

0202-820/22

10.03.2022



*JU Zavod za bolesti ovisnosti  
Kantona Sarajevo*



ORGANIZACIJSKA STRUKTURA ZA UPRAVLJANJE KVALITETOM I SIGURNOSTI

1.3.1 C

1.3.2 A

1.3.3 A

**PRAVILNIK  
O UNUTRAŠNJEM SISTEMU POBOLJŠANJA  
KVALITETA I SIGURNOSTI**

**2022-2025**



Na osnovu člana 9. Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu („Službene novine Federacije BiH“, br.59/05) i člana 28. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 29/97), na prijedlog Stručnog Vijeća Zavoda, Upravni odbor 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 JU Zavod za bolesti ovisnosti Kantona Sarajevo (u daljem tekstu: Zavod) 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 Zavoda uspostavlja unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti koji treba da obezbijedi 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.**

Zavod 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 zaposlenika u procesu upravljanja kvalitetom i sigurnosti
- Oblik, način i učestalost unutrašnje provjere kvaliteta i sigurnosti
- Vrste i način izvještavanja o stanju kvaliteta u Zavodu
- Samoocjena i unutrašnja ocjena kao pripremne 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 Zavoda, 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 po pacijenta. 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.

Zavod 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.

Zavod 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 zaposlenici, 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 promjeni 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 Zavod posebno razvija sistem incidentnih situacija.

Sektor za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta po potrebi dodatno analizira incidentne situacije i predlaže mjere za otklanjanje nedostataka.

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

Sektor za poslove organizacije i poboljšanja kvaliteta izvještava Upravni odbor, Direktora Zavoda 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 Zavodu se usvaja:

- Strategija poboljšanja kvaliteta i
- Strategija upravljanja rizikom.

#### **Član 14.**

Strategiju poboljšanja kvaliteta i Strategiju upravljanja rizikom usvaja Upravni odbor, za period od 4 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 prioritetno 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, Zavod 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, šefovi organizacionih jedinica, na osnovu prijedloga radnika organizacionih jedinica iz st.1.ovog člana.

#### **Član 18.**

Komisija za unutrašnji nadzor i prevenciju rizika, kao i Šefovi odjeljenja i glavne sestre odjeljenja, zaduženi su za prevenciju i procjenu rizika te se bave pitanjima upravljanja rizikom.

## **5. ORGANIZACIJSKA STRUKTURA UPRAVLJANJA KVALITETOM I SIGURNOSTI**

### **Član 19.**

Organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga uspostavlja se na nivou Zavoda i na nivou organizacionih jedinica (odjeljenja).

### **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 Zavoda čine:

- Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Koordinator
- Komisija za unutrašnji nadzor i prevenciju rizika
- Druge komisije, imenovane od strane direktora i/ili Upravnog odbora
- Stručno vijeće.

## **5.2. Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga**

### **Član 21.**

Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga ima zadatak da radi na uspostavi unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, a naročito:

- Razmatra prijedlog misije, vizije i vrijednosti Zavoda, 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
- Razmatra pitanja provođenja unutrašnje provjere 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
- 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
- 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 inspekcijском nadzoru
- Učestvuje u postupku vanjske provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Saraduje sa Agencijom za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH (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, 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 22.**

U sastav Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga obavezno ulaze ljekari i medicinske sestre-tehničari, zdravstveni saradnici i predstavnici pacijenata.

## **5.3. Koordinator Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga**

### **Član 23.**

Koordinator Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: Koordinator) je zadužen za podizanje unutrašnjeg sistema kvaliteta u Zavodu uz podršku Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti.

### **Član 24.**

Funkciju Koordinatora vrši delegirana osoba iz Zavoda, koja je educirana i certificirana od strane Agencije za poboljšanja kvaliteta u zdravstvu FBiH – magistar zdravstvene njege i terapije.

## Član 25.

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 i drugim organizacijama u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti
- Rukovodi radom Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti.

## Član 26.

U okviru rukovođenja radom Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti Koordinator naročito:

- Zakazuje sastanke i predlaže dnevni red
- 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. Druge komisije čiji rad se temelji na zakonskim i Bolničkim standardima 2020

## Član 27.

Pored Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u Zavodu se postoje slijedeće komisije i imenovane osobe, kao dio organizacijske strukture za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga:

- Etički komitet
- Komisija za osiguravanje zdravih radnih mjesta
- Komisija za upravljanje informacijama i tehnologijama
- Komisija za sprječavanje bolničkih infekcija
- Odgovorna osoba za upravljanje otpadom
- Komisija za zdravstvenu dokumentaciju
- Komisija za lijekove

Sve navedene Komisije i imenovane osobe imaju obavezu da svoje zadatke obavljaju u skladu sa zakonskim regulativama i normama, da koordiniraju sa Komisijom za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti te Komisijom za unutrašnji nadzor i prevenciju rizika. Svoje izvještaje dostavljaju na protokol Zavoda, pod „n/r“ Direktorice, a koji mogu biti sastavni dio izvještaja o radu Zavoda i upoznavanja Upravnog odbora.

Pored komisija i odgovornih osoba utvrđenih članom 28. ovog Pravilnika, organizacionu strukturu za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti čine i druga tijela koja su u okviru uspostave sistema kvaliteta i sigurnosti, imenovani od Upravnog odbora i Direktorice Zavoda, a oni su:

- Komisija za zaštitu osoba sa duševnim smetnjama
- Komisija za upravljanje rizikom i unutrašnji nadzor
- Komisija za primjedbe i pohvale pacijenata
- Komisija za uvođenje novih zdravstvenih tehnologija
- Komisija zaštite na radu
- Imenovana osoba za koordinaciju i edukaciju iz oblasti reanimacije
- Imenovana osoba za zaštitu od požara

- Imenovana osoba zadužena za praćenje licenci i certifikata osoblja
- Imenovana osoba koja daje uputstva osoblju o ponašanju kada je uključeno u nasilne i verbalne incidente (savjet i podrška)
- Tim/komisija za borbu protiv korupcije
- Komisija koja pregleda dokumentaciju kod prijema novih radnika
- Komisija koja odlučuje o zahtjevima radnika za ostvarenje prava iz radnog odnosa
- Osoba zadužena za istraživački rad
- Mentor za novog radnika
- Imenovana osoba za informacije, tehnologije i osiguravanja softvera i licence
- Imenovana osoba za održavanje objekta, opreme, sistema i instalacija

#### **Član 28.**

Pored komisija utvrđenih članom 28. ovog Pravilnika, organizacijsku strukturu za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti čine i druga tijela koja u okviru uspostave sistema kvaliteta i sigurnosti formira Upravni odbor i Direktor Zavoda (npr. Krizni štab Zavoda, Stručno Vijeće, Stručni kolegij).

#### **5.5.1. Etički komitet**

##### **Član 29.**

Zadatak Etičkog komiteta je da 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 Zavoda i tijela imenovanih od strane Upravnog odbora i Direktora Zavoda.

#### **5.5.2. Komisija za osiguravanje zdravih radnih mjesta**

##### **Član 30.**

Komisija za osiguravanje 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
- Definisanje 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 problematici prevencije i održavanja fizičkog i mentalnog zdravlja i davanje prijedloga za poboljšanje kvaliteta u ovoj oblasti.

### **5.5.3. Komisija za upravljanje informacijama i tehnologijama**

#### **Član 31.**

Komisija za upravljanje informacijama i 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 sprječavanje bolničkih infekcija**

#### **Član 32.**

Komisija za intrahospitalne infekcije 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.

#### **5.5.4. Odgovorna osoba za upravljanje otpadom**

##### **Član 33.**

Odgovorna osoba za upravljanje 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 bolničkim otpadom (sigurno odlaganje otpada, odlaganje oštih predmeta, odlaganje citotoksičnog, radioaktivnog, infektivnog, farmaceutskog i drugih vrsta otpada i sl.)
- Definisanje rizika koji nastaju kod upravljanja i pogrešnog upravljanja različitim vrstama otpada, njihovo preveniranje i otklanjanje štetnih posljedica
- Definisanje upozorenja protiv prakse odlaganja otpada koja nije sigurna
- Definisanje 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.

#### **5.5.5. Komisija za zdravstvenu dokumentaciju**

##### **Član 34.**

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 klinike/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 službama i komisijama u cilju prilagođavanja zdravstvene dokumentacije informacionom sistemu i informacionim tehnologijama.

#### **5.5.6. Komisija za lijekove**

##### **Član 35.**

Komisija za lijekove ima obavezu da utvrđuje, implementira i prati standarde u oblasti primjene lijekova, 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 klinikama

- 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.

### **5.5.7. Imenovanje i mandat komisija/komiteta/odbora/grupa**

#### **Član 36.**

Komisije/odgovorne osobe 28. i 29. ovog Pravilnika odlukom formira Direktorica Zavoda, ukoliko za to nije zadužen Upravni odbor.

#### **Član 37.**

Mandat komisija/odgovornih osoba je najmanje dvije, a najviše četiri godine.

#### **Član 38.**

Odlukom se utvrđuju sastav, nadležnost i mandat komisija/odgovornih osoba, a u skladu sa odredbama ovog Pravilnika.

### **5.6. Stručno vijeće**

#### **Član 39.**

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 klinike/poliklinike**

#### **Član 40.**

Na nivou klinike/poliklinike 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 41.**

Svaka odjeljenje ima stalni Stručni kolegij (multidisciplinarni tim na nivou organizacione jedinice) koji rješava pitanja tretmana i njege, kao i organizacijska pitanja.

Sastav i nadležnost Stručnog kolegija utvrđeni su Statutom Ustanove.

#### **Član 42.**

Stručni kolegij se održava svakog radnog dana. Pitanja tretmana i njege su svakodnevna aktivnost Stručnog kolegija, dok se pitanja organizacije, razvoja, planiranja i izvještavanja razmatraju periodično, na prijedlog šefa odjeljenja (putem timskih sastanaka).

#### **Član 43.**

Stručni kolegij vodi direktor, šef odjeljenja ili zaposlenik koji ga zamjenjuje.

#### **Član 44.**

O radu Stručnog kolegija pravi se pismena zabilješka.

#### **Član 45.**

Stručni kolegij ima obavezu da periodično, najmanje 2 puta godišnje evaluira svoj rad i predlaže mjere za poboljšanje kvaliteta. Evaluacija rada i predložene mjere se evidentiraju.

### **5.7.2. Vizita**

#### **Član 46.**

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

#### **Član 47.**

Evaluaciona vizita se obavlja dva puta sedmično, utorkom i petkom, i redovna vizita u večernjim satima u 21 sat od strane dežurnog ljekara. Subotom i nedjeljom vizita se obavlja u jutarnjim i večernjim satima.

#### **Član 48.**

Vizita se može obavljati po odjeljenjima ili za grupu pacijenata za koju su zaduženi pojedini ljekari.

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

## **6. PRAVA I OBAVEZE RUKOVODNOG KADRA I OSTALIH ZAPOSLENIKA U PROCESU UPRAVLJANJA KVALITETOM I SIGURNOSTI**

#### **Član 49.**

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 50.**

Direktorica Zavoda i drugo rukovodno osoblje će stvarati uslove da se svim zaposlenim, u okviru redovnog radnog vremena, obezbjedi vrijeme za aktivnosti upravljanja kvalitetom. Vodeću ulogu u uspostavi i održavanju sistema kvaliteta imaju direktorica Zavoda, šefovi odjeljenja/ službe, glavna sestra Zavoda i glavne sestre odjeljenja.

#### **Član 51.**

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 52.**

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 poboljšanje cjelokupnog sistema.

## **Član 53.**

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

### **Direktor Ustanove:**

- Razvoj participativne, timski orijentisane 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
- Utvrđivanje 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.

### **Glavna sestra Zavoda:**

- Razvoj participativne, timski orijentisane 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 poboljšanje 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/sluzbe i odgovorne sestre odjeljenja:**

- Realizacija zadataka na provođenju definisane misije i vizije Zavoda i zadataka koji proizilaze iz strateških planova, njihovo približavanje osoblju
- Razvoj i utvrđivanje planova poboljšanja kvaliteta i upravljanja rizikom klinike/sektora/sluzbe/odjeljenja 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 klinike/poliklinike/sektora/sluzbe/odjeljenja za akreditaciju
- Demonstriranje posvećenosti procesima poboljšanja kvaliteta.

## **7. UNUTRAŠNJA PROVJERA KVALITETA I SIGURNOSTI I IZVJEŠTAVANJE O KVALITETU**

### **Član 54.**

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 Zavoda, kao i vanjskih institucija.

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

### **Član 55.**

U Zavodu 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 i komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti.

### **Član 56.**

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 57.**

Provjeru kvaliteta i sigurnosti periodično, prema usvojenom planu, vrši Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti.

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

### **Član 58.**

Koordinator za kvalitet, na osnovu izvršene provjere i ostalih provedenih aktivnosti (mjerenje 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 Zavod kao cjelinu.

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

## **8. SAMOOCJENA I UNUTRAŠNJA OCJENA KAO PRIPREMNE FAZE ZA AKREDITACIJU**

### **Član 59.**

Kao jedna od prethodnih faza u postupku podnošenja prijave za akreditaciju u Zavodu 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 60.**

Samoocjenu provodi organizaciona jedinica u saradnji sa Komisijom za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti.

### **Član 61.**

Samoocjena se provodi na osnovu plana koji izrađuje Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti kojim se određuju standardi koji će biti predmet provjere. Plan odobrava Direktor Zavoda i određuje rok za provjeru i izradu izvještaja.

Za provođenje samoocjene odgovorni su direktor i šefovi organizacionih jedinica.

### **Član 62.**

Ukoliko organizaciona jedinica ne provede samoocjenu u utvrđenom roku, ocjenu će provesti Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnost na bazi raspoloživih podataka i dokumentacije.

### **Član 63.**

Po provedenoj samoocjeni dostavljene materijale pregleda Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti, vrši potrebne korekcije samoocjene i sa direktorom i šefovima organizacionih jedinica planira aktivnosti na realizaciji nerealizovanih i djelimično realizovanih standarda.

Koordinator podnosi izvještaj Direktor Zavoda o provedenoj samoocjeni i planiranim aktivnostima na realizaciji standarda, odnosno upoznaje ga sa razlozima i problemima vezanim za ispunjavanje standarda.

### **Član 64.**

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

### **Član 65.**

Unutrašnju ocjenu provodi Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti. Po potrebi u provođenje unutrašnje ocjene se uključuju i drugi radnici.

### **Član 66.**

U okviru unutrašnje ocjene, ocjenjivači:

- Vršer pregled dokumentacije zahtijevane Akreditacijskim standardima za bolnice
- Obavljaju intervju sa direktorom/šefom organizacione jedinice i glavnim/odgovornim medicinskim sestrama-tehničarima vezano za ocjenu ispunjenosti standarda koji se dokazuju intervjuom
- Vršer 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 67.**

Po izvršenoj unutrašnjoj ocjeni od strane Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti, vrši se izrada izvještaja koji treba da da ocjenu o spremnosti Zavoda za podnošenje prijave za akreditaciju.

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

### **9. OSTVARIVANJE PRAVA PACIJENATA U POSTUPKU PRUŽANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA**

#### **Član 68.**

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 69.**

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

#### **Član 70.**

Saradnju sa pacijentima u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga Zavod 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 71.**

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

### **PLANIRANJE I OBEZBJEĐENJE RESURSA**

#### **Član 72.**

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 Zavodu se osiguravaju sredstva za uspostavu i poboljšanje sistema kvaliteta i sigurnosti.

### Član 73.

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 zavodima zdravstvenog osiguranja, koji imaju odgovornost za davanje podrške uspostavi i održavanju sistema kvaliteta i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama.

## 10. STIMULISANJE ZAPOSLENIKA ZA RAD NA POBOLJŠANJU KVALITETA I SIGURNOSTI

### Član 74.

U Zavodu će se od strane menadžmenta Zavoda (direktora 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 75.

Na osnovu prijedloga Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti, Direktora i šefova organizacionih jedinica zaposlenicima 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 obezbjeđiti druga, odgovarajuća stimulacija (prigodni pokloni, odlazak na stručno usavršavanje i sl.).

## 11. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

### Član 76.

Ovaj Pravilnik je razmatran na sjednici Stručnog vijeća od 10. 03. 2022.godine.

### Član 77.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana njegovog objavljivanja na oglasnim pločama Zavoda.

Sarajevoa, 11.03.2022.godine



UPRAVNI ODBOR  
Predsjednik Upravnog Odbora

Ajla Julardžija  
diplomirani stručnjak

<b>SADRŽAJ:</b>	<b>Strana</b>
1. OPŠTE ODREDBE .....	2
2. UPRAVLJANJE KVALITETOM .....	3
3. UPRAVLJANJE RIZIKOM I SIGURNOST .....	4
4. STRATEŠKO PLANIRANJE I IZRADA GODIŠNJIH PROGRAMA I PLANOVA .....	5
5. ORGANIZACIJSKA STRUKTURA UPRAVLJANJA KVALITETOM I SIGURNOSTI ZDRAVSTVENIH USLUGA .....	5
5.1 Organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga na nivou Ustanove .....	5
5.2 Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga .....	6
5.3 Koordinator Komisije za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga .....	6
5.4 Druge komisije čiji rad se temelji na zakonskim i bolničkim standardima 2020 .....	7
• Etički komitet .....	8
• Komisija za aktivnosti osiguranja zdravih radnih mjesta .....	9
• Komisija za upravljanje informacijama i informacione tehnologije .....	9
• Komisija za kontrolu infekcija (intrahospitalne infekcije) .....	10
• Zadužena osoba za upravljanje bolničkim otpadom .....	10
• Komisija za zdravstvenu dokumentaciju .....	10
• Komisija za lijekove .....	11
• Stručno vijeće .....	11
• Stručni kolegij .....	12
• Vizita .....	12
5. PRAVA I OBAVEZE RUKOVODNOG KADRA I OSTALIH ZAPOSLENIKA U PROCESU UPRAVLJANJA KVALITETOM I SIGURNOSTI .....	13
6. UNUTRAŠNJA PROVJERA KVALITETA I SIGURNOSTI I IZVJEŠTAVANJE O KVALITETU .....	14
7. SAMOOCJENA I UNUTRAŠNJA OCJENA KAO PRIPREMNE FAZE ZA AKREDITACIJU .....	15
8. OSTVARIVANJE PRAVA PACIJENATA U POSTUPKU PRUŽANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA .....	16
9. PLANIRANJE I OBEZBJEĐENJE RESURSA .....	17
10. STIMULISANJE ZASPOLENIKA ZA RAD NA POBOLJŠANJU KVALITETA I SIGURNOSTI .....	17
11. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE .....	18
12. SADRŽAJ (ZAKONSKI OKVIR).....	19

*Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „SN FBiH” 46/10, 75/13 Strateški plan razvoja zdravstva u FBiH u periodu od 2008. do 2018. godine, Federalno ministarstvo zdravstva, FBiH 2008 Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, „SN FBiH” 59/05, 52/11, 6/17; Strateški plan razvoja zdravstva u FBiH u periodu od 2008. do 2018. godine, Federalno ministarstvo zdravstva, FBiH 2008 Zakon o liječništvu, SN F BiH 56/13 Zakon o sestrinstvu i primaljstvu SN FBiH 43/13 Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, SN FBiH 29/05;Pravilnik o uslovima i načinu sprovođenja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija SN FBiH 84/10 Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, SN FBiH 29/05;Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama SN F BiH 37/01, 40/02, 52/11, 14/13 Pravilnik o organizaciji i radu Komisije za zaštitu osoba sa duševnim smetnjama, SN FBiH 53/01 Pravilnik o upravljanju medicinskim otpadom, SN FBiH 77/08*