvoj usluga**

Projektovanje i razvoj proizvoda i usluga – Zahtjevi 8.3 standarda ISO 9001: 20015.

Gerontološki centar nije uskladio svoje poslovanje sa zahtjevima standarda koji se odnose na projektovanje i razvoj iz razloga što u svom poslovanju nema aktivnosti koje bi se mogle tretirati kao razvoj. Zanimanje postojećih smještajnih kapaciteta za smještaj korisnika, kao i opreme potrebne za realizaciju usluga ne može se smatrati razvojnim aktivnostima.

### **8.4. Upravljanje proizvodima i uslugama koji su obezbjeđeni od eksternih izvora**

#### **8.4.1 Opšte**

Uprava Ustanove je identifikovala sve eksterne isporučioce - dobavljače koji su od značaja za nesmetano funkcionisanje poslovnog sistema:

- Eksterne dobavljače proizvoda i roba,
- Eksterne dobavljače usluga,
- Eksterne procese.

#### **8.4.2 Vrsta i obim upravljanja eksternim isporukama**

U svom poslovanju Ustanova koristi eksterne procese (outsourced proces) tj. procese koji su neophodni u sistemu upravljanja kvalitetom, a koje izvršavaju eksterne strane – podgovarači. To su:

- Održavanje računarske opreme - hardware-a i software-a,





- Održavanje objekata i opreme za pružanje usluga, a koji izlaze iz okvira redovnog održavanja od strane nadležne Službe ustanove,
- Zdravstvene usluge za korisnike institucionalnog oblika zaštite koje podrazumjevaju specijalističke preglede i bolničko liječenje.

Sve pojedinosti i obaveze ugovorenih strana su definisane ugovorom, a kontrola rada kroz dokumentovane informacije u Ustanovi.

Uprava Gerontološkog centra je obezbjedila kontrolu procesa koji se obavljaju eksterno i usklađenost sa zahtjevima kvaliteta. Kontrolu ovih procesa obavljaju šefovi Službi/odgovorna lica u Službama ili stručni saradnici koji su odgovorni za određene procese, a u slučaju neusklađenosti postupaju po proceduri.

Vrednovanje dobavljača i podugovarača usluga obavlja Stručni saradnik za kvalitet i informisanje zajedno sa zaposlenima u Službi finansijsko-računovodstvenih i materijalnih poslova i Službi za pravne i opće poslove.

### **8.4.3 Informacije za eksterne isporučioce - dobavljače**

Zahtjeve za nabavku izrađuje svaki odgovorni saradnik ili šef Službe/odgovorno lice u Službi za svoje područje odgovornosti i dostavlja u Službu za pravne i opće poslove. U ovoj Službi se izrađuje zbirna lista u pogledu prioriteta i rokova isporuke. Sve potrebne aktivnosti procesa nabavke se odvijaju po proceduri i utvrđenim kriterijumu za nabavku. Informacije o dobavljačima i izbor dobavljača se ostvaruje na osnovu kriterijuma za izbor najpovoljnijeg dobavljača u postupku javne nabavke.

Ugovori sa dobavljačima, u kojima su definisani svi uslovi nabavke se čuvaju u Službi pravnih i općih poslova i Službi materijalno-finansijskih i računovodstvenih poslova.

Listu odobrenih dobavljača redovno ažurira Stručni saradnik za kvalitet i informisanje na osnovu kriterijuma za ocjenu dobavljača.

Proces javnih nabavki se provodi u skladu sa važećim propisima. Planom nabavki se utvrđuje postupak javne nabavke koji će se provesti u skladu sa procijenjenom vrijednošću konkretne nabavke. Tenderskom dokumentacijom se između ostalog utvrđuje: specifikacija proizvoda/usluga/radova koji su predmet nabavke, sa detaljnim opisom, odnosno tehničkim specifikacijama i zahtjevima kvaliteta, količinom, rokovima isporuke i drugim podacima koji su bitni za robu/usluge/radove koji se nabavljaju.

Verifikaciju nabavljenih proizvoda, u smislu zadovoljenja zahtjeva, obavlja Viši referent za nabavku i skladištenje na osnovu prijema otpremnice od dobavljača, sertifikata i narudžbenice kojom je roba naručena. Sva primljena roba se kontroliše, evidentira, definiše status i zavodi u materijalno knjigovodstvo.

Na osnovu poznavanja proizvoda Viši referent za nabavku i skladištenje je odgovoran za identifikaciju nabavljenih proizvoda kao i za skladištenje i rukovanje do upotrebe.

U slučaju da su primljeni, neusklađeni nabavljeni materijali i proizvodi, se odvajaju na posebno mesto do okončanja aktivnosti reklamacije prema dobavljaču.

#### ***Referentne dokumentovane informacije :***

*Procedura za nabavku*

*Uputstvo za rad magacina*

*Plan nabavki*

*Ostali dokumenti nastali u procesu nabavki*



## **8.5. Prodaja i pružanje usluga**

### **8.5.1 Upravljanje uslugama u skladu sa potrebama, zahtjevima i očekivanjima korisnika**

Ustanova pruža starim, hronično bolesnim, invalidnim, iznemoglim i drugim osobama socijalne, zdravstvene i servisne usluge primjenom institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika zaštite.

U Gerontološkom centru se planiraju i provode stručni poslovi rehabilitacije, resocijalizacije i reintegracije korisnika usluga i preduzimaju mjere organizacije što kvalitetnijeg života u starosti.

Djelatnost, odnosno poslovi i zadaci Gerontološkog centra, u okviru institucionalnog i vaninstitucionalnog oblika zaštite, obavljaju se kroz procese kako je navedeno u mapi i mreži procesa.

Gerontološki centar nudi domski smještaj i obezbjeđuje potpuno zbrinjavanje i organizovanu, sveobuhvatnu brigu o starim osobama, koje zahtijevaju pojačanu brigu i njegu i za koje je smještaj neophodan, kao jedini način rješavanja i zadovoljavanja njihovih osnovnih životnih potreba.

Osim toga Gerontološki centar obezbjeđuje prihvatilište za punoljetne osobe u stanju socijalne potrebe. Rad prihvatilišta organizovan je u zasebnom, montažnom objektu, smještenom u dvorišnom prostoru Centra, sa osnovnim ciljem sprječavanja i suzbijanja prosjačenja i skitnje na području Kantona Sarajevo, kao i prihvata i privremenog zbrinjavanja osoba koje su se našle u stanju socijalne potrebe. Ovim licima se pružaju usluge prihvata, privremenog smještaja, ishrane i higijenske obrade.

Kućna njega podrazumijeva zdravstvenu njegu polupokretnih i nepokretnih starih, iznemoglih, bolesnih i invalidnih osoba, koje ne zahtijevaju bolnički tretman ili je isti završen i kod kojih se svrha pružanja odgovarajuće pomoći može ostvariti u njihovoj kući.

Pružanje navedenih usluga vrši se pod kontrolisanim uslovima u cilju dobijanja usluge definisanog kvaliteta i prevencije eventualnih neusklađenosti.

Planiranje i priprema aktivnosti u određenom procesu je u nadležnosti odgovorne osobe za proces ili Službu.

Osnova za pružanje usluga u skladu sa zahtjevima, potrebama i očekivanjima korisnika je potpisani ugovor, ukoliko se u njemu navode specifičnosti usluge, odnosno dobra stručna praksa ukoliko se radi o uobičajenom postupanju sa korisnicima.

Osnovne cjeline svakog procesa kroz koji se realizuje usluga su:

- Planiranje usluga,
- Identifikacija i slijedljivost u pružanju usluga,
- Očuvanje proizvoda koji se koriste za realizaciju usluga (hrana, sredstva i materijal za higijenu, oprema za zaposlene i sl.),
- Održavanje sopstevnih kapaciteta uključujući i rezervne dijelove za opremu i objekte,
- Verifikacija pojedinih usluga ukoliko je pogodno,
- Uslovi rada za zaposlene u Gerontološkom centru.

Pružanje usluga se provodi u kontrolisanim uslovima što obuhvata:

- Raspoloživost informacija koje opisuju karakteristike usluga,
- Korištenje odgovarajuće opreme i odgovarajućih radnih uslova,
- Usklađenost sa standardima i planovima,
- Praćenje i kontrolu odgovarajućih parametara procesa,



- Potvrdu o procesu i opremi kada je to potrebno,
- Kriterijumi dobrog rada koji su utvrđeni na najpogodniji praktičan način i
- Odgovarajuće održavanje sopstevne opreme kako bi se osigurala stalna sposobnost procesa.

### **Raspoloživost informacija koje opisuju karakteristike proizvoda/usluga**

Informacije o pružanju usluga su dokumentovane u neophodnoj mjeri i na pogodan način preko:

- Dokumentacije koja sadrži sve potrebne podatke o korisnicima,
- Pisanih postupaka koji propisuju aktivnosti u vezi sa ispunjenjem zahtjeva sistema upravljanja kvalitetom u procesu pružanja usluga i redosljed odvijanja određenih aktivnosti.

### **Korištenje odgovarajuće opreme za pružanje usluga i odgovarajućih radnih uslova**

Prostori, objekti, prostorije i oprema projektovani su i izrađeni/adaptirani u skladu sa zakonskim propisima, iskustvom i specifičnim zahtjevima procesa rada, kako bi se na minimum smanjio njihov neželjeni uticaj na kvalitet pružanja usluga i uslova rada zaposlenih u Gerontološkom centru.

U svim slučajevima kada su uslovi okoline, kao što su temperatura, vlažnost ili čistoća, ili neka druga karakteristika, važni za kvalitet usluga ili sposobnost procesa, vrši se njihovo kontrolisanje i verifikacija.

Procedurama i operativno tehničkom dokumentacijom su utvrđeni zahtjevi za:

- pružanje usluga,
- kontrolisanje karakteristika uslova boravka i pružanja usluga.

### **Usklađenost sa standardima i planovima kvaliteta**

Planovi kvaliteta, koji se izrađuju za standardne usluge koje Ustanova pruža, prikazuju vezu između dokumenata sistema upravljanja kvalitetom i specifičnih zahtjeva za pružanje usluga prema mapi procesa.

### **Praćenje i kontrola odgovarajućih parametara procesa i karakteristika usluga**

Radi smanjenja mogućnosti greške u važnim tačkama procesa pružanja usluga vrši se verifikacija kvaliteta izvedenih usluga ili radnih uslova. Ove verifikacione aktivnosti su dokumentovane u neophodnoj mjeri i na pogodan način preko:

- izvještaja od strane službe socijalnog rada o stanju korisnika usluga i promjenama koje su nastupile u pružanju usluga i eventualno o problemima koji su nastali, a koji se ne mogu tretirati kao neusaglašenosti,
- izvještaja od strane službe za zdravstvenu zaštitu i njegu o zdravstvenom stanju korisnika usluga i eventualnim promjenama koje su u tom smislu nastale, a koje se ne mogu tretirati kao neusaglašenosti.

### **Potvrdu o procesu pružanja usluga i opremi kada je to potrebno**

Procesi pružanja usluga se verifikuju kao sposobni i pouzdani u odnosu na odgovarajuće specifikacije. Verifikacija ovih procesa obuhvata, prije svega, mjerenje kvaliteta i kvantiteta isporučenih usluga i funkcionalnosti u odnosu na očekivanja i potrebe korisnika.

Sva oprema i instrumenti u procesu pružanja usluga, provjeravaju se prije korištenja u pogledu njihove pouzdanosti, a u skladu sa očekivanjima za svaku karakteristiku koja je važna za kvalitet usluga.



### **Kriterijumi dobrog rada koji su utvrđeni na najpogodniji praktičan način**

Naprijed navedena dokumentacija prilagođena je po obliku i sadržaju korištenju u procesima pružanja usluga i najčešće sadrži dovoljno jasne kriterijume za dobar rad, zahtjeve koje zaposleni u procesu pružanja ostalih usluga treba da ispune što i potvrđuje potpisom operativnog osoblja nakon završene smjene.

### **Odgovarajuće održavanje opreme kako bi se obezbjedila stalna sposobnost procesa**

Program preventivnog i tekućeg održavanja opreme u objektima koja se koristi u procesu pružanja usluga obezbjeđuje stalnu sposobnost procesa i adekvatnog pružanja usluga. Naročita pažnja se posvećuje opremi koja ima uticaja na ključne karakteristike usluge (liftovi, grijanje, oprema u kuhinji i vešeraju, oprema u ambulanti, elektronska audio i video oprema, itd).

Validacija procesa pružanja usluga se obavlja u odnosu na:

- definisane kriterijume prihvatljivosti usluga,
- definisane kriterijume za preispitivanje i odobravanje ponašanja zaposlenog osoblja koji je u direktnom kontaktu sa korisnicima usluga,
- odobrenu opremu i kvalifikaciju osoblja.

#### **8.5.2 Identifikacija i sljedljivost**

Kroz cijeli proces postupanja sa korisnicima usluga u Ustanovi obezbjeđuje se mogućnost identifikacije u svim fazama pružanja usluge.

Sljedljivost se obezbjeđuje u mjeri i obimu koje zahtjeva:

- korisnik,
- propisi i
- standardi

Kada je to pogodno Ustanova identifikuje i zapisuje porijeklo bilo kog proizvoda koji se koristi u pružanju usluga ili se ugrađuje u objekte i instalacije, uključujući ličnu odgovornost za verifikaciju u toku pružanja usluga. Osim toga identifikuje i zapisuje podatke o osoblju koje je angažovano u direktnom pružanju usluga u procesima kako bi se obezbjedila sljedljivost u slučaju da se pojave neusklađenost, reklamacija korisnika i potreba utvrđivanja odgovornosti. Takođe, Ustanova obezbjeđuje da su svi neusklađeni proizvodi koji su vraćeni, izdvojeni ili povučeni, jasno i vidljivo identifikovani i uskladišteni na posebno označenom prostoru. Kada je u pitanju neusklađenost usluga čiji je uzrok angažovano osoblje, istražuje se uzrok neusklađenosti i postupa u skladu sa procedurom.

Identifikacija omogućava sljedljivost praćenjem unazad, od pružene i isporučene usluge, do ugovora i ponude i obrnuto, a postiže se kroz precizno označavanje dokumenata, datumiranja i povezivanje oznaka.

#### **8.5.3 Imovina koja pripada korisnicima ili eksternim dobavljačima**

Ukoliko se u procesima realizacije usluge koriste proizvodi koji su imovina korisnika i koje je korisnik nabavio za ličnu upotrebu, Ustanova se prema takvim predmetima i ostalim materijalnim vrijednostima ponaša kao prema svojim proizvodima, nastojeći da ih sačuva od oštećenja i gubitka.

Proizvodi i ostale materijalne vrijednosti koji se isključivo koriste za ličnu upotrebu korisnika Ustanove, nalaze se u prostoriji korisnika koji se o njima lično stara.



U slučaju da se proizvod i/ili materijalna vrijednost koji je svojina korisnika, izgubi, ošteti ili ako se utvrdi da je uništen u toku procesa realizacije usluge, Ustanova se dogovara sa korisnikom radi preduzimanja odgovarajućih mjera.

#### **8.5.4 Očuvanje proizvoda koji se koriste za vršenje usluge**

Ustanova kroz osmišljen i kontrolisan proces vodi brigu da svi proizvodi i materijali koji se koriste u pružanju usluga ostanu sačuvani u pogledu zahtjevanih i očekivanih karakteristika kroz cijeli proces, te da se obezbjedi da ne dođe do njihovog otuđenja, oštećenja ili narušavanja kvaliteta.

Iz tog razloga vode se odgovarajuće evidencije o prijemima, toku procesa i isporukama, odnosno utrošcima.

Ustanova primjenjuje i održava dokumentovane informacije za rukovanje, skladištenje, zaštitu i isporuku (transport) proizvoda. Ovaj dio realizacije podrazumjeva:

- primjerena transportna sredstva za prevoz korisnika i osoblja;
- ispravne i za korištenje bezbjedne liftove, audio i video opremu i slično;
- potrebne i odgovarajuće uslove skladištenja za proizvode, uređaje, rezervne dijelove, pomoćne materijale, koji spriječavaju miješanje i oštećenje.

Ustanova raspolaže pogodnim i dovoljnim prostorima za skladištenja materijala i proizvoda koji se koriste u pružanju usluga.

Metode i načini rukovanja imaju za cilj da spriječe oštećenja i pogoršanje kvaliteta, kao i da obezbjede bezbjedno i brzo rukovanje prilagođeno vrsti proizvoda. Svi proizvodi moraju biti odgovarajuće zaštićeni u zonama u kojima postoji opasnost od narušavanja kvaliteta.

Kod potencijalno nestabilnih materijala i proizvoda, vrši se povremeno ponovno kontrolisanje u cilju utvrđivanja postojanosti kvaliteta.

Procedure koje Ustanova primjenjuje za rukovanje, skladištenje, i isporuku obezbjeđuju očuvanje proizvoda, rezervnih dijelova i materijala.

#### **8.5.5 Aktivnosti nakon pruženih usluga**

Nakon realizovane usluge na mjesečnom nivou, a prema ugovoru vrši se plaćanje usluge od strane korisnika ili od strane lica koje je nevedeno u ugovoru. Usluga koju pruža Gerontološki centar nije jednokratna već permanentna u dužem vremenskom intervalu, te se ponašanje prema korisnicima zasniva na pažljivom praćenju zadovoljenja potreba i očekivanja korisnika, a u skladu sa ugovorom. Korisnici su u stalnoj komunikaciji sa osobljem, tako da se eventualna pitanja rješavaju na najbrži mogući način, a u slučaju pojave neusklađenosti postupa se po proceduri za neusklađenost i korektivne mjere.

#### **8.5.6 Upravljanje izmjenama**

U slučaju izmjena koje utiču na specificirane zahtjeve za usluge, Ustanova obezbjeđuje, evidentira i analizira sve informacije o izmjenama u postojeće dokumente. Šefovi Službi/odgovorna lica za rad Službe svojim potpisom odobravaju izmjene, a ukoliko izmjene prevazilaze njihove nadležnosti dogovaraju se sa ostalim članovima uprave i Direktorom. Ukoliko je potrebno, blagovremeno o tome obavještavaju lica koja su potpisnici ugovora kao korisnici.

Sve izmjene se arhiviraju u evidenciju korisnika, radi praćenja i validacije izmjena.



## **8.6. Kontrola i odobravanje kvaliteta pruženih usluga**

U Ustanovi je definisan metod kontrole tokom koje se prate svi specificirani zahtjevi procesa pružanja usluga.

Osoblje koje radi u direktnom kontaktu sa korisnicima usluga je nadgledano od strane Stručnog savjetnika-ljekara, Višeg stručnog saradnika –Glavna medicinska sestra/tehničar, Stručnog saradnika za zdravstvenu zaštitu /dežurna sestra, šefa Službe socijalnog rada/dežurnog socijalnog radnika, i šefa Službe servisnih usluga/odgovornog lica za rad Službe u smjeni koja ocjenjuje kvalitet rada osoblja u odnosu na korisnike, poštivanje plana , satnice za davanje terapije, higijene u određenim odjeljenima i kontroliše sve ostale planirane aktivnosti u smjeni. Ukoliko se tokom smjene sve odvijalo u skladu sa planom i sa dobrom stručnom praksom, takva konstatacija se zapisuje u Knjigu dežurstva određene Službe, navode se eventualne napomene za narednu smjenu i vrši se primopredaja smjene. Ukoliko je u bilo kojim obliku došlo do odstupanja od plana, ili do bilo kakavih problema sa korisnicima, kvarova na uređajima ili do bilo kakave neuobičajene situacije, takve stavke se takođe evidentiraju u Knjigu dežurstva Službe socijalnog rada, Svesku dežurstva Službe zdravstvene njege i rehabilitacije, Svesku opažanja dežurne sestre o promjeni stanja korisnika, Knjigu dežurstva Unutrašnje službe zaštite i Evidenciju prijavljenih kvarova u objektima KJU „Gerontološki centar” Sarajevo, i informiše se sljedeća smjena kroz primopredaju smjene. Ove evidencije analizira odgovorno lice u Službi odmah po stupanju na posao, vrši korekcije ili konstatuje neusklađenost i dalje postupa kao u slučaju neusklađene usluge.

Validacija procesa se obavlja u skladu sa svim specificiranim zahtjevima za uslugu, kako bi se obezbjedilo da izlazni rezultati odgovaraju ulaznim zahtjevima i kako bi se obezbjedili propratni dokazi da je usluga koja je pružena na nivou ugovorene.

## **8.7. Upravljanje neusaglašenim uslugama**

Usluge koji nisu usklađene sa zahtjevima, potrebama i očekivanjima su identifikovane i zapisane od strane osoblja, a od strane odgovornih u procesu istražen uzrok i napravljena korekcija koja se odmah može sprovesti. Ukoliko identifikovani problemi prevazilaze mogućnosti i nadležnosti odgovornih osoba u procesu i Službi, zajedno sa Stručnim saradnikom za kvalitet i informisanje evidentira se neusklađenost i istražen uzrok. Dalje se postupa po proceduri za neusklađenosti i korektivne mjere kako je dalje opisano u ovom poslovniku.

### **Identifikacija neusklađenosti i korekcije**

Usluga koja nije u potpunosti usklađena sa zahtjevima, potrebama i očekivanjima korisnika, ili zakonskom regulativom, može se javiti u svim fazama poslovanja.

Neusklađenost može biti identifikovana od strane bilo kojeg učesnika u procesima: šefa Službe/odgovornog lica za rad Službe ili neposrednih izvršilaca određene aktivnosti. U svakom slučaju, lice koje je uočilo neusklađenost je dužno da uočenu neusklađenost prijavi nadređenom odgovornom licu ili ukoliko se radi u smjenama, zapiše u neku od predviđenih evidencija - knjigu dežurstva. Šef Službe/odgovorno lice za rad Službe, na redovnim sastancima analizira uzroke nastalih problema i ukoliko je moguće, donosi odluku o rješavanju uočenih problema. Ukoliko problem koji je evidentiran kao neusaglašenost prevazilazi mogućnost rješavanja u okviru Službe, šef Službe/odgovorno lice za rad Službe popunjava **Zapis o neusklađenosti** i dostavlja ga Stručnom saradniku za kvalitet i informisanje. Svi prikupljeni zapisi o neusklađenosti se stavljaju na dnevni red na sljedećem sastanku uprave, kako posljedice neusklađenosti ne bi dovele u pitanje funkcionisanje sistema. U hitnim



slučajevima se neusklađenost rješava odmah kroz privremene korekcije, naknadno se pokreću korektivne mjere koje će dovesti do trajnog rješenja problema.

U slučaju nabavljenih proizvoda ili rezervnih dijelova, svi proizvodi na kojima se prilikom prijema uoče nedostaci se odlažu na predviđeno mjesto vidno obilježeni, evidentiraju se i čuvaju do konačnog povrata dobavljaču.

### **Analiza uzroka neusklađenosti i predlaganje korektivnih mjera**

Analizu neusklađenosti vrši Stručni saradnik za kvalitet i informisanje u saradnji sa šefom Službe/odgovornim licem za rad Službe ili stručnim saradnikom iz procesa gdje je neusklađenost nastala, ili čak sa više njih. Nakon istražnih radnji, uzrok koji je doveo do neusklađenosti se prezentuje upravi Ustanove zjedno sa prijedlogom korektivne mjere/mjera. Korektivne mjere podrazumjevaju opis aktivnosti, zadužene izvršioce i rok za realizaciju.

Korektivne mjere se donose radi trajnog otklanjanja uzroka koji su doveli do pojave neusklađenosti da bi se spriječilo njihovo ponavljanje.

Korektivne mjere su srazmjerne posljedicama koje neusklađenosti prouzrokuju i obuhvataju:

- mjere u postupku rješavanja reklamacija i prigovora od strane korisnika,
- mjere nakon uočenih neusklađenosti u procesu pružanja usluga,
- mjere u postupku nabavke i kontrole ulaznih materijala i proizvoda,
- mjere nakon izvještaja o kvaru i procesu održavanja objekata, opreme i transportnih sredstava.
- mjere nakon internih provjera sistema upravljanja kvalitetom,
- mjere nakon preispitivanja sistema upravljanja kvalitetom od strane rukovodstva.

Izvještaji o rezultatima sprovođenja aktivnosti po korektivnoj mjeri, se dostavljaju Direktor u sklopu redovnih mjesečnih izvještaja.

## **9. VREDNOVANJE PERFORMANSI**

### **9.1. Praćenje, mjerenje, analiza i vrednovanje**

Uprava Gerontološkog centra provodi kontrolu, analize i poboljšanja radi osiguranja usklađenosti usluga sa zahtjevima korisnika, obezbjeđenja usklađenosti sistema upravljanja kvalitetom i stalno poboljšanje efektivnosti i efikasnosti poslovnog sistema.

#### **9.1.1 Opšte**

Ustanova planira i primjenjuje neophodne procese praćenja, analiza i poboljšanja koje treba da:

- demonstriraju usklađenost usluga sa utvrđenim zahtjevima,
- obezbjedi usklađenost sistema za upravljanje kvalitetom sa standardom ISO 9001:2015,
- kontinuirano poboljšavaju efektivnost sistema upravljanja kvalitetom.

Ovi procesi u sistemu upravljanja kvalitetom su prepoznati u više oblika, tako što su:

- integrisani u procese realizacije usluga (glavne procese i pomoćni procesi) tako što prate podatke o parametrima procesa tokom njihovog odvijanja,
- definisani kao procesi verifikacije proizvoda koji su dopremljeni od dobavljača na prijemu, tokom isporuke i naknadno tokom pružanja usluga,
- integrisani u proces upravljanja ciljevima, kao dio tog procesa, kroz izbor parametara (podataka) kao indikatora ostvarenja ciljeva, kao i kroz izvještaje o ostvarenju tih ciljeva, njihovo preispitivanje od strane uprave,
- definisani kao posebni procesi za provjere sistema upravljanja kvalitetom,



- preduzete korektivne mjere na neusklađenim uslugama i/ili sistemu upravljanja kvalitetom,
- analizirani rizici kako bi se što više smanjila mogućnost pojave neusklađenosti,
- obezbjeđeni postupci preduzimanja poboljšanja i inovacija na osnovu provedenih analiza ili ideja zaposlenih.

### **9.1.2 Zadovoljstvo korisnika**

Uprava Gerontološkog centra ističe princip svog poslovanja kao pouzdanog partnera koji je opredjeljen za pružanje kvalitetnih usluga čime ukazuje svim građanima u Kantonu Sarajevo i šire na:

- kvalitet svojih usluga, posvećenost osposobljenog i kompetentnog osoblja i visoki nivo povjerenja,
- sigurnost korisnika usluga institucionalnog oblika zaštite tokom boravka u Gerontološkom centru.

Rukovodstvo je utvrdilo metode za prijem informacija o stavovima korisnika usluga koji uključuju:

- informacije o tome kako je korisnik dobio podatke o Ustanovi,
- informacije o stepenu zadovoljstva korisnika usluga,
- informacije o broju reklamacija i prigovora od strane korisnika ili potpisnika ugovora.

#### **Informisanost tržišta o djelatnosti organizacije**

Prikupljanje informacija o tome kako je korisnik dobio podatke o Ustanovi organizuje Stručni saradnik-sociolog, odnosno Služba za edukaciju, plan i analizu, a provode je zaposlenici koji su u direktnom kontaktu sa korisnicima usluga ili potpisnicima ugovora. Nakon prikupljanja, informacije se obrađuju i analiziraju, te se koriste u toku preispitivanja sistema od strane uprave.

Podaci o informisanosti korisnika usluga su ulazne informacije za daljne marketinške aktivnosti.

#### **Informacije o stepenu zadovoljstva korisnika usluga**

Stručni saradnik za kvalitet i informisanje u saradnji sa Službom za edukaciju, plan i analizu organizuje prikupljanje podataka o zadovoljstvu, a provodi je osoblje koje je u direktnom kontaktu sa korisnicima usluga ili potpisnicima ugovora.

Stručni saradnik-sociolog, odnosno Služba za edukaciju, plan i analizu vrši analizu ankete na godišnjem nivou i rezultate ankete predočava Upravi prilikom prepitivanja sistema upravljanja.

Rezultati ankete, tj. analiza stepena zadovoljstva korisnika usluga su ulazne informacije za poboljšanje poslovanja Ustanove i poslovnih procesa.

Na osnovu godišnje analize stepena zadovoljstva korisnika usluga, Direktor postavlja ciljeve i razrađuje metode za podizanje stepena zadovoljstva korisnika na veći nivo.

#### **Informacije o broju reklamacija i prigovora**

Stručni saradnik za kvalitet i informisanje pribavlja precizne podatke o svim reklamacijama i prigovorima od strane korisnika, koje su odgovorni u procesima iznijeli kao probleme na nivou sistema upravljanja Ustanovom. Posebna pažnja se posvećuje tipu reklamacija i prigovora na osnovu utvrđenog nedostatka u toku pružanja usluga. Po završenim aktivnostima rješavanja reklamacije ili prigovora, dalje se pojačano prati stepen zadovoljstva korisnika.

Stručni saradnik za kvalitet i informisanje evidentira sve reklamacije korisnika, uzrok reklamacija/prigovora i način rješavanja. Rezultati analize reklamacija i prigovora, te stepena zadovoljstva korisnika se predočavaju Upravi Ustanove u redovnim intervalima, a obavezno na preispitivanju sistema od strane uprave.





Rezultati ove analize su ulazne informacije za poboljšanje procesa i podizanje stepena zadovoljstva korisnika na viši nivo.

Na osnovu godišnje analize reklamacija i prigovora korisnika na pružene usluge, Direktor postavlja ciljeve za smanjenje broja reklamacija za sledeću godinu, a uprava donosi plan za realizaciju postavljenog cilja.

### **9.1.3 Analiza i vrednovanje**

Uprava Gerontološkog centra utvrđuje metod i period za analizu podataka dobijenih kao rezultat praćenja i kontrolisanja u procesu pružanju usluga. U okviru strateškog planiranja, postavljaju se godišnji opšti ciljevi poslovanja i određuje okvirni godišnji budžet Ustanove.

Uprava Gerontološkog centra prikuplja i analizira podatke radi poboljšanja sistema upravljanja kvalitetom i radi procjene gdje mogu biti preduzeta poboljšanja sistema. Podaci se prikupljaju u kontaktu sa korisnicima, analizom zadovoljstva korisnika, analizom dobavljača, praćenjem trendova, praćenjem i analizom konkurencije. Stručni saradnik za kvalitet i informisanje priprema i obrađuje podatke, a analiza se vrši prilikom preispitivanja Sistema upravljanja kvalitetom od strane uprave.

Takođe predmet redovnog izvještavanja su rezultati sljedećih analiza:

- **Analiza usklađenosti usluga sa zahtjevima**

Šefovi Službi/odgovorna lica za rad službe i stručni saradnici u procesima koji su direktno vezani za pružanje usluga izvještavaju Stručnog saradnika za kvalitet i informisanje o broju neusklađenih usluga.

- **Ocjenjivanje i poboljšanje zadovoljstva korisnika**

Stručni saradnik za kvalitet i informisanje izvještava Direktora o rezultatima analize ankete korisnika, te broju reklamacija i prigovora od strane korisnika.

- **Obezbjeđivanje usklađenosti i efektivnosti sistema upravljanja kvalitetom**

Stručni saradnik za kvalitet i informisanje izvještavaju Direktora o primjeni sistema upravljanja kvalitetom.

- **Ocjenjivanje performansi procesa**

Šefovi službi/odgovorna lica za rad Službe i stručni saradnici izvještavaju upravu o analizi praćenja i mjerenja performansi procesa.

- **Ocjenjivanje performansi dobavljača**

Šef službe finansijsko-računovodstvenih poslova u saradnji sa šefom Službe pravnih i općih poslova obavještava Direktora i ostale članove uprave o procesu nabavke u odnosu na ugovorne obaveze dobavljača. Ocjena dobavljača se ažurira na godišnjem nivou, na osnovu provedenih javnih nabavki.

- **Utvrđivanje potreba i mogućnosti za poboljšanje u sistemu upravljanja kvalitetom**

Odgovone osobe po procesima predlažu mjere za poboljšanje i način sprovođenja mjera. Direktor razmatra predloge za poboljšanje i donosi odluke o sprovođenju mjera poboljšanja za naredni period.

## **9.2. Interna provjera**

Uprava Gerontološkog centra donosi Godišnji program internih provjera kako bi utvrdilo usklađenost sa:

- definisanim postavkama sistema upravljanja kvalitetom i
- zahtjevima standarda ISO 9001:2015



Uprava Gerontološkog centra kroz realizaciju godišnjeg programa internih i eksternih provjera obezbjeđuje efektivnu primjenu i održavanje sistema upravljanja kvalitetom.

Uprava obezbjeđuje da se pojedinačne provjere pažljivo planiraju kroz :

- definisanje kriterijuma, područje i predmet provjere,
- izbora internih provjerivača koji su prošli obuku za sprovođenje interne provjere ili angažovanjem spoljnih provjerivača,
- informisanost provjerivača o predmetu provjere, značaju i ciljevima procesa, povratnim informacijama od korisnika, izmjenama i rezultatima prethodnih provjera,
- načinu izvještavanja.

**Program internih i eksternih provjera** sistema upravljanja kvalitetom se izrađuje na godišnjem nivou i usvaja zajedno sa planom poslovanja i budžetom.

Na osnovu godišnjeg programa internih provjera, Direktor daje **Nalog za pojedinačnu internu provjeru**, nakon čega Stručni saradnik za kvalitet i informisanje vrši izbor provjerivača i izrađuje **Plan provjere**. Plan provjere se dostavlja voditeljima procesa i Službi koje su predmet provjere, kako bi svoje obaveze uskladili sa navodima plana.

Nakon sprovođenja interne provjere Vođa tima provjerivača dostavlja nalaze Stručnom saradniku za kvalitet i informisanje, koji na osnovu toga izrađuje Izvještaj sa interne provjere.

Na osnovu izvještaja sa interne provjere, rukovodstvo razmatra uočene neusklađenosti, uzrok neusklađenosti i pokreće neophodne korektivne mjere.

Izvještaji sa internih provjera su ulazne informacije za preispitivanje sistema upravljanja kvaliteta od strane rukovodstva.

Stručni saradnik za kvalitet i informisanje odlaže dokumente internih provjera (godišnji progam, planove i izvještaje) u arhivu. Dokumenti internih provjera se čuvaju u arhivi Ustanove pet godina.

### **9.3. Preispitivanje od strane rukovodstva**

#### **9.3.1 Opšte**

#### **9.3.2 Ulazni elementi za preispitivanje od strane rukovodstva**

Uprava Gerontološkog centra vrši preispitivanje sistema upravljanja kvalitetom najmanje jedanput godišnje.

Odgovorne osobe po procesima i funkcijama pripremaju godišnje izvještaje o radu i dostavljaju Direktor na analizu. Godišnji rezultati po procesima i službama su predmet prepitivanja sistema upravljanja.

Na sastanku uprave se razmatra:

- realizacija odluka koje su donesene na posljednjem sastanku uprave na kome je preispitivan sistem upravljanja kvalitetom;
- promjene u organizaciji i izvan nje i ev. strateške promjene;
- informacije o performansama kvaliteta;
- efektivnost preduzetih mjera koje se odnose na rizike poslovanja i mogućnosti koje organizacija ima;
- mogućnosti Ustanove za poboljšanjem poslovanja.

Na sastanku se utvrđuju mogućnosti i donose odluke koje Ustanovu vode ka stalnom poboljšanju poslovanja.



Takođe se definišu potrebe za promjenama unutar sistema upravljanja i definišu resursi koji su neophodni za realizaciju planova.

### **9.3.3 Izlazni elementi za preispitivanje od strane rukovodstva**

Izlazi iz preispitivanja u Ustanovi predstavljaju zbirni izveštaj o analizi stanja, zapisnik o preispitivanju sistema upravljanja kvalitetom i potvrđeni prijedlozi korektivnih mjera.

Realizacijom mjera se, u skladu sa odredbama dokumenata upravljanja kvalitetom i procesima, unapređuju usluge i poboljšavaju performanse poslovnog sistema.

Izveštaje sa preispitivanja od strane uprave, Stručni saradnik za kvalitet i informisanje odlaže u arhivu. Izveštaji se čuvaju u arhivi trajno, radi praćenja napredovanja sistema upravljanja u Ustanovi i praćenja promjena.

## **10. POBOLJŠANJA**

### **10.1. Opšte**

Uprava Gerontološkog centra obezbjeđuje neophodne mjere za ispunjenje zahjeva svojih korisnika usluga i poboljšanje njihovog zadovoljstva kroz:

- poboljšavanje procesa i sprečavanje neusklađenosti;
- poboljšavanje proizvoda i usluga u skladu sa definisanim zahtjevima;
- poboljšanja rezultata sistema upravljanja kvalitetom.

### **10.2. Neusklađenost i korektivne akcije**

Uprava Gerontološkog centra obezbjeđuje:

- da su sve neusklađenosti po pitanju proizvoda/usluge/ procesa uredno identifikovane i da se upravlja sa njima;
- da se utvrde i preispitaju uzroci neusklađenosti i utvrdi potreba za mjerom za otklanjanje uzroka neusklađenosti;
- da se sprovedu neophodne korektivne akcije,
- da se sprovodi preispitivanje efektivnosti korektivnih akcija,
- da se sprovedu izmjene u sistemu upravljanja, ako je neophodno.

Identifikaciju neusklađenosti sprovode svi zaposleni u domenu svog rada u odnosu na definisane zahtjeve za proizvod/uslugu /proces, te dostavljaju Stručnom saradniku za kvalitet i informisanje koji preispituje uzrok neusklađenosti i zajedno sa Direktorom utvrđuje korektivne akcije. Efekte sprovedenih korektivnih akcija i analizu trenda neusklađenosti i korektivnih akcija sačinjava Stručni saradnik za kvalitet i informisanje i obavještava Direktora. Takođe vrše analizu godišnjeg trenda neusklađenosti i korektivnih akcija u svojim procesima i funkcijama.

### **10.3. Stalno poboljšavanje**

Uprava Gerontološkog centra obezbjeđuje stalno poboljšanje prikladnosti, adekvatnosti i efektivnosti sistema upravljanja kvalitetom.

Na godišnjem preispitivanju sistema upravljanja kvalitetom uprava Gerontološkog centra razmatra da li su rezultati analiza i vrednovanja dali zadovoljavajuće rezultate u odnosu na planirano.

Tokom sastanka se naročito razmatraju negativni rezultati i analiziraju uzroci takvih rezultata. Takođe se razmatraju naredne mogućnosti koje Ustanova ima i donose planovi za naredni period.

Uprava Gerontološkog centra analizira realizaciju godišnjih ciljeva poslovanja i vrednuje poslovanje u odnosu na prethodni period radi praćenja razvoja i realizacije dugoročnih strateških ciljeva.