



PRAVILNIK
O UNUTRAŠNJEM SISTEMU
POBOLJŠANJA KVALITETA I
SIGURNOSTI

Sarajevo, 2019. godine

Na osnovu člana 9. Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu („Službene novine Federacije BiH“ br. 59/05 i 52/11), člana 26. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. broj 41/10 i 75/13), člana 46. stav (4) Statuta i Prijedloga Stručnog vijeća Javne ustanove Opća bolnica „Prim dr Abdulah Nakaš“ Sarajevo, direktor donosi:

PRAVILNIK O UNUTRAŠNJEM SISTEMU POBOLJŠANJA KVALITETA I SIGURNOSTI

1. OPŠTE ODREDBE

Član 1.

U okviru zakonske obaveze da građanima pruži uslugu standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja Javana ustanova Opća bolnica „Prim dr Abdulah Nakaš“ Sarajevo (u daljem tekstu: Ustanova) stvara uslove da se zdravstvena zaštita pruža u skladu sa savremenim medicinskim znanjima i tehnologijama i utvrđenim standardima kvaliteta i sigurnosti.

Član 2.

U cilju postizanja optimuma kvaliteta Ustanova uspostavlja unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti koji treba da obezbjedi zdravstvenu uslugu koja je:

- efikasna - jer pruža usluge bazirane na naučnim dostignućima i nastoji da ne pruža usluge od kojih pacijent neće imati koristi (izbjegavanje pružanja previše usluga, malo usluga ili pogrešnih usluga)
- orijentisana na pacijenta - jer obezbjeđuje zaštitu koja odgovara na individualne zahtjeve i iskazane potrebe i vrijednosti pacijenta
- pružena na vrijeme - jer reducira čekanja i štetna odlaganja u pružanju usluga
- sigurna - jer izbjegava povrede pacijenta u nastojanju da mu pomogne
- efektivna - jer izbjegava gubitke, posebno u potrošnji vremena i materijala, snabdijevanju, idejama, energiji
- pružena pod jednakim uslovima - jer ne varira u zavisnosti od personalnih karakteristika kao što su spol, etnička pripadnost, socijalno-ekonomski status i sl.

Član 3.

Ustanova će obezbjeđivati kontinuirano poboljšanje kvaliteta kao strukturiran sistem široke organizacijske participacije u planiranju, implementaciji i mjerenju efektivnosti procesa za kontinuirano poboljšanje zadovoljenja potreba i očekivanja korisnika.

Poboljšanje kvaliteta odnosi se na sva tri dijela sistema pružanja bolničke zdravstvene zaštite:

- strukturu
- procese i
- ishode.

Struktura se odnosi na organizaciju zdravstvene zaštite, uključujući finansiranje, menadžment, osoblje, prostor i opremu, materijale i energente, edukaciju i informacijski sistem.

Proces se odnosi na pružanje dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih usluga, te komunikacije i informisanje na liniji pacijent - zdravstveni profesionalci, kao i međusobne komunikacije medicinskih i drugih profesionalaca u svrhu pružanja zdravstvenih usluga.

Ishodi se odnose na učinke zdravstvene zaštite na zdravstveni status pacijenata, grupa pacijenata i populacije kao cjeline i na zadovoljstvo korisnika, a uključuju i racionalno korištenje resursa.

Član 4.

U okviru uspostave unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti ovim Pravilnikom uređuju se slijedeća pitanja:

- Upravljanje kvalitetom
- Upravljanje rizikom i sigurnost
- Strateško planiranje
- Organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti
- Prava i obaveze rukovodnog kadra i ostalih radnika u procesu upravljanja kvalitetom i sigurnosti
- Oblik, način i učestalost unutrašnje provjere kvaliteta i sigurnosti
- Vrste i način izvještavanja o stanju kvaliteta u Ustanovi
- Samoocjena i unutrašnja ocjena kao pripreme faze za akreditaciju
- Ostvarivanje prava pacijenata u postupku pružanja zdravstvenih usluga
- Planiranje i obezbjeđenje resursa
- Stimulisanje zaposlenika za rad na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti.

2. UPRAVLJANJE KVALITETOM

Član 5.

Upravljanje kvalitetom, kao proces koji prepoznaje i upravlja aktivnostima potrebnim da se dostignu ciljevi kvaliteta Ustanove, baziran je na slijedećim principima:

- Jačanje sistema i procesa
- Ohrabrivanje osoblja da participira i radi timski
- Odlučivanje zasnovano na relevantnim informacijama
- Poboljšanje komunikacija i koordinacije
- Demonstracija posvećenosti rukovodnog osoblja kvalitetu.

Zadatak promoviranja i realizacije navedenih principa odgovornost je rukovodnog osoblja svih organizacionih jedinica i svih nivoa rukovođenja.

Član 6.

Upravljanje kvalitetom podrazumijeva tri međusobno povezane komponente sa uzajamnim djelovanjem i to:

- Dizajniranje kvaliteta
- Kontrolu kvaliteta i
- Poboljšanje kvaliteta.

Dizajniranje kvaliteta je proces planiranja i realizacije planiranih aktivnosti kroz definisanje vizije, misije i vrijednosti Ustanove, strategiju upravljanja kvalitetom, alokaciju resursa i izradu politika, procedura, vodilja, protokola i drugih dokumenata kojima se uređuju svakodnevne aktivnosti pružanja zdravstvenih usluga.

Kontrola kvaliteta podrazumijeva aktivnosti kojima se utvrđuje da li se uspostavljeni standardi primjenjuju konzistentno i u odnosu na sve pacijente.

Kontrola kvaliteta podrazumijeva svakodnevno posmatranje i superviziju da bi se utvrdilo da li osoblje slijedi utvrđene politike, procedure i vodilje, kao i periodičnu kontrolu i mjerenje progressa u odnosu na programske zadatke.

Kontrola kvaliteta zahtijeva blagovremeno prikupljanje i analizu podataka i uspostavu indikatora kvaliteta.

Poboljšanje kvaliteta predstavlja završetak jednog i početak novog ciklusa koji ima za cilj poboljšati standarde i izvođenje kontinuiranim rješavanjem problema.

3. UPRAVLJANJE RIZIKOM I SIGURNOST

Član 7.

Pacijenti i ostali korisnici usluga očekuju da pružene usluge budu sigurne. Međutim, svaki bolnički tretman nosi izvjesne rizike. Stoga bolnički sistem treba tako organizovati da se potencijalni rizici, koji mogu dovesti do povrede, bolesti i/ili komplikacija svedu na minimum.

Upravljanje rizikom i sigurnost odnose se ne samo na pacijente, nego i na ostale korisnike usluga i osoblje i obuhvata kliničke i nekliničke rizike (rizik od povrede osoblja, pacijenata ili posjetilaca, finansijski rizik, rizik od gubitka ugleda, rizik od tužbi, rizik od infekcije, rizik po okolinu itd).

Upravljanje rizikom podrazumijeva pažljivo planiranje, kako bi se utvrdilo postojanje različitih rizika koji su nerazdvojni od procesa pružanja zdravstvenih usluga i svih ostalih procesa, koji se odvijaju u Ustanovi.

Član 8.

Ustanova će stvarati uslove i preduzimati aktivnosti na identificiranju, analizi, kontroli i finansiranju sa ciljem svođenja na minimum nepovoljnih efekata i gubitka ljudskih, fizičkih i finansijskih resursa. Pri tome će ostvariti proaktivni pristup koji obuhvata:

- Utvrđivanje rizika koji postoje ili mogu nastati
- Procjenu tih rizika radi ocjene moguće učestalosti, vjerovatnoće i ozbiljnosti
- Eliminisanje rizika koji se mogu eliminisati
- Smanjenje efekata rizika koji ne mogu biti eliminisani i
- Uspostavljanje finansijskih mehanizama kako bi se obezbjedila sredstva za finansiranje posljedica rizika koji preostaje.

Član 9.

Ustanova uspostavlja sistem upravljanja rizikom, kao sastavni dio sistema upravljanja kvalitetom, i u tom smislu donosi i uspostavlja:

- Strategiju upravljanja rizikom
- Programe procjene rizika u organizacionim jedinicama
- Određuje osoblje zaduženo da vrši procjenu rizika u organizacionim jedinicama
- Obuku osoblja u oblasti upravljanja rizikom
- Sistem prijavljivanja i analize incidentnih situacija
- Analizu rizika na osnovu podnešenih žalbi pacijenata i drugih korisnika
- Plan kriznih situacija
- Programe, politike i procedure u oblasti kontrole infekcije, reanimacije, dekontaminacije, sterilizacije, upravljanja otpadom, sigurnosti na radu, zaštite od požara i sistema fizičkog obezbjeđenja
- Praćenje primjene zakona i drugih propisa kojima se regulišu pitanja sigurnosti
- Mjere i indikatore kontrole rizika
- Planove i mjere poboljšanja kvaliteta u oblasti upravljanja rizikom sa akcentom eliminiranje ili smanjivanje rizika koliko je to moguće
- Izvještavanje o pitanjima upravljanja rizikom.

Član 10.

Prilikom uspostave sistema upravljanja rizikom i realizacije utvrđenih zadataka svi radnici, a posebno rukovodno osoblje dužni su primjenjivati slijedeće principe:

- Bolnice imaju posebnu obavezu da štite pacijente i druge osobe koje zbog njihove bolesti, slabosti, nesposobnosti i sl. mogu biti posebno osjetljive.
- Rizici su sastavni dio aktivnosti u svim zdravstvenim oblastima. Sve zdravstvene ustanove, odnosno sve njihove organizacione jedinice moraju biti odgovorne za identificiranje, analizu i kontrolu rizika u svom djelokrugu.
- Rizici i potencijalne opasnosti mogu dovesti do štete ili gubitka. Izvori opasnosti mogu se predvidjeti, identificirati, potom minimizirati i/ili eliminisati. Sve potencijalne izvore (infektivni i zagađeni materijal, izvori zračenja i sl.) treba nadzirati i kontrolisati.
- Edukacija osoblja da pomogne u identificiranju rizika i izvora opasnosti i da promijeni ponašanje ili uslove na način da se minimiziraju povrede ili gubici imovine bitan je element upravljanja rizikom.
- Imovina je podložna oštećenjima, gubitku, krađi i zloupotrebi, a ti rizici mogu se umanjiti kroz dobro osmišljen sistem dokumentiranja, nadzora i osiguranja.
- Ljudi i imovina izloženi su rizicima nezgoda, vatre i prirodnih katastrofa. Ti rizici mogu se prevenirati ili minimizirati pažljivim planiranjem i primjenom odgovarajućih mjera.
- Sve incidente treba dokumentirati i analizirati njihove uzroke i posljedice.

Član 11.

U domenu upravljanja rizikom Ustanova posebno razvija sistem incidentnih situacija.

Odsijek za planiranje i poboljšanja kvaliteta po potrebi dodatno analizira incidentne situacije i predlaže mjere za otklanjanje nedostataka.

Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta formira baze podataka prema vremenu, učestalosti, kategoriji incidenata, lokaciji nastanka, težini, vrsti, itd.

Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta izvještava Upravni odbor, Direktora Ustanove i organizacione jedinice o prikupljenim podacima i vremenskim trendovima incidentnih situacija najmanje jednom godišnje.

Član 12.

Pojedinačne analize incidentnih situacija i periodični izvještaji koriste se u edukacijske i profesionalne svrhe, radi poboljšanja kvaliteta i sigurnosti.

Ovaj pristup dopušta učenje na greškama i nije mu svrha kažnjavanje i optuživanje, tako da se stvara okruženje u kome je osoblje:

- Ohrabreno da izvještava o štetnim događajima
- Sposobno da uči na tuđim i sopstvenim greškama
- Otvoreno prema pacijentima.

4. STRATEŠKO PLANIRANJE I IZRADA GODIŠNJIH PROGRAMA I PLANOVA

Član 13.

U Ustanovi se usvaja:

- Strategija poboljšanja kvaliteta i
- Strategija upravljanja rizikom.

Član 14.

Strategiju poboljšanja kvaliteta i Strategiju upravljanja rizikom usvaja Upravni odbor, za period od 3 godine i odnosi se na sve usluge, medicinske i nemedicinske.

Član 15.

Strategija poboljšanja kvaliteta sadrži:

- Definicije upravljanja kvalitetom i poboljšanja kvaliteta
- Mjerljive ciljeve i rokove za njihovo izvršenje
- Odgovornost rukovodnog osoblja za upravljanje kvalitetom i poboljšanje
- Organizacionu strukturu kao podršku realizaciji postavljenih ciljeva
- Identificiranje potrebnih znanja i vještina i potreba za edukacijom
- Način postizanja kliničke efektivnosti
- Način pregleda kliničkog kvaliteta (klinička revizija)
- Uspostavu sistema za dobijanje povratnih informacija od korisnika
- Načine pregledanja napretka u odnosu na postavljene ciljeve i izvještavanja
- Druga pitanja od značaja za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvaliteta.

Član 16.

Strategija upravljanja rizikom sadrži:

- Definicije rizika i upravljanja rizikom
- Ciljeve strategije upravljanja rizikom
- Izjavu o politici upravljanja rizikom
- Identifikaciju ključnih rizika i zahtjeve za njihovo prioritarno rješavanje
- Izvještavanje o incidentnim situacijama
- Načine pristupanju riziku i mjerenje rizika
- Korištenje sistema žalbi za identifikaciju rizika
- Načine pregledanja napretka u odnosu na postavljene ciljeve
- Izvještavanja
- Druga pitanja od značaja za upravljanje rizikom

Član 17.

Na osnovu Strategije poboljšanja kvaliteta i Strategije upravljanja rizikom svako odjeljenje i samostalni odsjek donosi godišnji plan/program poboljšanja kvaliteta/procjene rizika.

Plan/program treba da je usmjeren na ispunjenje potreba i očekivanja korisnika usluga, da sadrži pregled pružene zdravstvene zaštite, identifikaciju prilika za poboljšanje izvršenja i preporuke za akciju i dalja praćenja.

Plan/program utvrđuje direktor/šef organizacione jedinice, na osnovu prijedloga radnika organizacione jedinice iz st.1.ovog člana.

Član 18.

Direktor bolnice/šef odjeljenja/šef samostalnog odsjeka ili službe imenuje člana osoblja zaduženog da pripremi procjenu rizika za organizacionu jedinicu i stara se o pitanjima upravljanja rizikom.

5. ORGANIZACIJSKA STRUKTURA UPRAVLJANJA KVALITETOM I SIGURNOSTI ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 19.

Organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga uspostavlja se na nivou Ustanove i na nivou organizacionih jedinica (odjeljenja, samostalni odsjeci i samostalne službe).

5.1. Organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga na nivou Ustanove

Član 20.

Organizacijsku strukturu za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga na nivou Ustanove čine:

- Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta
- Koordinator kvaliteta (može biti šef Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta ili predsjednik Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga)
- Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Druge komisije/komiteti/timovi/odbori koji se obrazuju na osnovu Akreditacijskih standarda za bolnice
- Stručno vijeće.

5.2. Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta

Član 21.

Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta ima zadatak da radi na uspostavi unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i vrši pripremu Ustanove za vanjsku provjeru kvaliteta (akreditacija). U okviru poslova utvrđenih Pravilnikom o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji, Odjeljenje naročito:

- Daje prijedlog misije, vizije i vrijednosti Ustanove
- Razmatra prijedlog misije, vizije i vrijednosti Ustanove, politika, strateških i godišnjih planova u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i druga pitanja vezana za uspostavu sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti
- Prikuplja relevantne podatke i informacije potrebne za unutrašnju i vanjsku provjeru kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Vršu izradu Strategije poboljšanja kvaliteta i pruža stručnu pomoć kod izrade posebnih strategija (strategija osiguranja zdravih radnih mjesta, strategija upravljanja otpadom i sl.)
- Pruža pomoć organizacionim jedinicama pri izradi planova/programa poboljšanja kvaliteta i upravljanja rizikom
- U saradnji sa organizacionim jedinicama vrši izradu prijedloga zajedničkih politika i procedura
- Vršu izradu konačnog teksta politika i procedura
- Prati rad svih Komisija
- Vršu uspostavu indikatora kvaliteta i kontrolu kvaliteta koristeći uspostavljene indikatore
- Provodi mjerenje zadovoljstva pacijenata i osoblja

- Razmatra izvještaje koji se odnose na prijavljivanje, praćenje i analizu incidentnih situacija, žalbi, pohvala i sugestija i mjerenje zadovoljstva/iskustva pacijenata i daje prijedloge za poboljšanje kvaliteta
- Razmatra izvještaje o praćenju indikatora kvaliteta i daje prijedloge za uvođenje novih indikatora
- Daje prijedloge za izradu plana edukacija osoblja u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Prati realizaciju programa i planova u oblasti poboljšanja kvaliteta i upravljanja rizikom
- Vršiti izradu periodičnih i godišnjeg izvještaja o stanju kvaliteta
- Pruža pomoć organizacionim jedinicama kod provođenja samoocjene
- Vršiti pripremu Ustanove za akreditaciju
- Saraduje sa AKAZ i drugim organizacijama u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti.

5.3. Koordinator kvaliteta

Član 22.

Koordinator kvaliteta je zadužen za podizanje unutrašnjeg sistema kvaliteta u Ustanovi.

Član 23.

Funkciju Koordinator kvaliteta obavlja šef Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta ili predsjednik Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Član 24.

Koordinator obavlja slijedeće poslove:

- Razvija, vodi i vrši monitoring procesa poboljšanja kvaliteta i sigurnosti
- Radi na podizanju svijesti zaposlenika o značaju standardizacije i akreditacije
- Daje preporuke i pojašnjenja vezana za standardizaciju
- Koordinira rad na poboljšanju kvaliteta u Ustanovi
- Saraduje sa AKAZ-om i drugim organizacijama u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti
- Neposredno saraduje sa šefom Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta ili predsjednikom Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti (zavisno od toga ko je imenovan za koordinatora da li šef odjeljenja ili predsjednik komisije).

Član 25.

Koordinator naročito:

- Zakazuje sastanke i predlaže dnevni red Komisije
- Predlaže tekst Poslovnika o radu Komisije
- Radi na pripremi materijala o kojima Komisija raspravlja
- Stara se o realizaciji preporuka i zaključaka Komisije
- Priprema izvještaje o radu Komisije.

5.4. Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga

Član 26.

Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga ima zadatak da, u saradnji sa Odjeljenjem za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta, radi na uspostavi unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, a naročito:

- Razmatra pitanja provođenja unutrašnje provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Priprema materijale za sastanke Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Osigurava integraciju i koordinaciju programskih aktivnosti
- Daje preporuke za uvođenje i promjenu bolničkih standarda, protokola, politika i procedura
- Prati rad komisija/komiteta/odbora koji se obrazuju u skladu sa ovim Pravilnikom
- Vršiti evaluaciju usvojenih strategija, planova i politika
- Predlaže mjere za uvezivanje informacija o aktivnostima u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Razmatra izvještaje o pokrenutim sporovima za naknadu štete proizašle iz žalbi na kvalitet zdravstvenih usluga i odnos prema pacijentima i izvještaje o provedenom inspekcijskom nadzoru
- Učestvuje u postupku vanjske provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Saraduje sa Agencijom za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH (u daljem tekstu: AKAZ), drugim zdravstvenim ustanovama i institucijama u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Obavlja i druge poslove koji proizilaze iz zakonskih i podzakonskih akata, uputa AKAZ-a, strategija i planova koji se donose od strane nadležnih zakonodavnih organa i organa uprave i strategija i programa i planova koji se donose u Ustanovi.

Član 27.

Članovi Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga su ljekari i medicinske sestre-tehničari različitih disciplina, zdravstveni saradnici i predstavnici pacijenata.

5.5. Druge komisije/komiteti/odbori/grupe koji se obrazuju na osnovu Akreditacijskih standarda za bolnice

Član 28.

Pored Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u Ustanovi se obrazuju najmanje slijedeće komisije/komiteti/odbori/grupe kao dio organizacijske strukture za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga:

- Etički komitet – na osnovu Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. broj 41/10 i 75/13) i Statuta Ustanove
- Komisija za osiguranje zdravih radnih mjesta
- Komisija za nadgledanje i upravljanje informacijama i informacionim tehnologijama
- Komisija za nadzor nad hospitalnim infekcijama
- Odbor za upravljanje medicinskim otpadom
- Komisija za zdravstvenu dokumentaciju
- Komitet za izlaganje medicinskom zračenju
- Komisija za lijekove
- Komisija za transfuzijsko liječenje
- Stručno vijeće
- Komisija za upravljanje rizikom

- Komisija za dopunski rad
- Komisija za prigovore pacijenata
- Komisija za ocjenu nepovoljnih događaja
- Odbor za kliničku praksu i reviziju

Član 29.

Pored komisija/komiteta/odbora/grupa utvrđenih članom 28. ovog Pravilnika, organizacijsku strukturu za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti čine i druga tijela koja u okviru uspostave sistema kvaliteta i sigurnosti obrazuju Upravni odbor i Direktor Ustanove.

5.5.1. Etički komitet

Član 30.

Zadatak Etičkog komiteta je da u skladu sa svojim zakonskim i statutarnim ovlastima, razmatra pitanja etičke prakse, a naročito:

- Daje mišljenja o poštivanju etičkih normi, planiranih i provedenih medicinskih istraživanja
- Daje prijedloge za poboljšanje u oblasti poštivanja ljudskih prava i realizacije ostalih etičkih pitanja
- Daje preporuke za unapređenje postupanja prema pacijentima
- Prati provođenje postupaka propisanih zakonskim i podzakonskim aktima u oblasti zdravstvene zaštite vezanih za etička pitanja i pitanja ljudskih prava
- Prati poštivanje ljudskih prava, sloboda i dostojanstva pacijenata, po vlastitoj procjeni ili po zahtjevu ispituje pojedinačne pritužbe na etičnost zaposlenika i predlaže mjere za otklanjanje utvrđenih nepravilnosti
- Daje stručna mišljenja u vezi etičkih pitanja na zahtjev Upravnog odbora, Direktora Ustanove i tijela imenovanih od strane Upravnog odbora i Direktora Ustanove.

Član 31.

U sastav Etičkog komiteta se obavezno uključuju u skladu sa Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. broj 41/10 i 75/13)

5.5.2. Komisija za osiguranje zdravih radnih mjesta

Član 32.

Komisija za osiguranje zdravih radnih mjesta ima zadatak da provodi aktivnosti koje imaju za cilj prevenciju i održavanje fizičkog i mentalnog zdravlja osoblja, a naročito:

- Davanje prijedloga za izradu planova i programa prevencije i održavanja fizičkog i mentalnog zdravlja osoblja, odnosno uključivanje ove problematike u odgovarajuće planove i programe koji se donose u Ustanovi
- Evaluaciju donešenih programa i planova
- Definisane politika vezanih za prevenciju i održavanje fizičkog i mentalnog zdravlja osoblja (zabrana pušenja, zabrana konzumiranja alkohola, zabrana uživanja opojnih droga, zdrava prehrana osoblja, skrining osoblja, mentalno zdravlje osoblja i sl.)
- Predlaganje usvajanja i revizije procedura koje se odnose na prevenciju i održavanje fizičkog i mentalnog zdravlja (ocjena zdravlja kandidata prije zapošljavanja,

- imunizacija, odsustvovanje s posla zbog bolesti, rehabilitacije i penzionisanja; zdravstveni nadzor nad pojedinim radnim mjestima i sl.)
- Predlaganje edukacije osoblja u oblasti prevencije i održavanja fizičkog i mentalnog zdravlja
 - Pribavljanje mišljenja osoblja o porblematici prevencije i održavanja fizičkog i mentalnog zdravlja i davanje prijedloga za poboljšanje kvaliteta u ovoj oblasti.

Član 33.

U sastav Komisije za osiguranje zdravih radnih mjesta obavezno ulaze mikrobiolog, radiolog ili radiološki tehničar, inženjer zaštite na radu i pravnik.

5.5.3. Komisija za nadgledanje i upravljanje informacijama i informacionim tehnologijama

Član 34.

Komisija za nadgledanje i upravljanje informacijama i informacionim tehnologijama ima zadatak da:

- Razvija informacioni sistem kao neophodan alat koji će obezbijediti kvalitetne, relevantne i blagovremene podatke i informacije i interpretaciju informacija, kao i postavljanje naloga, praćenje njihove primjene i evaluaciju njihovog uticaja, a u svrhu davanja podrške odlučivanju na strateškom, operativnom i kontrolnom nivou
- Nadgleda upravljanje informacijama i daje potrebne upute za njihovo korištenje
- Radi na usklađivanju informacionog sistema sa odgovarajućim informacionim tehnologijama
- Predlaže izradu i reviziju politika i procedura u oblasti razvoja informacionog sistema i informacionih tehnologija
- Razmatra strategije i planove u oblasti razvoja informacionog sistema i informacionih tehnologija i izvještaje o njihovoj realizaciji.

5.5.4. Komisija za nadzor nad hospitalnim infekcijama

Član 35.

Komisija za nadzor nad hospitalnim infekcijama ima zadatak da organizuje, sprovodi, vrši nadzor i evaluira mjere za sprječavanje nastanka, otkrivanja i suzbijanja intrahospitalnih infekcija i u tom smislu naročito:

- Utvrđuje program kontrole infekcija
- Daje prijedloge za izradu i reviziju procedura u oblasti kontrole infekcija
- Organizuje rad na ranom otkrivanju intrahospitalnih infekcija
- Analizira epidemiološku situaciju i donosi odluke o sprovođenju potrebnih profilaktičkih i protuepidemijskih mjera
- Prati sprovođenje propisa čije se mjere odnose na sprječavanje nastanka, otkrivanje i suzbijanje intrahospitalnih infekcija i efekte njihove primjene
- Daje prijedloge za primjenu novih mjera u cilju unapređenja njege bolesnika
- Revidira važeće prakse asepsa
- Utvrđuje program edukacije osoblja u sprovođenju aseptičkih tehnika rada
- Razmatra pitanja na koja ukaže Tim za kontrolu infekcija.

Član 36.

U sastav Komisije za nadzor nad hospitalnim infekcijama obavezno se uključuju infektolog, sanitarni inženjer i predstavnik Odsjeka za sterilizaciju.

5.5.5. Odbor za upravljanje medicinskim otpadom

Član 37.

Odbor za upravljanje medicinskim otpadom ima zadatak da provodi aktivnosti koje imaju za cilj sigurno upravljanje bolničkim otpadom, a naročito:

- Predlaganje i evaluiranje strategije odlaganja otpada
- Predlaganje usvajanja i revizije politika i procedura iz oblasti upravljanja medicinskim otpadom (sigurno odlaganje otpada, odlaganje oštih predmeta, odlaganje citotoksičnog, radioaktivnog, infektivnog, farmaceutskog i drugih vrsta otpada i sl.)
- Definisane rizika koji nastaju kod upravljanja i pogrešnog upravljanja različitim vrstama otpada, njihovo preveniranje i otklanjanje štetnih posljedica
- Definisane upozorenja protiv prakse odlaganja otpada koja nije sigurna
- Definisane potrebnih protokola i drugih evidencija
- Razmatranje problematike primjene zakonske i druge regulative i Akreditacijskih standarda u oblasti upravljanja bolničkim otpadom
- Predlaganje edukacije osoblja u oblasti upravljanja bolničkim otpadom.

Član 38.

U sastav Odbora za upravljanje medicinskim otpadom obavezno se uključuju Predsjednik Odbora je direktor ustanove zatim u Odboru su sanitarni inženjer i predstavnici odjeljenja na kojima se pojavljuje specifični opasni otpad (radiološki, citološki i sl.).

5.5.6. Komisija za zdravstvenu dokumentaciju

Član 39.

Zadatak Komisije za zdravstvenu dokumentaciju je da:

- Vršiti pregled postojeće zdravstvene dokumentacije i daje prijedloge za izmjene i dopune
- Daje prijedloge za uvođenje nove dokumentacije i odobrava njen sadržaj i oblik
- Vršiti pregled zdravstvene dokumentacije koju žele uvesti Odjeljenja/poliklinike/sektori/sluzbe i odobrava njen sadržaj i oblik
- Daje upute za način organizovanja zdravstvene dokumentacije
- Ocjenjuje potrebu za izradom zajedničke dokumentacije za dvije ili više organizacionih jedinica
- Predlaže provođenje kontrole zdravstvene dokumentacije
- Razmatra izvještaje o kontroli zdravstvene dokumentacije i daje odgovarajuće prijedloge za unapređenje sistema upravljanja zdravstvenom dokumentacijom
- Ostvaruje saradnju sa nadležnim sluzbama i komisijama u cilju prilagođavanja zdravstvene dokumentacije informacionom sistemu i informacionim tehnologijama.

5.5.7. Komitet za izlaganje medicinskom zračenju

Član 40.

Komitet za izlaganje medicinskom zračenju obavlja poslove vezane za uspostavu standarda i primjenu sigurnosnih mjera kod izlaganja medicinskom zračenju, a naročito:

- Praćenje primjene zakona i podzakonskih akata kojima se regulišu pitanja zaštite od jonizirajućeg zračenja
- Razmatranje liste osoblja ovlaštenog za obavljanje pojedinih procedura
- Predlaganje izrade i revizije procedura iz oblasti zaštite od jonizirajućeg zračenja
- Predlaganje uvođenja i razmatranje sadržaja i načina vođenja protokola iz oblasti zaštite od jonizirajućeg zračenja
- Predlaganje načina provjere kvaliteta iz oblasti zaštite od jonizirajućeg zračenja
- Razmatranje sadržaja programa obuke i praćenje njihove realizacije
- Izrada akcionog plana aktivnosti Komisije.

Član 41.

U sastav Komiteta za izlaganje medicinskom zračenju obavezno ulazi radiolog, specijalista nuklearne medicine, dipl.radiološki inženjer, radiološki tehničar, medicinska sestra-tehničar educiran za rad u oblasti nuklearne medicine i zaposlenik koji obavlja poslove supervizije za zaštitu od zračenja.

5.5.8. Komisija za lijekove

Član 42.

Komisija za lijekove ima obavezu da utvrđuje, implementira i prati standarde u oblasti primjene lijekova, u skladu sa članom 79. Zakona o zdravstvenoj zaštiti a naročito:

- Radi na standardizaciji terapije
- Priprema obavijesti o aktuelnim pitanjima primjene lijekova (bolničke liste – dopune i izmjene, praćenje rezistencije – preporuke za rezervnu listu antimikrobne terapije, djelotvornost i prihvatljiva štetnost lijekova, te ekonomski aspekt farmakoterapije)
- Prati i analizira potrošnju lijekova
- Predlaže mjere za uštedu na lijekovima i mjere za adekvatnu opskrbu lijekovima
- Raspravlja o nabavci neregistrovanih lijekova u BiH i primjeni istih
- Daje mišljenje o vrijednostima lijekova na osnovu adekvatnog dokaza djelotvornosti i neškodljivosti
- Izdaje upute o praktičnim i ekonomskim aspektima pojedinih područja farmakoterapije
- Vodi evidenciju o kliničkim terapijskim ispitivanjima koja se provode na odjeljenjima
- Razmatra planove ispitivanja i rezultate ispitivanja
- Daje inicijativu za donošenje i izmjene zakona i drugih propisa o lijekovima
- Potiče prijavljivanje nuspojava lijekova, raspravlja o njihovom značaju
- Sarađuje sa komisijama za lijekove drugih ustanova.

Član 43.

Komisiju za lijekove imenuje Upravni odbor i čini ga najmanje pet članova koji se imenuju iz redova specijalista medicine i farmacije.

5.5.9. Komisija za transfuzijsko liječenje

Član 44.

Komisija za transfuzijsko liječenje ima obavezu da utvrđuje, implementira i prati standarde u oblasti transfuziologije, a naročito:

- Definiše politiku transfuzijskog liječenja i politiku poboljšanja kvaliteta u oblasti transfuzijske medicine
- Predlaže donošenje i izmjene politika i procedura
- Razmatra godišnji plan i program poboljšanja kvaliteta
- Razmatra program kliničke revizije u oblasti transfuzijskog liječenja
- Razmatra upute koje se daju kliničarima
- Vršiti ocjenu transfuzijske prakse
- Vršiti analizu incidentnih situacija u oblasti transfuzijske medicine i daje prijedloge za poboljšanje prakse.

Član 45.

U sastav Komisije za transfuzijsko liječenje obavezno se uključuju transfuziolog i predstavnici odsjeka na kojima se najčešće provodi transfuzijska terapija.

5.5.10. Komisija za upravljanje rizikom

Član 46.

Komisija za upravljanje rizikom ima obavezu da utvrđuje, implementira i prati standarde u oblasti procjene i upravljanja rizikom, a naročito:

- Razmatra prijedlog misije, vizije i vrijednosti Ustanove, politika, strateških i godišnjih planova u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i druga pitanja vezana za uspostavu sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti
- Prikuplja relevantne podatke i informacije potrebne za unutrašnju i vanjsku provjeru postojanja rizika
- Razmatra pitanja provođenja unutrašnje provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga sa aspekta rizika i prevencije rizika
- Osigurava integraciju i koordinaciju programskih aktivnosti
- Daje preporuke za uvođenje i promjenu bolničkih standarda, protokola, politika i procedura
- Razmatra izvještaje koji se odnose na prijavljivanje, praćenje i analizu incidentnih situacija povezanih sa rizikom i daje prijedloge za poboljšanje kvaliteta i smanjenja rizika.
- Razmatra izvještaje o praćenju indikatora kvaliteta i daje prijedloge za uvođenje novih indikatora
- Daje prijedloge za izradu plana edukacija osoblja u oblasti upravljanja rizikom i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Vršiti evaluaciju usvojenih strategija, planova i politika
- Predlaže mjere za uvezivanje informacija o aktivnostima u oblasti upravljanja rizikom i sigurnosti zdravstvenih usluga.
- Razmatra izvještaje o pokrenutim sporovima za naknadu štete proizašle iz žalbi na kvalitet zdravstvenih usluga i odnos prema pacijentima i izvještaje o provedenom inspekcijskom nadzoru
- Učestvuje u postupku vanjske provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga

- Saraduje sa Agencijom za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH (u daljem tekstu: AKAZ), drugim zdravstvenim ustanovama i institucijama u oblasti upravljanja rizikom i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Obavlja i druge poslove koji proizilaze iz zakonskih i podzakonskih akata, uputa AKAZ, strategija i planova koji se donose od strane nadležnih zakonodavnih organa i organa uprave i strategija i programa i planova koji se donose u Ustanovi.

Član 47.

U sastav Komisije obavezno ulaze ljekari i medicinske sestre-tehničari različitih disciplina, zdravstveni saradnici i predstavnici pacijenata.

5.5.11. Komisija za dopunski rad

Član 48.

Komisija za dopunski rad ima zadatak da:

- Na osnovu podnijetog dokumentiranog zahtjeva zdravstvenog radnika ocijeni dostavljenu dokumentaciju i izdaje mišljenje o opravdanosti odobravanja obavljanja dopunskog rada zdravstvenom radniku ili donosi mišljenje o neosnovanosti obavljanja dopunskog rada
- Mišljenje iz prethodnog stava komisija je dužna donijeti u roku od 15 dana od dana uredno primljenog dokumentiranog zahtjeva i isto odmah dostavlja direktoru Bolnice na nadležno postupanje
- Komisija je dužna voditi evidenciju o uzdatim rješenjima
- Komisija je dužna voditi zapisnike na sjednicama i iste dostavljati u Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta

Sastav Komisije za dopunski rad čine zdravstveni profesionalci svih profila i obavezno jedan pravnik

5.5.12. Komisija za prigovore pacijenata

Član 49.

Komisija za prigovore pacijenata ima zadatak da:

- Blagovremeno razmatra prigovore pacijenata i sačinjava izjašnjenja na izjavljene prigovore za direktora Bolnice
- Vodi evidencije o vrstama i učestalosti prigovora po organizacionim jedinicama Bolnice
- Analizira statistiku prigovora i izvlači pouke za praksu
- Prati aktivnosti na unapređenju zaštite i poštivanja prava pacijenata na nivou Bolnice
- Analizira pohvale i sugestije pacijenata s ciljem da se postojeća dobra praksa još više afirmiše i razmjenjuje između organizacionih jedinica Bolnice
- Obavlja druge poslove u skladu sa općim aktom Bolnice

U sastav Komisije za prigovore pacijenata obavezno ulazi bar jedan pravnik.

5.5.13. Komisija za ocjenu nepovoljnih događaja

Član 50.

Komisija za ocjenu nepovoljnih događaja ima zadatak da:

- Se sastaje najmanje jednom mjesečno radi analiza i pregleda prijavljenih incidentnih situacija
- Ukoliko je incidentna situacija dovela do ugrožavanja pacijenta, narušavanja integriteta pacijenta sa trajnim posljedicama ili smrtnim ishodom pacijenta, Komisija se sastaje u roku 48h od prijave incidentne situacije
- U zavisnosti od vrste i težine incidentne situacije Komisija direktoru predlaže mjere koje bi trebalo poduzeti
- Podnosi mjesečni izvještaj direktoru bolnice i Odjeljenju za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta
- Sačini prijedlog plana sprečavanja nastanka incidentnih situacija i prezentira ga direktoru i Odjeljenju za kvalitet
- O svakoj održanoj sjednici obavezno se vodi zapisnik, definišu se zaključci, te se vodi analiza izvršenih zaključaka sa prethodne sjednice

U sastav Komisije za ocjenu nepovoljnih događaja obavezno ulazi jedan pravnik

5.5.14. Odbor za kliničku praksu i reviziju

Član 51.

Odbor za kliničku praksu i reviziju obavlja sljedeće zadatke.

- Odbor se sastaje najmanje jednom mjesečno radi analize i pregleda pristiglih kliničkih revizija
- Kliničke revizije se sa odjeljenja/odsjeka upućuju u Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta, po pisanoj proceduri, nakon čega se prosljeđuju u Odbor
- Zadatak Odbora je poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i usluga koju pruža zdravstveni profesionalac ili organizacija u cjelini. Klinička revizija je metoda koju koriste zdravstveni profesionalci da procijene, evaluiraju i unaprijede zaštitu pacijenata na sistematičan način da bi osnažili liječenje pacijenata i njihov kvalitet života
- Članovi Odbora određuju da li se standardi unapređuju, monitoriraju nivo podudarnosti sa tretmanom ili savjetom, unapređuju kliničku učinkovitost, mijenjaju neadekvatnu trenutnu praksu
- Odbor je obavezan direktoru podnositi mjesečni, polugodišnji i godišnji izvještaj o radu
- Radi poboljšanja usluga zdravstvene zaštite, te prakse u cjelini, Odbor treba imati podršku rukovodećeg kadra i menadžmenta Bolnice za korištenje resursa neophodnih za realizaciju revizije (implementiranje promjena i ponovni audit)
- Odbor učestvuje u prijedlogu tema kliničkih revizija, a sve u cilju poboljšanja prakse i bolje zdravstvene usluge
- O svakoj održanoj sjednici vodi se zapisnik, definišu zaključci, te vodi analiza izvršenih zaključaka sa prethodne sjednice Odbora
- O izvršenju zaključaka redovno se informiše direktor Bolnice i Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta

U sastav Odbora za kliničku praksu i reviziju ulaze zdravstveni profesionalci svih profila.

5.5.15. Imenovanje i mandat komisija/komiteta/odbora/grupa i timova

Član 52.

Komisije/komitee/timove/odbore iz člana 28. i 29. ovog Pravilnika imenuje odlukom direktor Ustanove, ukoliko njihovo imenovanje nije u nadležnosti Upravnog odbora.

Član 53.

Mandat komisija/komiteta/odbora/grupa je najmanje dvije, a najviše četiri godine.

Član 54.

Odlukom o imenovanju se utvrđuju sastav, nadležnost i mandat komisije/komiteta/odbora/grupe, a u skladu sa odredbama ovog Pravilnika.

5.6. Stručno vijeće

Član 55.

Nadležnosti Stručnog vijeća regulisane su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. broj 41/10 i 75/13) i članovima 33. i 34. Statuta Ustanove

Rad na upravljanju kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga Stručno vijeće obavlja u okviru zakonom definisanih nadležnosti vezanih za raspravljanje i odlučivanje o pitanjima iz područja stručnog rada, predlaganja stručnih rješenja, davanja stručnih mišljenja i prijedloga u pogledu organizacije rada i uslova za razvoj djelatnosti i staranja o provođenju unutrašnjeg nadzora nad radom zdravstvenih radnika.

5.7. Stručni kolegij i drugi stalni i povremeni timovi na nivou Ustanove

Član 56.

Na nivou Ustanove obrazuju se stalni i povremeni multidisciplinarni timovi za područja kliničkog tretmana i njege, kao i za razrješenje niza drugih pitanja (izrada planova i programa, razvoj organizacione jedinice, unapređenje organizacije, razmatranje izvještaja i sl.).

5.7.1 Stručni kolegij

Član 57.

Bolnica ima stalni multidisciplinarni tim koji rješava pitanja tretmana i njege, kao i organizacijska pitanja, a to je stručni kolegij.

Član 58.

Stručni kolegij se održava svake sedmice, u pravilu na početku radne sedmice. Pitanja tretmana i njege su kontinuirana aktivnost Stručnog kolegija, dok se pitanja organizacije, razvoja, planiranja i izvještavanja razmatraju periodično, na prijedlog šefa Odjeljenja /odsjeka.

Član 59.

Stručni kolegij vodi direktor ili radnik koji ga zamjenjuje.

Član 60.

O radu Stručnog kolegija pravi se pismena zabilješka.

Član 61.

Svako odjeljenje/odsjek redovno održava stručne sastanke koji se održava svakog radnog dana, u pravilu na početku odnosno kraju radnog vremena. Pitanja tretmana i njege su svakodnevna aktivnost Stručnog kolegija, dok se pitanja organizacije, razvoja, planiranja i izvještavanja razmatraju periodično, na prijedlog šefaodjeljenja /odsjeka.

Član 62.

Stručni sastanak vodi šef odjeljenja/odsjeka ili radnik koji ga zamjenjuje.

Član 63.

O toku stručnog sastanka vodi se pismena zabilješka

5.7.2. Stalni multidisciplinarni timovi tretmana i njege , evaluacije i kontrole kvaliteta

Član 64.

Stalni multidisciplinarni timovi se osnivaju i za pojedina područja kliničkog tretmana i njege odnosno evaluacije i kontrole kvaliteta.

Stalni multidisciplinarni timovi se osnivaju po osnovu zadataka koji se doznavaaju timu. Pored radnika Ustanove u sastav multidisciplinarnih timova po potrebi mogu biti uključeni i spoljni saradnici (sociolozi, psiholozi, socijalni radnici itd).

Član 65.

Sastav timova iz člana 64. ovog Pravilnika određuju Direktor.

U pravilu nadležnosti timova proizilaze iz dokumentiranih procedura, protokola i kliničkih vodilja.

Odluke timova dokumentiraju se u medicinskoj dokumentaciji.

Ukoliko se to ocijeni potrebnim, šefovi medicinskih odjeljenja/odsijeka mogu tražiti od direktora Ustanove da donese odluku kojom će imenovati tim i odrediti njegovu nadležnost i način rada i izvještavanja.

Član 66.

Na čelu tima nalazi se vođa tima.

Vođa tima ima zadatak da saziva sastanke tima, predlaže ciljeve koje tim treba da ostvari, ostvaruje koordinaciju unutar tima i usmjerava rad tima, utvrđuje zadatke pojedinih članova tima,

ocjenjuje doprinos članova radu tima, predlaže odluke koje tim treba da donese, ostvaruje saradnju sa drugim organizacionim jedinicama, izvještava o radu tima.

Član 67.

Stručni kolegiji i timovi iz člana 64. ovog Pravilnika imaju obavezu da periodično, a najmanje dva puta godišnje, evaluiraju svoj rad i predlažu mjere za poboljšanje kvaliteta.

Evaluacija rada i mjere za poboljšanje se dokumentiraju.

Član 68.

Po potrebi, pored stalnih multidisciplinarnih timova tretmana i njege, timovi se mogu obrazovati i kao povremeni za pojedine specifične slučajeve.

Na rad povremenih multidisciplinarnih timova tretmana i njege primjenjuju se odgovarajuće odredbe ovog Pravilnika o radu stalnih timova.

5.7.3. Vizita

Član 69.

Poseban način timskog rada, koji se odvija na odjeljenjima/odsjecima, je vizita.

Član 70.

Vizita se obavlja svakog radnog dana, nakon stručnog sastanka.

Član 71.

U zavisnosti od veličine odjeljenja/odsjeka vizita se može obavljati po odjeljenjima ili za grupu pacijenata za koju su zaduženi pojedini ljekari.

Vizitu vodi šef odjeljenja/odsjeka/zaduženi ljekar i istoj obavezno prisustvuju svi ljekari odjeljenja/odsjeka/zaduženi ljekar za grupu pacijenata (specijalisti i na specijalizaciji), glavna/odgovorna medicinska sestra/tehničar.

Ako dnevnu vizitu obavljaju ljekari zaduženi za određenu grupu pacijenata, šef odjeljenja najmanje jednom sedmično obavlja vizitu kojoj prisustvuju svi ljekari odjeljenja i odgovorna medicinska sestra/tehničar.

Član 72.

Direktor bolnice najmanje jednom mjesečno vodi vizitu kojoj prisustvuje i glavna sestra/medicinski tehničar bolnice, a na svakom odjeljenju najmanje svi ljekari tog odjeljenja i glavna/odgovorna medicinska sestra/tehničar odjeljenja.

5.7.4. Zajednički sastanci odjeljenja/odsjeka

Član 73.

U Ustanovi se po potrebi održavaju zajednički sastanci osoblja istog odjeljenja/odsijeka ili osoblja bolnice (sedmično, mjesečno, tromjesečno).

Na zajedničkim sastancima se razmatraju pitanja kliničkog tretmana i njege, kao i ostala pitanja vezana za rad odjeljenja/odsjeka, odnosno Ustanove kao što su:

- Predlaganje stručnih rješenja i odlučivanje o zajedničkoj praksi
- Organizacija rada i njeno unapređenje
- Planovi i izvještaji o radu i poslovanju
- Planovi i izvještaji o edukacijama
- Nabavka materijala i opreme
- Procjena rizika
- Incidentne situacije
- Žalbe, pohvale i sugestije
- Programi kliničke revizije
- Odnosi među osobljem itd.

Član 74.

Po potrebi sastanci se zakazuju pismenim putem, sa prijedlogom dnevnog reda i u terminu u kome je dolazak omogućen najvećem broju zaposlenika.

Član 75.

Rad sastanaka se dokumentira u pisanoj formi putem zapisnika.

Zaključci mogu biti objavljeni na oglasnoj ploči ili se na drugi način obezbjeđuje uvid u zaključke (knjiga zapisnika, pohranjivanje u elektronskoj formi i sl.).

5.8. Timski rad u ostalim organizacionim jedinicama

Član 76.

Ostale organizacione jedinice (odsjeci, službe u okviru odjeljenja i odsjeka, samostalne službe/odsjeci) dužne su u svom radu primjenjivati pravila timskog rada utvrđena članovima 73. – 75. ovog Pravilnika.

5.9. Projektni timovi

Član 77.

Multidisciplinarni timovi mogu biti osnovani i za izvršenje određenog zadatka, kao što je davanje prijedloga promjene organizacije, izrada strategije, plana ili programa, pregled kliničke prakse i sl. (projektni timovi).

Član 78.

Projektni timovi se obrazuju na nivou Ustanove i na nivou organizacionih jedinica.

Član 79.

Na čelu projektnog tima nalazi se vođa tima koji ima zadatke utvrđene članom 66. ovog Pravilnika.

Član 80.

Po potrebi timu će se naložiti podnošenje pisanog izvještaja.

6. PRAVA I OBAVEZE RUKOVODNOG KADRA I OSTALIH RADNIKA U PROCESU UPRAVLJANJA KVALITETOM I SIGURNOSTI

Član 81.

Svi radnici dužni su, u okviru poslova koje obavljaju, provoditi utvrđene aktivnosti na realizaciji zadataka koji proističu iz Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, ovog Pravilnika, strategija, planova i programa i drugih akata vezanih za uspostavu i održavanje sistema kvaliteta i sigurnosti.

Član 82.

Rukovodno osoblje će stvarati uslove da se svim zaposlenim, u okviru redovnog radnog vremena, obezbjedi vrijeme za aktivnosti upravljanja kvalitetom. Ovo vrijeme treba da iznosi najmanje 5% redovnog mjesečnog fonda časova.

Član 83.

U okviru rada na uspostavi i održavanju sistema kvaliteta, zaposleni imaju obavezu redovnog i trajnog educiranja u oblasti upravljanja kvalitetom.

Edukacija se provodi od strane AKAZ, kao i u okviru partnerske saradnje sa zdravstvenim ustanovama koje imaju razvijen sistem upravljanja kvalitetom, a na osnovu usvojenih planova edukacije.

Član 84.

Vodeću ulogu u uspostavi i održavanju sistema kvaliteta ima rukovodno osoblje.

Rukovodno osoblje, pri realizaciji postavljenih zadataka afirmiše strategiju nekažnjavanja za uočene propuste, a stimulira timske i multiprofesionalne aktivnosti na poboljšanju cjelokupnog sistema.

Član 85.

U okviru upravljanja sistemom kvaliteta i sigurnosti uspostavljaju se slijedeće obaveze Direktora Ustanove i ostalog rukovodnog osoblja:

Direktor Ustanove:

- Razvoj participativne, timski orjentisane organizacijske kulture koja ohrabruje učešće profesionalaca svih nivoa i vođenje procesa promjene kulture
- Učešće u definisanju vrijednosti, misije i vizije Ustanove
- Učešće u definisanju poslovne strategije kao podloge za strateško planiranje
- Razvijanje organizacijske strukture koja promovira komunikaciju i koordinaciju
- Imenovanje timova za poboljšanje kvaliteta
- Utvrđivanju zadataka u domenu standardizacije procesa
- Detektiranje i preveniranje potencijalnih problema u procesima fokusiranjem na najvažnije procese radi njihovog poboljšanja

- Učešće u razvoju sistema nagrađivanja koji podržava participaciju i visok nivo izvođenja, a izbjegava primjenu sistema krivnje
- Demonstriranje posvećenosti akcijama kvaliteta.

Šef Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta:

- Razvoj participativne, timski orjentisane organizacijske kulture koja ohrabruje učešće profesionalaca svih nivoa i vođenje procesa promjene kulture
- Učešće u definisanju vrijednosti, misije i vizije Ustanove
- Učešće u definisanju poslovne strategije kao podloge za strateško planiranje
- Rad na izradi Strategije poboljšanja kvaliteta i Strategije upravljanja rizikom
- Razvijanje organizacijske strukture koja promovira komunikaciju i koordinaciju
- Učešće u utvrđivanju zadataka u domenu standardizacije procesa
- Učešće u izradi i izrada dokumentiranih politika i procedura
- Detektiranje i preveniranje potencijalnih problema u procesima fokusiranjem na najvažnije procese radi njihovog poboljšanja
- Rad na uspostavi indikatora kvaliteta i njihovom praćenju
- Održavanje sastanaka sa predstavnicima korisnika usluga i osobljem da bi se došlo do zaključaka vezanih za evaluaciju aktivnosti preduzetih na poboljšanju kvaliteta i odredile dalje aktivnosti
- Učešće u razvoju planova poboljšanja kvaliteta
- Učešće u razvoju sistema nagrađivanja koji podržava participaciju i visok nivo izvođenja, a izbjegava primjenu sistema krivnje
- Učešće u izradi izvještaja o stanju kvaliteta
- Vođenje postupka pripreme Ustanove za akreditaciju
- Demonstriranje posvećenosti akcijama kvaliteta.

Pomoćnici direktora iz svog domena :

- Razvoj participativne, timski orjentisane organizacijske kulture koja ohrabruje učešće profesionalaca svih nivoa i vođenje procesa promjene kulture
- Učešće u definisanju vrijednosti, misije i vizije Ustanove
- Učešće u definisanju poslovne strategije kao podloge za strateško planiranje
- Razvijanje organizacijske strukture koja promovira komunikaciju i koordinaciju
- Učešće u izradi programa provjere kliničkog kvaliteta i pružanje pomoći pri njegovoj realizaciji
- Učešće u utvrđivanju zadataka u domenu standardizacije procesa
- Detektiranje i preveniranje potencijalnih problema u procesima fokusiranjem na najvažnije procese radi njihovog poboljšanja
- Učešće u razvoju kliničkih vodilja
- Održavanje sastanaka sa predstavnicima korisnika usluga i osobljem da bi se došlo do zaključaka vezanih za evaluaciju aktivnosti preduzetih na poboljšanju kvaliteta i odredile dalje aktivnosti
- Učešće u razvoju planova poboljšanja kvaliteta
- Učešće u razvoju sistema nagrađivanja koji podržava participaciju i visok nivo izvođenja, a izbjegava primjenu sistema krivnje
- Demonstriranje posvećenosti akcijama kvaliteta.

Glavna medicinska sestra/tehničar Ustanove:

- Razvoj participativne, timski orjentisane organizacijske kulture koja ohrabruje učešće profesionalaca svih nivoa i vođenje procesa promjene kulture
- Učešće u definisanju vrijednosti, misije i vizije Ustanove

- Učešće u definisanju poslovne strategije kao podloge za strateško planiranje
- Razvijanje organizacijske strukture koja promovira komunikaciju i koordinaciju
- Učešće u utvrđivanju zadataka u domenu standardizacije procesa
- Detektiranje i preveniranje potencijalnih problema u procesima fokusiranjem na najvažnije procese radi njihovog poboljšanja
- Održavanje sastanaka sa osobljem da bi se došlo do zaključaka vezanih za evaluaciju aktivnosti preduzetih na poboljšanju kvaliteta i odredile dalje aktivnosti
- Učešće u razvoju planova poboljšanja kvaliteta
- Učešće u razvoju sistema nagrađivanja koji podržava participaciju i visok nivo izvođenja, a izbjegava primjenu sistema krivnje
- Demonstriranje posvećenosti akcijama kvaliteta.

Šefovi odjeljenja/odsjeka, glavne/odgovorne medicinske sestre/tehničari :

- Realizacija zadataka na provođenju definisane misije i vizije Ustanove i zadataka koji proizilaze iz strateških planova, njihovo približavanje osoblju
- Razvoj i utvrđivanje planova poboljšanja kvaliteta i upravljanja rizikom Odjeljenja/odsjeka/sektora/sluzbe i praćenje njihove realizacije
- Planiranje programa edukacije i učešće u obuci u oblasti poboljšanja kvaliteta
- Dizajniranje poslova na način da se na najbolji način iskoristi ekspertno znanje i profesionalno iskustvo
- Podjela zaduženja i rad sa osobljem na području standardizacije procesa i ishoda
- Učešće u utvrđivanju tema kliničke revizije i pružanje pomoći timovima u radu
- Učešće u razvoju kliničkih vodilja
- Identificiranje potreba korisnika usluga i osoblja u cilju njihove ugradnje u sistem kvaliteta
- Praćenje primjene sistema mjerenja kvaliteta uz primjenu odgovarajućih alata i obezbjeđenja povratnih informacija od zaposlenih prema rukovodiocima višeg nivoa o problemima sa kojima se susreću
- Pripremanje odjeljenja/poliklinike/sektora/sluzbe/ za akreditaciju
- Demonstriranje posvećenosti procesima poboljšanja kvaliteta.

7. UNUTRAŠNJA PROVJERA KVALITETA I SIGURNOSTI I IZVJEŠTAVANJE O KVALITETU

Član 86.

Uspostava i održavanje sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zasniva se prvenstveno na stalnoj samoprocjeni i samoregulaciji, a potom i na kontroli od strane nadležnih službi Ustanove, kao i vanjskih institucija.

Profesionalna samoprocjena i samoregulacija omogućuje zaposlenim da postave vlastite standarde profesionalne prakse i prate njihovu primjenu.

Član 87.

U Ustanovi se redovno provodi unutrašnja provjera kvaliteta i sigurnosti.

Provjera i evaluacija svih aktivnosti se vrši u odnosu na sveukupnost medicinskih i nemedicinskih aktivnosti na osnovu uspostavljenih indikatora kvaliteta i to indikatora strukture, procesa i ishoda.

Indikatore kvaliteta uspostavlja AKAZ, Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta i organizacione jedinice samostalno.

Član 88.

Provjeru kvaliteta i sigurnosti vrše sve organizacione jedinice na osnovu plana poboljšanja kvaliteta i upravljanja rizikom. Provjera se vrši u odnosu na prethodno dogovorene standarde i ciljeve.

Planom se definišu oblasti i način provjere, odgovorne osobe, rokovi za provjeru i način izvještavanja zaposlenika organizacione jedinice.

Rezultati provjere se analiziraju u okviru organizacione jedinice i služe kao osnova za dalje aktivnosti.

Član 89.

Provjeru kvaliteta i sigurnosti periodično, prema usvojenom planu, vrši Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta

Izveštaji o provedenoj provjeri dostavljaju se bez odlaganja organizacionim jedinicama i osnova su za zajedničko planiranje u cilju otklanjanja uočenih nedostataka.

Član 90.

Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta, na osnovu izvršene provjere i ostalih provedenih aktivnosti (mjerjenje zadovoljstva pacijenata, analiza podnešenih žalbi, pohvala i sugestija, prijave incidentnih situacija, izvještaji komisija/odbora i sl.) vrši izradu izvještaja o stanju kvaliteta po organizacionim jedinicama i za Ustanovu kao cjelinu.

Izveštaji se najmanje jednom godišnje prezentiraju Upravnom odboru i Stručnom vijeću.

8. SAMOOCJENA I UNUTRAŠNJA OCJENA KAO PRIPREMNE FAZE ZA AKREDITACIJU

Član 91.

Kao jedna od prethodnih faza u postupku za akreditaciju u Ustanovi se periodično provodi samoocjena, da bi se izmjerio dostignuti nivo realizacije Akreditacijskih standarda za bolnice.

Samoocjena se provodi i nakon akreditacije, radi praćenja nivoa održivosti dostignutih standarda.

Član 92.

Samoocjenu provodi organizaciona jedinica u saradnji sa Odjeljenjem za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta

Član 93.

Samoocjena se provodi na osnovu plana koji izrađuje Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta i kojim se određuju standardi koji će biti predmet provjere. Plan odobrava Direktor Ustanove i određuje rok za provjeru i izradu izvještaja.

Za provođenje samoocjene odgovorni su šefovi odjeljenja/odsjeka i samostalnih organizacionih jedinica.

Član 94.

Ukoliko organizaciona jedinica ne provede samoocjenu u utvrđenom roku, ocjenu će provesti Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta na bazi raspoloživih podataka i dokumentacije.

Član 95.

Po provedenoj samoocjeni dostavljene materijale pregleda Koordinator za kvalitet u saradnji sa Odjeljenjem za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta, vrši potrebne korekcije samoocjene i sa šefovima odjeljenja/odsjeka i samostalnih organizacionih jedinica planira aktivnosti na realizaciji nerealizovanih i djelimično realizovanih standarda.

Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta podnosi izvještaj Direktor Ustanove o provedenoj samoocjeni i planiranim aktivnostima na realizaciji standarda, odnosno upozna ga sa razlozima i problemima vezanim za ispunjavanje standarda.

Član 96.

U završnoj fazi prijavljivanja za akreditaciju vrši se unutrašnja ocjena, kao pregled koji simulira vanjsku ocjenu, odnosno ocjenu od strane ovlaštenih ocjenjivača AKAZ.

Član 97.

Unutrašnju ocjenu provode radnici koji su u AKAZ-u prošli obuku za vanjske ocjenjivače. Tim imenuje direktor Ustanove na prijedlog šefa Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta

Član 98.

U okviru unutrašnje ocjene, ocjenjivači:

- Vrše pregled dokumentacije zahtijevane Akreditacijskim standardima za bolnice
- Obavljaju intervju sa direktorom, šefom odjeljenja/odsjeka, šefom organizacione jedinice i glavnim/odgovornim medicinskim sestrama/tehničarima vezano za ocjenu ispunjenosti standarda koji se dokazuju intervjuom
- Vrše obilazak radi pregleda prostora i opreme, posmatranja radne prakse i primjene mjera sigurnosti
- Obavljaju razgovor sa osobljem u oblasti opštih pitanja kao što su uvođenje u rad, poznavanje i primjena politika i procedura, zaštita na radu i zaštita od požara, informisanost i sl.
- Obavljaju razgovor sa pacijentima u pogledu zaštite njihovih prava.

Član 99.

Po izvršenoj unutarnjoj ocjeni od strane Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta vrši se izrada izvještaja koji treba da da ocjenu o spremnosti Ustanove za podnošenje prijave za akreditaciju.

Izvještaj se podnosi Direktor Ustanove, koji izdaje naloge vezane za okončanje aktivnosti vezanih za ispunjenost standarda, sa rokovima izvršenja.

9. OSTVARIVANJE PRAVA PACIJENATA U POSTUPKU PRUŽANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 100.

Zdravstvene usluge su fokusirane na korisnike, u prvom redu pacijente. Proces pružanja zdravstvenih usluga dizajnira se i vodi tako da pacijenti sigurno prolaze kroz sve dijelove bolničkog sistema i pritom dobivaju kvalitetne medicinske i druge usluge.

Član 101.

Rukovodni kadar i ostalo osoblje treba da omogući uključivanje pacijenata, porodice/njegovatelja, udruženja pacijenata i društvene zajednice u aktivnosti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti u Ustanovi. Pritom, treba da uzmu u obzir potrebe i očekivanja pacijenata u domenu kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Član 102.

Saradnju sa pacijentima u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga Ustanova provodi:

- Mjerenjem zadovoljstva pruženim uslugama putem anketnih upitnika, intervjuja, telefonskih anketa, opservacijom
- Uspostavom sistema žalbi, pohvala i sugestija
- Praćenjem i kontrolom rizika, a posebno uspostavom sistema prijavljivanja i analize incidentnih situacija
- Razvijanjem i poboljšanjem sistema unutarnjih i vanjskih komunikacija
- Uspostavom standardizirane dokumentacije i njenom kontrolom
- Razvijanjem partnerskog odnosa sa pacijentom u domenu odlučivanja o tretmanu i njezi
- Uključivanjem pacijenata i njihovih asocijacija, porodice/njegovatelja u procese standardizacije i upravljanja kvalitetom
- Dosljednom primjenom prava pacijenata utvrđenih zakonom, Poveljom o pravima pacijenta i drugim dokumentima.

Član 103.

Uključivanje pacijenata, njihovih asocijacija i porodice/njegovatelja u sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti provode organizacione jedinice primjenom dokumentiranih politika i procedura i Odjeljenje za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta na osnovu planova poboljšanja kvaliteta i sigurnosti.

10. PLANIRANJE I OBEZBJEĐENJE RESURSA

Član 104.

U svrhu profiliranja novih kadrova (menadžeri kvaliteta, odnosno rizika; stručnjaci za razvoj i implementaciju kliničkih standarda, kliničkih vodilja i protokola; stručnjaci za savremene zdravstveno-ekonomske analize itd.) i obezbjeđenja utvrđenih standarda strukture, procesa i ishoda, u Ustanovi se osiguravaju sredstva za uspostavu i poboljšanje sistema kvaliteta i sigurnosti.

Član 105.

Resursi (potrebni kadrovi i njihova edukacija, nabavka opreme i potrošnog materijala, radovi na preuređenju prostora itd.) se planiraju strateškim i godišnjim planom, a u dogovoru sa nadležnim zavodom zdravstvenog osiguranja, koji ima odgovornost za davanje podrške uspostavi i održavanju sistema kvaliteta i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama.

11. STIMULISANJE RADNIKA ZA RAD NA POBOLJŠANJU KVALITETA I SIGURNOSTI

Član 106.

U Ustanovi će se od strane menadžmenta Ustanove i šefova organizacionih jedinica, kao i ostalog rukovodnog osoblja podržavati i podsticati rad na aktivnostima vezanim za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti.

Podržavanje i podsticanje na obavljanje poslova vezanih za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti vršiće se na način što će se vrednovati učešće u izradi dokumentiranih politika i procedura, kliničkih vodilja i protokola, popuna medicinske dokumentacije, prijavljivanje i analiza incidentnih situacija, pohvale pacijenata, učešće u kliničkoj reviziji, edukacija u oblasti upravljanja kvalitetom i druge planirane i utvrđene aktivnosti.

Član 107.

Na osnovu prijedloga šefa Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta i šefova organizacionih jedinica radnicima koji postignu najbolje rezultate izreći će se pohvale i/ili dati prijedlog za isplatu stimulativnog dijela na plaću, u skladu sa Pravilnikom o plaćama ili obezbjediti druga, odgovarajuća stimulacija (prigodni pokloni, odlazak na stručno usavršavanje i sl.).

12. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 108.

Tumačenje ovog Pravilnika daje Direktor Ustanove.

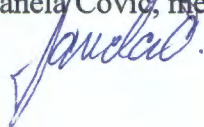
Član 109.

Stupanjem ovog Pravilnika na snagu prestaje da važi Pravilnik od 12.06.2017. godine.

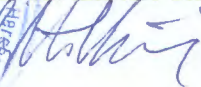
Pravilnik uradio/la:

Šef Odjeljenja za poslove organizacije i poboljšanje kvaliteta

Dipl.mt Sanela Čović, menadžer kvaliteta



SAGLASAN
DIREKTOR
Prim. dr. Zlatko Kravić



Broj: 1150/19
Sarajevo, 01-02-2019