

**JAVNA USTANOVA
DOM ZDRAVLJA LJUBUŠKI**

**PRAVILNIK O UNUTARNJEM SUSTAVU
POBOLJŠANJA
SIGURNOSTI I KVALITETA**

Ljubuški, ožujak 2025. godine

Na osnovu članka 9. Zakona o sustavu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu („Službene novine Federacije BiH“, br. 59/05 i 52/11) i članka 24. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13), te članka 29. Statuta Ravnatelj Javne ustanove Dom zdravlja Ljubuški, na prijedlog Stručnog vijeća, donosi

PRAVILNIK O UNUTARNJEM SUSTAVU POBOLJŠANJA SIGURNOSTI I KVALITETA

1. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

U okviru zakonske obaveze da građanima pruži uslugu standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja Javna ustanova Dom zdravlja Ljubuški (u daljem tekstu: Ustanova) stvara uvjete da se zdravstvena zaštita pruža u skladu sa suvremenim medicinskim znanjima i tehnologijama i utvrđenim standardima kvaliteta i sigurnosti.

Članak 2.

U cilju postizanja optimuma kvaliteta Ustanova uspostavlja unutrašnji sustav poboljšanja kvaliteta i sigurnosti koji treba osigurati zdravstvenu uslugu koja je:

- Učinkovita - 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)
- Orijentirana na korisnika/pacijenta - jer osigurava 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 uvjetima - jer ne varira u zavisnosti od personalnih karakteristika kao što su spol, etnička pripadnost, socijalno-ekonomski status i sl.

Članak 3.

Ustanova će osigurati kontinuirano poboljšanje kvalitete kao strukturiran sustav široke organizacijske participacije u planiranju, implementiranju i mjerenju učinkovitosti procesa za kontinuirano poboljšanje zadovoljavanja potreba i očekivanja korisnika.

Poboljšanje kvalitete odnosi se na tri dijela sustava pružanja zdravstvene zaštite:

- Strukturu
- Proces
- Ishode

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

Proces se odnosi na pružanje dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih usluga, te komunikacije i informiranje na liniji korisnik/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 korisnika/pacijenta, grupa pacijenata i populacije kao cjeline i na zadovoljstvo korisnika, a uključuju i racionalno korištenje sredstava.

Članak 4.

U okviru uspostave unutarnjeg sustava poboljšanja kvalitete i sigurnosti ovim Pravilnikom uređuju se i sljedeća pitanja:

- Upravljanje kvalitetom
- Upravljanje rizikom i sigurnost
- Strateško planiranje
- Organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti
- Prava i obveze rukovodećeg kadra i ostalih uposlenika u procesu upravljanja kvalitetom i sigurnosti
- Oblik, način i učestalost unutarnje provjere kvalitete i sigurnosti
- Vrste i način izvješća o stanju kvalitete u Ustanovi
- Samoocjena i unutarnja ocjena kao pripreme faze za certificiranu akreditaciju
- Ostvarivanje prava korisnika/pacijenata u postupku pružanja zdravstvenih usluga
- Planiranje i jamčenje sredstava

2. UPRAVLJANJE KVALITETOM

Članak 5.

Upravljanje kvalitetom, kao proces koji prepoznaje i upravlja aktivnostima potrebitim da se dostignu ciljevi kvalitete Ustanove, baziran je na sljedećim načelima:

- Jačanje sustava 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 realiziranja navedenih načela odgovornost je rukovodećeg osoblja svih organizacijskih jedinica i razina rukovođenja.

Članak 6.

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

- Kreiranje kvalitete
- Kontrolu kvalitete
- Poboljšanje kvalitete

Kreiranje kvalitete je proces planiranja i realiziranja planiranih aktivnosti kroz definiranje vizije, misije i vrijednosti Ustanove, strategiju upravljanja kvalitetom, alokaciju sredstava i izradu politika, procedura, vodilja, protokola i drugih dokumenata kojima se uređuju svakodnevne aktivnosti pružanju zdravstvenih usluga.

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

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

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

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

3. UPRAVLJANJE RIZIKOM I SIGURNOST

Članak 7.

Pacijenti i ostali korisnici usluga očekuju da pružene usluge budu sigurne za korisnika/pacijenta. Međutim, svaki tretman nosi izvjesne rizike. Stoga zdravstveni sustav treba tako organizirati 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 korisnike/pacijente, nego i na ostale korisnike usluga i osoblje i obuhvaća kliničke i nekliničke rizike (rizik od povrede osoblja, pacijenata ili posjetitelja, financijski rizik, rizik od gubitka ugleda, rizik od tužbi, rizik od infekcije, rizik po okolinu itd.)

Upravljanje rizikom podrazumijeva zorno 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.

Članak 8.

Ustanova će stvarati uvjete i poduzimati aktivnosti na identificiranju, analizi, kontroli i financiranju sa ciljem svodenja na minimum nepovoljnih efekata i gubitka ljudskih, fizičkih i financijskih sredstava. Pri tome će ostvariti proaktivni pristup koji obuhvaća:

- Utvrđivanje rizika koji postoje ili mogu nastati
- Procjenu ih rizika radi ocjene moguće učestalosti, vjerojatnosti i ozbiljnosti
- Eliminiranje rizika koji se mogu eliminirati
- Smanjenje efekata rizika koji ne mogu biti eliminirani
- Uspostavljanje financijskih mehanizama kako bi se osigurala sredstva za financiranje posljedica rizika koji preostaje.

Članak 9.

Ustanova uspostavlja sustav upravljanja rizikom, kao sastavni dio sustava upravljanja kvalitetom, i u tom smislu donosi i uspostavlja:

- Strategiju upravljanja rizikom
- Programe procjene rizika u organizacijskim jedinicama
- Određuje osoblje zaduženo za obavljanje procjene rizika u organizacijskim jedinicama
- Obuku osoblja u oblasti upravljanja rizikom
- Sustav prijavljivanja i analize incidentnih situacija
- Analizu rizika na osnovu podnesenih 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 sustava fizičkog osiguranja
- Praćenje primjene zakona i drugih propisa kojima se reguliraju pitanja sigurnosti
- Mjere i indikatore kontrole rizika
- Planove i mjere poboljšanja kvalitete u oblasti upravljanja rizikom sa naglaskom odstranjivanja ili smanjenja rizika koliko je to moguće
- Izvješća o pitanjima upravljanja rizikom

Članak 10.

Prilikom uspostave sustava upravljanja rizikom i realizacije utvrđenih zadataka svi uposlenici, a posebno rukovodeće osoblje dužni su primjenjivati sljedeća načela:

- Dom zdravlja ima posebnu obvezu štiti korisnike/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 organizacijske 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 minimalizirati i/ili eliminirati. Sve potencijalne izvore (infektivni i zagađeni materijal, izvori zračenja i slično) treba nadzirati i kontrolirati.
- Edukacija osoblja da pomogne u identifikaciji rizika i izvora opasnosti i da promjeni ponašanje ili uvjete na način da se minimiziraju povrede ili gubitci imovine bitan je element upravljanja rizikom.

- Imovina je podložna oštećenjima, gubitku, krađi i zlouporabi, a ti rizici mogu se umanjiti kroz dobro osmišljen sustav dokumentiranja, nadzora i osiguranja.
- Ljudi i imovina izloženi su rizicima nezgoda, vatre i prirodnih katastrofa. Ti rizici mogu se prevenirati ili minimalizirati pažljivim planiranjem i primjenom odgovarajućih mjera.
- Sve incidente treba dokumentirati i analizirati njihove uzroke i posljedice.

Članak 11.

U domenu upravljanja rizikom Ustanova posebno razvija sustav incidentnih situacija.

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

Tim za poslove organizacije i poboljšanje kvalitete formira baze podataka prema vremenu, učestalosti, kategoriji incidenata, lokaciji nastanka, težini, vrsti, itd.

Tim za poslove organizacije i poboljšanja kvalitete izvješćuje Upravno vijeće, Ravnatelja Ustanove i organizacijske jedinice o prikupljenim podacima i vremenskim trendovima incidentnih situacija najmanje jednom godišnje.

Članak 12.

Pojedinačne analize incidentnih situacija i periodična izvješća koriste se u edukacijske i profesionalne svrhe, radi poboljšanja kvalitete 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 izvješćuje o štetnim događajima
- Sposobno da uči na tuđim i osobnim greškama
- Otvoreno prema pacijentima

4. STRATEŠKO PLANIRANJE I IZRADA GODIŠNJIH PROGRAMA I PLANOVA

Članak 13.

U Ustanovi se usvaja:

- Strategija poboljšanja kvalitete
- Strategija upravljanja rizikom

Članak 14.

Strategiju poboljšanja kvalitete i Strategiju upravljanja rizikom usvaja Upravno vijeće, za period od 3 godine i odnosi se na sve usluge, medicinske i nemedicinske.

Članak 15.

Strategija poboljšanja kvalitete sadrži:

- Definicije upravljanja kvalitetom i poboljšanje kvalitete
- Mjerljive ciljeve i rokove za njihovo izvršenje
- Odgovornost rukovodećeg osoblja za upravljanje kvalitetom i poboljšanje
- Organizacijsku strukturu kao potporu realizaciji postavljenih ciljeva
- Identifikaciju potrebitih znanja i vještina i potreba za edukacijom
- Način postizanja kliničke efektivnosti
- Način pregleda kliničke kvalitete (klinička revizija)
- Uspostavu sustava za dobivanje povratnih informacija od korisnika
- Načine pregledanja napretka u odnosu na postavljene ciljeve i izvješća
- Druga pitanja od značaja za upravljanje kvalitetom i poboljšanje kvalitete.

Članak 16.

Strategija upravljanja rizikom sadrži:

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

Članak 17.

Na osnovu Strategije poboljšanja kvalitete i Strategije upravljanja rizikom, tim i samostalna služba donosi godišnji plan/program poboljšanja kvalitete/procjene rizika.

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

Plan/program utvrđuje voditelj organizacijske jedinice, na osnovu prijedloga uposlenika organizacijske jedinice i st.1 ovog članka

Članak 18.

Ravnatelj i voditelj službe imenuje člana osoblja zaduženog da pripremi procjenu rizika za organizacijsku jedinicu i brine se o pitanjima upravljanja rizikom.

5. ORGANIZACIJSKA STRUKTURA UPRAVLJANJA KVALITETOM I SIGURNOSTI ZDRAVSTVENIH USLUGA

Članak 19.

Organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga uspostavlja se na razini Ustanove i na razini organizacijskih jedinica.

5.1. organizacijska struktura za upravljanje kvalitetom i sigurnosti zdravstvenih usluga na razini Ustanove

Članak 20.

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

- Povjerenstvo za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Koordinator Povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Tim za poslove organizacije i poboljšanje kvalitete
- Druga Povjerenstva/komiteti/timovi/odbori koji se obrazuju na osnovu Akreditacijskih standarda za Dom zdravlja
- Stručno vijeće

5.2. Povjerenstvo za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga

Članak 21.

Povjerenstvo za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga ima zadatak raditi na uspostavi unutarnjeg sustava poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga, a osobito:

- Razmatra prijedlog misije, vizije i vrijednosti Ustanove, politika, strateških i godišnjih planova u oblasti poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga i druga pitanja vezana za uspostavu sustava poboljšanja kvalitete i sigurnosti
- Prikuplja relevantne podatke i informacije potrebite za unutarnju i vanjsku provjeru kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Razmatra pitanja provođenja unutarnje provjere kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Osigurava integraciju i koordinaciju programskih aktivnosti
- Daje preporuke za uvođenje i promjenu zdravstvenih standarda, protokola, politika i procedura
- Prati rad Povjerenstava/komiteta/odbora koji se obrazuju u skladu sa ovim Pravilnikom
- Razmatra izvješća koji se odnose na prijavljivanje, praćenje i analizu incidentnih situacija, žalbi, pohvala i sugestija i mjerenje zadovoljstva/iskustva pacijenata i daje prijedloge za poboljšanje kvalitete

- Razmatra izvještaje o praćenju indikatora kvalitete i daje prijedloge za uvođenje novih indikatora
- Daje prijedloge za izradu plana edukacija osoblja u oblasti poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Razmatra izvješća o pokrenutim sporovima za naknadu štete proizašle iz žalbi na kvalitetu zdravstvenih usluga i odnos prema pacijentima i izvješća o provedenom inspekcijskom nadzoru
- Učestvuje u postupku vanjske provjere kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Suraduje sa Agencijom za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu F BiH (u daljnjem tekstu: AKAZ), drugim zdravstvenim ustanovama i institucijama u oblasti poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga
- Obavlja i druge poslove koji proizlaze iz zakonskih i podzakonskih akata, uputa AKAZ-a, strategija i planova koji se odnose od strane nadležnih zakonodavnih organa i organa uprave i strategija i programa i planova koji se donose u Ustanovi

Članak 22.

U sustav Povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga obavezno ulaze liječnici i medicinske sestre-tehničari različitih disciplina, zdravstveni suradnici i predstavnici korisnika/pacijenata.

5.3. Koordinator Povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga

Članak 23.

Koordinator povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga (u daljnjem tekstu: Koordinator) je zadužen za podizanje unutrašnjeg sustava kvalitete u Ustanovi uz potporu Povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti.

Članak 24.

Funkciju Koordinatora vrši Tim za poslove organizacije i poboljšanja kvalitete

Članak 25.

Koordinator obavlja sljedeće poslove:

- Razvija, vodi i vrši monitoring procesa poboljšanja kvalitete i sigurnosti
- Radi na podizanju svijesti uposlenika o značaju standardizacije i akreditacije
- Daje preporuke i pojašnjenja vezana za standardizaciju
- Koordinira rad na poboljšanju kvalitete u Ustanovi
- Suraduje sa AKAZ-om i drugim organizacijama u oblasti poboljšanja kvalitete i sigurnosti
- Rukovodi radom Povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti

Članak 26.

U okviru rukovođenja radom Povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti Koordinator naročito:

- Zakazuje sastanke i predlaže dnevni red
- Predlaže tekst Poslovnika o radu povjerenstva
- Radi na pripremi materijala o kojima Povjerenstvo raspravlja
- Brine se o realizaciji preporuka i zaključaka Povjerenstva
- Priprema izvješća o radu povjerenstva

5.4. Tim za poslove organizacije i poboljšanja kvalitete

Članak 27.

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

- Daje prijedlog misije, vizije i vrijednosti Ustanove
- Vršiti izradu Strategije poboljšanja kvalitete i Strategije upravljanja rizikom, te pruža stručnu pomoć kod izrade posebnih strategija (strategija osiguranja zdravih radnih mjesta, strategija upravljanja otpadom i sl.)
- Pruža pomoć organizacijskim jedinicama pri izradi planova/programa poboljšanja kvalitete i upravljanja rizikom
- U suradnji sa organizacijskim jedinicama vrši izradu prijedloga zajedničkih politika i procedura
- Vršiti izradu konačnog teksta politika i procedura
- Priprema materijale za sastanke Povjerenstva za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga i prati rad Povjerenstva
- Vršiti uspostavu indikatora kvalitete i kontrolu kvalitete koristeći uspostavljene indikatore
- Provodi mjerenje zadovoljstva pacijenata i osoblja
- Prati realizaciju programa i planova u oblasti poboljšanja kvalitete i upravljanja rizikom
- Vršiti izradu periodičnog i godišnjeg izvješća o stanju kvalitete.

6. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 28.

Tumačenje ovog Pravilnika daje Ravnatelj Ustanove.

Članak 29.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana njegovog oglašavanja na oglasnim pločama Ustanove.

Ovaj pravilnik je oglašen na oglasnoj ploči Javne ustanove Dom zdravlja Ljubuški dana

03.03. 2025. godine.

Ljubuški, 03.03.2025.g.

Broj: 276/25

Pravilnik uradila:

Mirjana Džajić, glavna medicinska sestra,
Koordinator Povjerenstva za poboljšanje
kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga

MDžajić

SUGLASAN:

Ravnatelj JU DZ:

Ivan Landeka dr. med.

Ivan Landeka

