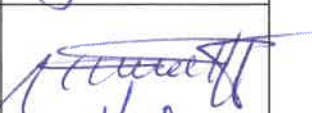


 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA		Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica	Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od : 11. 9. 2026 Stran: 1 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026		

	IME IN PRIIMEK	DATUM	PODPIS
PRIPRAVIL	Polona Likar , univ. dipl. ekol., strokovna sodelavka za kakovost	3.9.2026	
POTRDIL	Dunja Savnik Winkler , dr. med., spec. ORL, predstavnica vodstva za kakovost	3.9.2026	
	Erik Sedevčič , dr. med., spec. spl. krg., strokovni direktor	3.9.2026	
ODOBRIL	mag. Ingrid Kuk Kikl , v. d. strokovne direktorice	3.9.2026	
SKRBNIK	Strokovni sodelavec za kakovost		

PREGLED ZADNJIH SPREMEMB DOKUMENTA

Zap. št.	Sprememba v točki	OPIS SPREMEMBE	Izdaja	Datum
1.	2	Točka 2 »Organiziranost bolnišnice« je v celoti spremenjena.	02	7. 9. 2023
2.	2.4	Prenovljena je sestava Komisije za kakovost in varnost. Dodana sta skrbnik sistema kakovosti ter pooblaščenec za varnost pacientov.	02	7. 9. 2023
3.	5.4	Dopolnjen je prvi odstavek v točki 5.4 v načinu in vrstah medijev za komuniciranje z odjemalci oz. uporabniki storitev.	02	7. 9. 2023
4.	7.3	Posodobljeni so obvezni kazalniki kakovosti in varnosti Ministrstva za zdravje.	02	7. 9. 2023
5.	7.4	Dopolnjene so podlage za izvajanje notranjih presoj.	02	7. 9. 2023
6.	7.6	Dopolnjeni so vhodni podatki za vodstveni pregled.	02	7. 9. 2023
7.	2.4	Dodan je predstavnik vodstva za kakovost.	03	3. 9. 2025
8.	4.1	Dodan je zadnji odstavek, ki izključuje zahtevo točke 8.3 standarda ISO 9001, ker ta ni relevantna za dejavnost bolnišnice.	03	3. 9. 2025
9.	7.4	Spremenjena je periodika izvajanja notranjih presoj, tako da je vsak proces presojan najmanj enkrat letno, namesto enkrat v dveh letih.	03	3. 9. 2025
10.	1.2	Posodobljen in razširjen opis dejavnosti bolnišnice v skladu z organigramom in uradnim opisom dejavnosti; natančneje opredeljene medicinske, diagnostične, rehabilitacijske ter ambulantne dejavnosti.	04	3. 9. 2026
11.	2.3	Posodobljen in razširjen opis organiziranosti zavoda v skladu z organigramom; dodana opredelitev medicinskih služb, samostojnih medicinskih oddelkov, skupnih medicinskih služb ter nemedicinskih služb.	04	3. 9. 2026

 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA		Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica		Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od : 11. 9. 2026 Stran: 2 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026			

12.	2.4	Dopolnjena sestava Komisije za kakovost in varnost s strokovnim sodelavcem za odnose z javnostmi.	04	3. 9. 2026
13.	2.4	Dopolnjena <i>Shema 1</i> z dodatnimi funkcijami sistema vodenja kakovosti (predstavniki vodstva za kakovost, skrbnik sistema kakovosti, pooblaščenec za varnost pacientov).	04	3. 9. 2026
14.	3.4	Dopolnjena točka 3.4 z vključitvijo obravnave priložnosti ter opisom registra priložnosti skladno z ISO 9001:2015 in AACI 6.3.	04	3. 9. 2026
15.	4.1	Posodobljena razlaga obsega SVK; dopolnjena utemeljitev izključitve zahteve 8.3 standarda ISO 9001.	04	3. 9. 2026
16.	5.	Usklajena vsebina točk 5.3 in 5.4 z veljavnim organizacijskim predpisom OP SPL 008 – Obvladovanje notranjega in zunanjega komuniciranja.	04	3. 9. 2026
17.	7.3	Posodobljena podtočka b zaradi uskladitve z veljavnimi Metodološkimi navodili za kazalnike kakovosti v zdravstvu (MZ, 2026).	04	3. 9. 2026
18.	8.	Dopolnjen uvod točke 8 z navedbo povezave na obravnavo priložnosti iz točke 3.4.	04	3. 9. 2026

KAZALO VSEBINE

01. NAMEN POSLOVNIKA KAKOVOSTI	4
0.2 POJMI	4
0.2.1 Razlaga okrajšav	4
0.2.2 Razlaga pojmov	4
1. PREDSTAVITEV SPLOŠNE BOLNIŠNICE DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA	5
1.1 Osebna izkaznica zavoda	5
1.2 Opis dejavnosti	6
1.3 Zgodovina bolnišnice	7
2. ORGANIZIRANOST BOLNIŠNICE	7
2.1 Organi bolnišnice	7
2.2 Vodstvo bolnišnice	9
2.3 Podrobnejša organizacija zavoda	9
2.4 Organizacija in vodenje sistema kakovosti in varnosti	10
3. USMERITVE ORGANIZACIJE	11
3.1 Kontekst organizacije	11
3.2 Politika kakovosti	13
3.3 Cilji kakovosti	14
3.4 Obvladovanje tveganj in priložnosti	14
4. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI (SVK)	15
4.1 Obseg sistema vodenja kakovosti	15
4.2 Procesi in povezave med njimi	15
4.3 Obvladovanje dokumentov sistema vodenja kakovosti	16
5. IZVAJANJE SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI	17
5.1 Vodenje	17
5.2 Zagotavljanje virov	18
5.3 Notranje komuniciranje	19
5.4 Komuniciranje z odjemalci	19
6. MERJENJE IN NADZOR	19
6.1 Spremljanje zadovoljstva naših uporabnikov	20
6.2 Spremljanje organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih	20
6.3 Kazalniki kakovosti	20
6.4 Notranja presoja	22
6.5 Redni in izredni strokovni nadzori	22
6.6 Vodstveni pregled	22
7. NENEHNO IZBOJŠEVANJE SVK	23
7.1 Obvladovanje neskladnosti in korektivni ukrepi	23
7.2 Obvladovanje varnostnih incidentov	23
7.3 Izvajanje varnostnih vizit, pogovorov o varnosti ter mortalitetno-morbiditetnih konferenc	23
7.4 Uvajanje kliničnih poti	24

01. NAMEN POSLOVNIKA KAKOVOSTI

Namen poslovnika kakovosti je predstavitev Splošne bolnišnice Dr. Franca Derganca Nova Gorica (v nadaljevanju SB Nova Gorica) ter opredelitev sistema vodenja kakovosti in varnosti, ki ga vodi Komisija za kakovost in varnost pacientov.

Poslovnik kakovosti prikazuje ključne elemente sistema vodenja kakovosti in varnosti, prepoznane procese in njihove medsebojne povezave.

Poslovnik opisuje tudi izpolnjevanje zahtev sistema vodenja kakovosti ISO 9001 in SIST EN 15224:2016 ter drugih mednarodnih akreditacijskih standardov za zdravstvene organizacije na način, ki okvirno sledi strukturi standarda.

Bolnišnica ima lahko na posameznih področjih vzpostavljene svoje oziroma podrejene Poslovnike kakovosti, ki pa morajo biti usklajeni s tem poslovnikom.

0.2 POJMI

0.2.1 Razlaga okrajšav

MZ	Ministrstvo za zdravje
OP	Organizacijski predpis
SB Nova Gorica	Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca Nova Gorica
SVK	Sistem vodenja kakovosti
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

0.2.2 Razlaga pojmov

Dokumenti	so vse informacije, zapisane na kateremkoli nosilnem mediju (papir, fotografija, magnetni ali elektronski medij), ki izkazujejo neko stanje ali dejstvo.
Kazalniki kakovosti	je statistična ali druga merljiva enota, ki kaže na kakovost zdravstvene oskrbe, torej prikazuje posredno ali neposredno uspešnost delovanja zdravstvenega sistema, ustanove, oddelka, tima ali posameznega zdravstvenega strokovnjaka pri izboljševanju zdravja ciljne populacije (MZ).
Korektivni ukrep	je ukrep za odpravo vzroka ugotovljene neskladnosti ali drugega nezaželenega stanja.
Merjenje procesa	je aktivnost (skupek opravil za določevanje velikosti kakšne značilnosti telesa – dolžina, masa, relativno glede na enoto meritve oz. vrednosti merjene fizikalne količine) s katero preko ustreznih kazalnikov merimo učinkovitost in uspešnost procesa.
Notranja presoja	je presoja, ki jo izvaja organizacija sama ali se izvaja v imenu organizacije za notranje namene in lahko tvorijo podlago za lastno izjavo organizacije o skladnosti.
Obvladovanje tveganja	so usklajene aktivnosti za usmerjanje in obvladovanje organizacije v zvezi s tveganjem.
Odgovorna oseba	je oseba, ki je dolžna skrbeti za prevzeto aktivnost, obveznost ali nalogo.
Odjemalec	Je organizacija ali oseba, ki prejme storitev ali proizvod (rezultat procesa).

Incident	je vsak odmik od normalnega, pravega, standardnega ali norme.
Organizacijski predpis (OP)	je dokument splošnega pomena, ki ureja izvajanje posameznih področij oziroma procesov poslovanja v SB Nova Gorica.
Pacient	je oseba, ki je deležna zdravstvenih storitev
Pooblaščen oseba	je oseba, ki ji je dana pravica uradno opraviti, opravljati kako dejanje namesto koga ali v imenu koga na osnovi pisnega pooblastila.
Presoja	je sistematičen, neodvisen in dokumentiran proces pridobivanja dokazov presoje in njihovega objektivnega vrednotenja, da bi določili obseg, v katerem so izpolnjeni dogovorjeni kriteriji presoje.
Proces	je vsaka dejavnost oz. sklop dejavnosti, ki z elementi obvladovanja in z uporabo virov pretvarja vhodne elemente v izhodne proizvode oz. storitve.
Preventivni ukrep	je ukrep za odpravo vzroka možne neskladnosti ali drugega nezaželenega stanja.
Skrbnik postopka	je oseba, ki je odgovorna in pooblaščen za opredelitev, uvajanje in izvajanje procesa, nadzor nad procesom ter njegovo stalno izboljševanje. Skrbnik procesa skrbi za ažurnost dokumentov, ki opredeljujejo proces.
Skorajšnji varnostni incident	je incident, ki se ni zgodil, bi pa imel za pacienta hujše posledice, če bi se zgodil; je dogodek, ki bi lahko privedel do nesreče, poškodbe ali bolezni ampak ni zaradi naključja ali pravočasnega ukrepanja.
Tveganje	je negotovost nastanka dogodka, ki lahko negativno ali pozitivno vpliva na doseganje strateških, operativnih in finančnih ciljev organizacije.
Varnostni incident	je vsak odstop v zdravstveni obravnavi pacienta pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki bi lahko ali je pri pacientu povzročil neželene ali negativne posledice na zdravju ali funkcionalnosti; je vsak odmik od običajne zdravstvene oskrbe, ki pacientu povzroči poškodbo ali pomeni tveganje škodljivih posledic. Varnostni incident ni komplikacija zdravstvene obravnave.
Varnost v zdravstvu	vključuje vse elemente, postopke in ukrepe, ki predstavljajo, opredeljujejo, dopolnjujejo in predpisujejo varnost pacientov, zaposlenih v zdravstvu in "zdravstvena oprema".
Zahteva	je potreba ali pričakovanje, ki je izraženo, na splošno samoumevno ali pa obvezno.
Zainteresirana stran	oseba ali skupina, ki je zainteresirana za delovanje ali uspeh organizacije.

1. PREDSTAVITEV SPLOŠNE BOLNIŠNICE DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA

1.1 Osebna izkaznica zavoda

Ime: Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica
Sedež: Ulica padlih borcev 13 a, 5290 Šempeter pri Gorici
Matična številka: 5055695000
Davčna številka: 11427205
Šifra uporabnika: 27901
Številka transakcijskega računa: SI56 0110 0603 0279 058
Telefon, fax: 05 33 01 100, 05 33 01 054
Spletna stran: <http://www.sbng.si/>
Ustanovitelj: Republika Slovenija
Datum ustanovitve: 29. 9. 1956

1.2 Opis dejavnosti

Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica je javni zdravstveni zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni za območje občin Ajdovščina, Vipava, Tolmin, Kobarid, Brda, Miren-Kostanjevica, Renče-Vogrsko, Šempeter-Vrtojba, Kanal, Bovec in Mestne občine Nova Gorica ter druge dejavnosti, ki so določene z Odlokom o preoblikovanju Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica v javni zdravstveni zavod (Neuradno prečiščeno besedilo št. 1 - <https://www.gov.si/teme/izvajanje-zdravstvene-dejavnosti/>).

Gravitacijsko območje bolnišnica znaša 120 000 prebivalcev, kar predstavlja 5,94 % vseh prebivalcev Slovenije, vendar pa se v bolnišnici vse pogosteje zdravijo tudi prebivalci iz območja Idrije, Cerknega, Ilirske Bistrice in Sežane ter nekaj tujcev, še zlasti po odprtju Urgentnega centra, kjer iščejo nujno medicinsko pomoč.

Bolnišnica izvaja naslednje dejavnosti:

1.) Medicinske dejavnosti:

- kirurška dejavnost
 - abdominalna kirurgija,
 - travmatologija,
 - žilna kirurgija,
 - plastična in rekonstruktivna kirurgija,
 - otroška kirurgija,
 - urologija,
- internistična dejavnost
 - gastroenterologija,
 - nefrologija,
 - dializa,
 - kardiologija,
 - intenzivna interna medicina,
 - nevrologija,
 - pulmologija,
 - hematologija in onkologija,
 - revmatologija,
 - nuklearna medicina in endokrinologija,
- pediatrična dejavnost,
- ginekološko-porodniška dejavnost,
- otorinolaringološka dejavnost,
- oftalmološka dejavnost,
- ortopedska dejavnost,
- urgentna zdravstvena obravnava (Urgentni center),
- fizioterapija v akutni bolnišnični obravnavi,
- rehabilitacija otrok z motnjami gibanja ter drugimi kombiniranimi motnjami v razvoju,
- rehabilitacija odraslih po težjih poškodbah, po kapi in z nevrološkimi obolenji,
- neakutna bolnišnična obravnava,
- Centralna instrumentalna služba,
- Centralna sterilizacija,
- ambulantna dejavnost (specialistične ambulate bolnišnice na vseh lokacijah, vključno s polikliniko in drugimi ambulantami, ki se izvajajo v okviru posameznih oddelkov).

2.) Diagnostične dejavnosti:

- radiološka diagnostika, vključno z interventno radiologijo,
- laboratorijska diagnostika,
- mikrobiološka diagnostika,
- patoanatomska diagnostika (preko zunanjega izvajalca)

3.) Zdravstvena nega in higiena:

- zdravstvena nega, zdravstvena oskrba in higiena v vseh organizacijskih enotah.

- 4.) Lekarniška dejavnost:
- Preskrba oddelkov z zdravili in klinična farmacija.
- 5.) Zdravstvena administracija:
- sprejemne in naročniške službe, evidenčne službe ter administrativna podpora ambulantam in oddelkom.
- 6.) Raziskovalna dejavnost:
- klinične raziskave, klinična preizkušanja in drugi raziskovalni projekti v okviru raziskovalnega oddelka.
- 7.) Izobraževalna dejavnost:
- praktično usposabljanje študentov, dijakov, specializantov in pripravnikov.

1.3 Zgodovina bolnišnice

Zgodovina Splošne bolnišnice Dr. Franca Derganca Nova Gorica je dosegljiva na bolnišnični spletni strani: <https://www.sbng.si/sl/bolnisnica/zgodovina/>

2. ORGANIZIRANOST BOLNIŠNICE

2.1 Organi bolnišnice

Na podlagi veljavnega Statuta Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica so organi zavoda:

- svet zavoda:
 - 4 članov predstavnikov ustanovitelja,
 - 1 član predstavnik zavarovancev,
 - 1 član predstavnik uporabnikov,
 - 1 član predstavnik delavcev.
- direktor zavoda,
- strokovni direktor zavoda,
- strokovni svet zavoda:
 - strokovni direktor zavoda,
 - pomočnik direktorja zavoda za področje zdravstvene nege,
 - predstojniki medicinskih služb ter samostojnih medicinskih oddelkov in,
 - predstavnik skupnih medicinskih služb.

Pristojnosti sveta zavoda kot organa upravljanja zavoda, direktorja zavoda, strokovnega direktorja zavoda in strokovnega sveta zavoda so opredeljene v Statutu.

Svet zavoda:

- sprejme akt o volitvah predstavnika delavcev v svet zavoda;
- v soglasju z ustanoviteljem sprejme sklep o spremembi oziroma razširitvi dejavnosti zavoda;
- na predlog direktorja zavoda da soglasje k prodaji, obremenitvi, najemu oziroma nakupu nepremičnin;
- daje soglasje k merilom in elementom za oblikovanje cen storitev zavoda, ki niso določene s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- določa del plače iz naslova delovne uspešnosti direktorja zavoda, pomočnikov direktorja in strokovnega direktorja zavoda;
- sprejema strateški načrt dela in razvoja zavoda ter spremlja njihovo izvrševanje;
- določi zneske s področja investicij in drugih pravnih poslov do katerih lahko direktor zavoda samostojno sprejema odločitve ter podaja soglasje za odločitve s področja investicij in drugih pravnih poslov nad tem zneskom;
- določa vrednosti premičnin do katerih lahko direktor zavoda odloča o njihovi odtujitvi;
- odloča o zadevah, za katere je pooblaščen z drugimi splošnimi akti zavoda ali z zakonom;

 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA	Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica		Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od : 11. 9. 2026 Stran: 8 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026		

Direktor zavoda ima naslednje pristojnosti in naloge:

- svetu zavoda predlaga v sprejetje strateški načrt dela in razvoja zavoda na najmanj štiriletno obdobje;
- svetu zavoda predlaga v sprejetje poslovni načrt (letni program dela, kadrovske načrt in finančni načrt);
- svetu zavoda predlaga v sprejetje letno poročilo zavoda;
- organizira in vodi delovanje zavoda v skladu s sprejeto strategijo, poslovno politiko in plani zavoda;
- v primeru ugotovljenega presežka odhodkov nad prihodki ugotovi razloge in pripravi predlog sanacijskega programa;
- odgovarja za gospodarno upravljanje s sredstvi zavoda;
- samostojno sprejema odločitve s področja investicij in drugih pravnih poslov do zneska, ki ga določi svet zavoda, ter s soglasjem sveta zavoda odločitve s področja investicij in pravnih poslov nad tem zneskom;
- skrbi za poslovne stike z drugimi organizacijami s področja dejavnosti zavoda;
- sprejema splošne akte, razen tistih, ki jih sprejme svet zavoda;
- izvršuje sklepe ustanovitelja in sveta zavoda;
- sprejme smernice kadrovske politike v zavodu;
- odloča o pravicah in obveznostih delavcev zavoda, kadar to ni v pristojnosti drugih organov zavoda;
- odloča o potrebah o zaposlitvi v skladu s sprejetim kadrovskim načrtom, sklepa pogodbe o zaposlitvi in razporeja delavce zavoda;
- odloča o odtujitvi premičnih, do vrednosti, ki jo določi svet zavoda;
- ocenjuje rezultate dela in inovacij za področje nezdavstvenih dejavnosti;
- določa merila in elemente strukture cen storitev zavoda, ki niso določene s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- odgovarja za vzpostavitev in vzdrževanje sistema nadzora in izboljševanja kakovosti in varnosti v zavodu;
- svetu zavoda predlaga prodajo, obremenitev, najem oziroma nakup nepremičnin;
- svetu zavoda predlaga spremembe, širitve ali ukinitve dejavnosti zavoda;
- opravlja druge z zakonom in drugimi splošnimi akti določene naloge.

Strokovni direktor zavoda ima naslednje pristojnosti in naloge:

- predstavlja strokovno dejavnost zavoda;
- načrtuje, organizira in nadzira izvajanje strokovnega dela v skladu z ekonomskimi zmožnostmi zavoda;
- odgovarja za stroškovno učinkovitost in racionalno uporabo virov ter s tem optimizacijo izvajanja zdravstvenega programa;
- predlaga direktorju zavoda prednostne naloge razvoja strokovne, izobraževalne in raziskovalne dejavnosti zavoda v skladu z razvojem teh dejavnosti in nacionalnim programom zdravstvenega varstva;
- skrbi za strokovno povezovanje zdravstvenega zavoda z drugimi zdravstvenimi zavodi v državi in zdravstvenimi ustanovami v tujini;
- izvršuje sklepe ustanovitelja, sveta zavoda in strokovnega sveta zavoda;
- vodi strokovni svet zavoda;
- odgovarja za vzpostavitev in vzdrževanje sistema nadzora in izboljševanja kakovosti in varnosti strokovnega dela v zavodu;
- pripravi letni program dela in letno poročilo o strokovnem delu zavoda;
- v primeru presežka odhodkov nad prihodki sodeluje v postopku ugotavljanja strokovnih razlogov presežka odhodkov nad prihodki in pri pripravi predloga sanacijskega programa;
- direktorju zavoda predlaga smernice kadrovske politike za področje zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev;
- organizira in nadzoruje izvajanje internega strokovnega nadzora v skladu z akti zavoda;
- nadzira izpopolnjevanje standardov kakovosti dela in sprejema ukrepe ob njihovem neizpolnjevanju,
- skrbi za zagotavljanje in razvoj aktivnosti in dejavnosti, ki omogočajo ustrezno obravnavo pacientov tudi ob odpustu iz bolnišnice (socialna služba, obveščanje izbranih osebnih zdravnikov itd.)
- predlaga financiranje raziskovalnih projektov iz sredstev zavoda;
- ocenjuje rezultate dela in inovacij za področje zdravstvene dejavnosti;
- direktorju predlaga spremembe, širitve ali ukinitve dejavnosti zavoda;

- skrbi za, predlaga in usklajuje strokovno izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.

Strokovni svet zavoda:

- načrtuje, obravnava in usmerja strokovno dejavnost zavoda;
- oblikuje razvoj strokovne dejavnosti zavoda z upoštevanjem ekonomskih možnosti;
- odloča o strokovnih prednostnih nalogah razvoja posameznih strokovnih področij;
- obravnava letni program in letno poročilo o strokovnem delu zavoda;
- daje mnenje svetu zavoda o kandidatih za strokovnega direktorja zavoda in mnenje o predlogu za razrešitev strokovnega direktorja zavoda;
- izvaja strokovno arbitražo v primeru nesoglasij med posameznimi organizacijskimi enotami;
- potrjuje standarde kakovosti dela na podlagi mednarodno uveljavljene metodologije;
- predlaga prednostne naloge pri nakupu opreme iz skupnih sredstev zavoda, na podlagi vnaprej sprejetih meril in kriterijev skupne strategije razvoja;
- predlaga raziskovalne projekte iz sredstev zavoda;
- posreduje predloge strokovnih smernic, dobre klinične prakse in kliničnih poti Zdravstvenemu svetu, razširjenim strokovnim kolegijem in drugim zdravstvenim zavodom;
- posreduje direktorju zavoda in strokovnemu direktorju zavoda pobude, predloge in mnenja o finančnem načrtu in posameznih vprašanjih iz njunih pristojnosti, svetuje pri oblikovanju in razvoju strokovne, izobraževalne in raziskovalne dejavnosti zavoda, upoštevajoč strokovno samostojnost organizacijskih enot in ekonomske možnosti zavoda;
- direktorju zavoda predlaga spremembe, širitve ali ukinitve strokovne dejavnosti zavoda;
- odloča o drugih zadevah, za katere ga pooblasti direktor zavoda, strokovni direktor ali svet zavoda;
- predlaga svetu zavoda akt o internem strokovnem nadzoru.

Posvetovalna organa direktorja zavoda sta:

- kolegij zdravstvene nege in oskrbe ter
- kolegij nemedicinskih služb.

Delovna telesa zavoda so:

- Komisija za kakovost in varnost,
- Komisija za zdravila,
- Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb in
- Etična komisija.

2.2 Vodstvo bolnišnice

Vodstvo zavoda predstavljajo:

- direktor zavoda,
- strokovni direktor,
- pomočnik direktorja zavoda za področje zdravstvene nege.

Podatki o vodstvu so dostopni na spletni strani bolnišnice:
<https://www.sbng.si/sl/bolnisnica/organiziranost-bolnisnice/>

Posamezne zaokrožene zdravstvene dejavnosti v bolnišnici vodijo predstojniki medicinskih služb in samostojnih medicinskih oddelkov ter vodje skupnih medicinskih služb, ki so skladno z določili Statuta delavci s posebnimi pooblastili in odgovornostmi. Odgovorni so za organizacijo dela in strokovno vodenje posamezne organizacijske enote. Na podlagi javnega razpisa jih imenuje direktor zavoda.

Nemedicinski dejavnosti se v bolnišnici opravljajo v naslednjih enotah: Upravna služba s podenotami, Tehnično-oskrbovalna služba s podenotami in Služba za nabavo in javna naročila.

2.3 Podrobnejša organizacija zavoda

Zdravstvena dejavnost se v zavodu izvaja v okviru:

- medicinskih služb,
- samostojnih medicinskih oddelkov,

 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA		Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica	Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od: 11. 9. 2026 Stran: 10 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026		

- skupnih medicinskih služb,
- zdravstvene nege in oskrbe.

Nemedicinske službe opravljajo podporne dejavnosti, ki omogočajo nemoteno delovanje zdravstvene dejavnosti. Te vključujejo:

- Upravno službo,
- Tehnično-oskrbovalno službo,
- Službo za nabavo in javna naročila,
- Oddelek za kakovost,
- Raziskovalni oddelek.

Podrobnejšo organiziranost služb in oddelkov zavoda določata veljavni Statut in Pravilnik o organizaciji zavoda.

Organizacijska shema SB Nova Gorica je predstavljena v dokumentu »Organigram« (P01/OP KAD 001).

2.4 Organizacija in vodenje sistema kakovosti in varnosti

a.) Komisija za kakovost in varnost

Za vodenje kakovosti in varnosti je v SB Nova Gorica odgovorna Komisija za kakovost in varnost, ki jo s sklepom imenuje direktor zavoda.

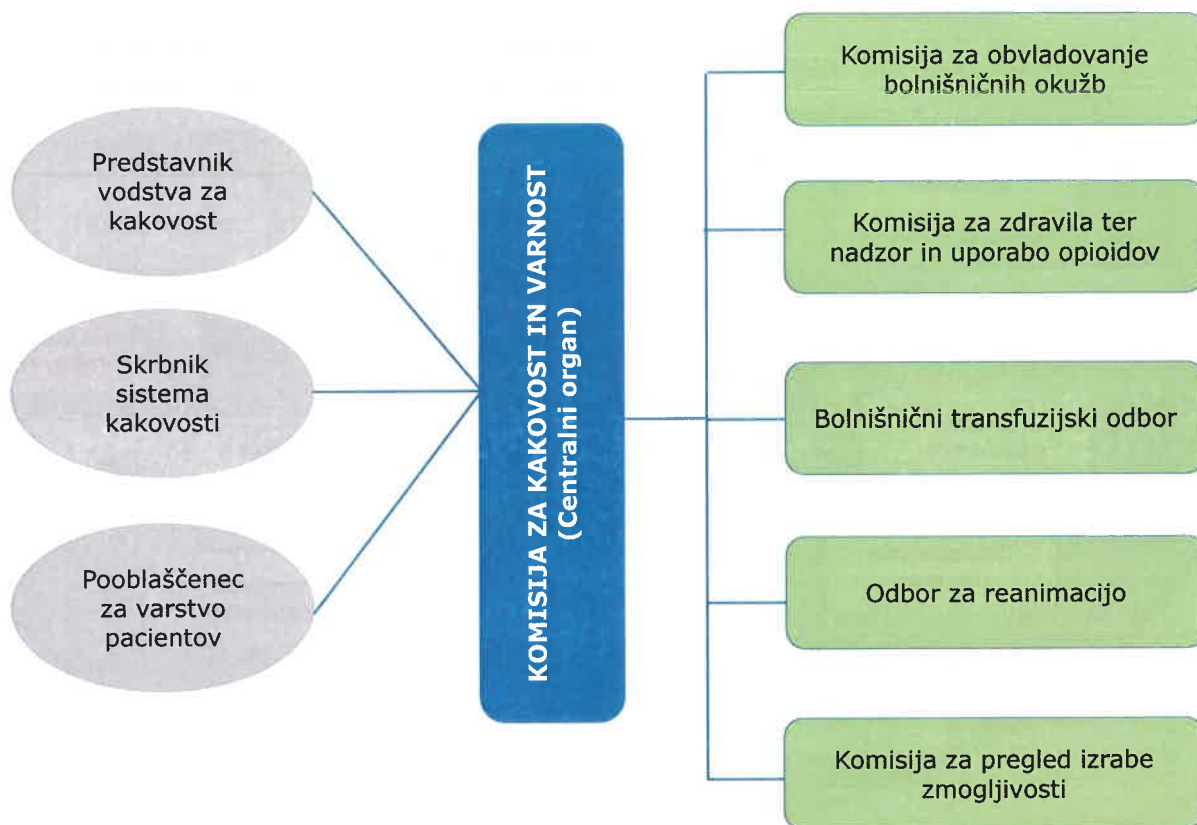
Sestava Komisije za kakovost je naslednja:

- direktor zavoda,
- strokovni direktor,
- pomočnik direktorja za zdravstveno nego,
- dva predstavnika zdravnikov,
- dva predstavnika zdravstvene nege,
- predstavnik lekarne,
- strokovni sodelavec za kakovost,
- strokovni vodja ZN za kakovost,
- strokovni sodelavec za odnose z javnostmi,
- vodja Računalniškega centra in informatike,
- predstavnik fizičnega okolja.

Naloge komisije za kakovost in varnost so naslednje:

- oblikovanje strategije ter letnega programa za izboljševanje kakovosti in varnosti v bolnišnici;
- spremljanje, merjenje, nadziranje in izboljševanje sistema vodenja kakovosti bolnišnice;
- zagotavljanje virov za izvajanje celovite kakovosti;
- ustvarjanje kulture kakovosti in varnosti na sistemski ravni;
- načrtovanje in organizacija izobraževanj in srečanj s področja kakovosti in varnosti;
- sistematično uvajanje orodij in metod za merjenje in izboljševanje kakovosti in varnosti v bolnišnici (pogovori o varnosti, varnostne vizite, MM konference, interni strokovni nadzori, kazalniki kakovosti, klinične poti idr.);
- obravnava poročil o pogovorih o varnosti in varnostnih vizitah posameznih oddelkov ter svetovanje oddelkom glede izboljševanja kakovosti;
- spremljanje in analiziranje poročil o varnostnih incidentih, MM konferencah, internih strokovnih nadzorih, stanju kazalnikov kakovosti ter sprejemanje ukrepov za izboljšave na ravni bolnišnice;
- obravnava poročil notranjih in zunanjih presoj ter inšpekcijskih nadzorov in predlaga ukrepe za izboljšave;
- spremljanje uporabe posebnega varovalnega ukrepa (PVU) v bolnišnici ter sprejemanje ukrepov za izboljšave;
- poročanje Ministrstvu za zdravje o dosežkih s področja kakovosti in varnosti (letno poročilo);
- obravnava drugih strokovnih vprašanj za izboljšanje kakovosti in varnosti v bolnišnici.

Komisija za kakovost in varnost se v svojem delovanju povezuje z delovanjem drugih bolnišničnih organov, ki so bili imenovani za ureditev posameznih področjih, kjer so bila prepoznana večja tveganja za kakovost in varnost pacientov (*Shema 1*).



Shema 1: Strukture za vodenje kakovosti in varnosti v SB Nova Gorica

b.) Predstavnik vodstva za kakovost

Bolnišnica je s sklepom št. 131-3/2025-1 z dne 18. 3. 2025 imenovala predstavnika vodstva za kakovost v skladu z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ), Uradni list RS, št. 102/2024, z dne 3. 12. 2024.

c.) Skrbnik sistema kakovosti

Bolnišnica ima imenovanega skrbnika sistema kakovosti (sklep št. 131-3/2023-1 z dne 19. 4. 2023). Skrbnik sistema kakovosti skrbi za izvedbo implementacije in delovanje sistema kakovosti.

d.) Poooblaščenec za varnost pacientov

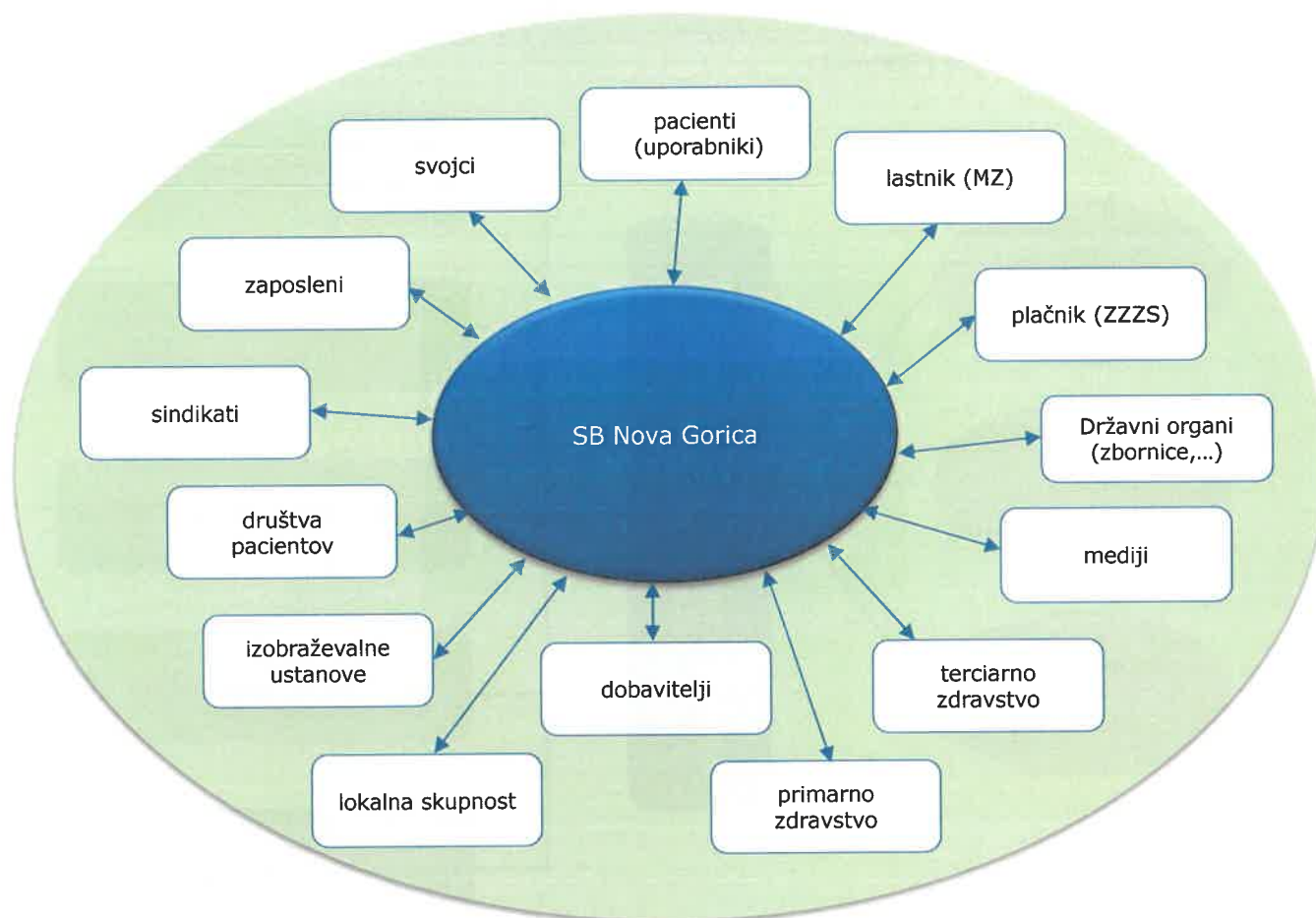
Bolnišnica ima s sklepom št. 131-4/2023-1 z dne 19. 4. 2023 imenovanega poooblaščenca za varnost pacientov.

Naloge poooblaščenca za varnosti pacientov so obvladovanje varnostnih tveganj, spremljanje varnostnih incidentov in razvoj kulture varnosti

3. USMERITVE ORGANIZACIJE

3.1 Kontekst organizacije

Shema ključnih zainteresiranih strani, ki vplivajo na sistem vodenja kakovosti v SB Nova Gorica:



Shema 2: Ključne zainteresirane strani SB Nova Gorica

V SB Nova Gorica smo prepoznali naslednje potrebe in pričakovanja zainteresiranih strani:

- **PACIENTI/UPORABNIKI STORITEV:**
 - kakovostne zdravstvene storitve, ki jih v določenem trenutku potrebujejo glede na naravo in razvoj bolezni (ambulantne storitve, diagnostika, akutna bolnišnična obravnava,...);
 - spoštovanje njihovega časa ter želja/potreb (delovno aktivni uporabniki, lahko storitve koristijo v določenem delu dneva – različni urniki ambulant);
 - prijazen, sočuten in optimističen pristop s strani zdravstvenih delavcev;
 - celovit pristop k zdravstvenem problemu, z upoštevanjem osebne anamneze, resno obravnavo tekočega problema in hitrim odzivnim časom pri reševanju težave,
 - obravnava oz. bivanje v čistem, urejenem in prijetnem okolju.
- **SVOJCI:** vključenost v zdravstveno obravnavo, obveščenost, sodelovanje in ustrezno usposabljanje glede nege svojca kjer je to relevantno;
- **ZAPOSLENI:** zadovoljstvo na delovnem mestu ter priložnosti za rast in razvoj (nenehno izobraževanje), upoštevanje pravil zaposlenih, upoštevanje opisa del in nalog v pogodbi, dobra organizacijska klima, ustrezno nagrajevanje za dobro opravljeno delo;
- **PLAČNIK/ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE RS (ZZZS):** spoštovanje vsakoletnega Splošnega dogovora in sodelovanje pri nadzorih nad izvajanjem pogodbe;
- **LASTNIK/MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE:** upoštevanje zakonodaje in regulative, ki se nanaša na delovanje javnih zdravstvenih zavodov in izvajanje zdravstvenih storitev;

- **IZOBRAŽEVALNE USTANOVE:** nudenje praktičnega usposabljanja dijakom in študentom, spoštovanje pogodb o izobraževanju;
- **DRUŠTVA PACIENTOV:** vključevanje v načrtovanje obravnave posameznih skupin bolnikov, vključevanje v preventivno dejavnost, strokovna izobraževanja;
- **SINDIKATI:** sodelovanje oz. pogajanja za doseg boljšega položaja zaposlenih skladno s Kolektivno pogodbo in zakonodajo;
- **LOKALNA SKUPNOST:** dostop do zdravstvenih storitev, preventivna-promocijska dejavnost;
- **DOBAVITELJI:** spoštovanje pogodbenih obveznosti;
- **MEDIJI:** obveščanje o spremembah v bolnišnici, sodelovanje oz. komuniciranje v primeru kriznih dogodkov;
- **PRIMARNO ZDRAVSTVO:** ustrezne predaje pacientov družinskim zdravnikom (brezšivna skrb), sodelovanje v procesu zdravljenja pacienta, povezovanje na področju urgentne medicine
- **TERCIARNO ZDRAVSTVO:** ustrezne predaje pacientov na terciarni nivo, sodelovanje pri strokovnih projektih
- **DRŽAVNI ORGANI** (zbornice, agencije, inšpekcijske službe): sodelovanje, spoštovanje predpisov in regulative

3.2 Politika kakovosti

Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca s svojo trajnostno in družbeno odgovorno naravnostjo zagotavlja kakovostne storitve zdravstvene obravnave; v ospredju je osredotočenost na pacienta, ki je aktivno vključen v proces obravnave. Z vzpostavitvijo sistema izboljševanja kakovosti in varnosti se zdravstvena oskrba prebivalstva še krepi, postaja bolj kakovostna, varna in dostopna.

Z izvajanjem aktivnosti v skladu z veljavno regulativo, profesionalno skrbnostjo, zahtevami standarda ISO 9001 ter drugih mednarodnih akreditacijskih standardov za zdravstvene organizacije, politiko nenehnih izboljšav ter po meri zahtev uporabnikov storitev se vzdržuje zaupanje odjemalcev storitev, kakovostne in varne storitve ter varno delovno okolje za vse zaposlene.

Storitve se izvajajo profesionalno, nepristransko, etično in na podlagi naših vrednot, poslanstva in vizije. Tako se gradi kultura kakovosti in varnosti pri zaposlenih ter pri uporabnikih storitev.

Vrednote v bolnišnici temeljijo na:

- strokovnosti,
- profesionalnosti in etičnosti,
- zavezanosti uporabnikom,
- timske delu in prenosu informacij,
- pripadnosti bolnišnici,
- optimizaciji procesov.

Poslanstvo bolnišnice

Bolnišnica je usposobljena in izvaja storitve sekundarne zdravstvene dejavnosti za potrebe prebivalstva celotne Goriške regije in širše (idrijsko-cerkljanska regija, obalno-kraška regija). Osnovno poslanstvo je zagotavljati in izvajati visokokakovostno raven zdravstvenih storitev, izboljšati zdravje in kakovost življenja uporabnikov storitev, vzgajati in usposablјati nove generacije strokovnjakov za ohranitev in razvoj zdravstvene dejavnosti na Goriškem ter s spodbujanjem raziskovalne dejavnosti prispevati k razvoju medicinske stroke.

Vizija Bolnišnice

Naša prizadevanja so in bodo usmerjena v to, da bomo vse bolj sodobna, visoko strokovna in poslovno uspešna bolnišnica, ki bo v slovenskem in čezmejnem prostoru prepoznavna po odličnosti, kakovosti in razvojni naravnosti. Stremimo k vzpostavitvi visoke ravni zaupanja uporabnikov zdravstvenih storitev, prijaznih medsebojnih odnosov, dobrih poslovnih odnosov ter dobrih poslovnih rezultatov.

3.3 Cilji kakovosti

Osnovni cilj kakovosti v SB Nova Gorica je doseganje zdravstvenih izidov, ki so primerljivi s strokovnimi smernicami ali standardi ter zadovoljni uporabniki in izvajalci storitev.

Cilji kakovosti in varnosti se določajo preko dolgoročnih ciljev SB Nova Gorica, ki so opredeljeni na naslednjih področjih:

Strateški cilji razvoja zavoda so:

- **Celovita kakovostna, varna in dostopna obravnava pacientov**
 - Stalno povečevanje kakovosti in varnosti obravnave pacientov
 - Zagotavljanje dostopnosti zdravstvenih storitev
 - Stalno izboljševanje zadovoljstva pacientov in njihovih svojcev
- **Učinkovito izvajanje procesov osnovne zdravstvene in podpornih dejavnosti**
 - Učinkovita organiziranost procesov
 - Razvoj inovativne organizacijske kulture dojemljive za spremembe
 - Informacijska podprtost procesov
 - Zagotavljanje primernih tehničnih in prostorskih pogojev
- **Stalni strokovni razvoj bolnišnice**
 - Uvajanje novih metod zdravljenja
 - Razvoj hitrih in učinkovitih diagnostičnih postopkov
 - Razvoj znanstveno raziskovalnega dela
 - Sodelovanje z drugimi deležniki in sorodnimi institucijami
- **Finančna stabilnost bolnišnice**
 - Zagotavljanje rasti prihodkov
 - Nadzor nad ključnimi stroškovnimi skupinami
 - Zagotavljanje likvidnosti
 - Uravnoteženost poslovanja

Kratkoročni cilji kakovosti izhajajo iz strateških ciljev in se določijo v letnem programu dela in finančnega načrta na podlagi ugotovitev zunanjih in notranjih presoj ter vodstvenega pregleda preteklega leta. Posebna skrb je pri opredeljevanju planiranih ciljev namenjena določanju primernosti in merljivosti-le teh, saj se na ta način vzpodbuja in podpira nenehno izboljševanje dela.

Za realizacijo ciljev kakovosti in varnosti pacientov se spremljajo tudi kazalniki. Kazalniki so določeni v posameznih procesih in letnih planih.

Strategija sistema vodenja kakovosti in varnosti je zapisana v dokumentu »Strategija sistema vodenja kakovosti v SB Nova Gorica (ST SPL 001)«.

3.4 Obvladovanje tveganj in priložnosti

Upravljanje s tveganji je sestavni del odgovornega vodenja in upravljanja procesov dela. V bolnišnici smo z namenom vzpostavitve sistematičnega obvladovanja vseh vrst tveganj vzpostavili *Centralni register tveganj*, ki predstavlja seznam prepoznanih tveganj in je v pomoč vodstvu pri sprejemanju ključnih odločitev. Postopek obvladovanja tveganj v SB Nova Gorica je podrobneje opredeljen v organizacijskem navodilu ON SPL 001 – Obvladovanje tveganj in priložnosti.

 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA	Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica		Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od : 11. 9. 2026 Stran: 15 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026		

Bolnišnica v skladu z zahtevami ISO 9001:2015 in AACI 6.3 sistematično prepozna, ocenjuje in obravnava priložnosti za izboljšave. Priložnosti se evidentirajo v *Registru priložnosti*, ki vključuje opis priložnosti, izvor, potencialni pozitiven učinek, oceno vpliva in verjetnosti ter predlagane ukrepe. Register priložnosti je del procesa nenehnega izboljševanja sistema vodenja kakovosti in varnosti ter se redno posodablja na podlagi notranjih presoj, vodstvenih pregledov, analiz kazalnikov kakovosti, povratnih informacij zaposlenih in drugih virov.

V bolnišnici sta poleg Centralnega registra tveganj vzpostavljena tudi *Načrt integritete*, kot to določa Zakon o integriteti in preprečevanju korupcije (ZIntPK), ter *Ocena tveganj za delovanje kritične infrastrukture* javnega zavoda Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica skladno z zahtevami Zakona o kritični infrastrukturi (ZKI).

4. SISTEM VODENJA KAKOVOSTI (SVK)

Sistem vodenja kakovosti je sestavni del sistema vodenja, ki je namenjen prepoznavanju in vzdrževanju procesov, ki so namenjeni doseganju ciljev strateškega razvoja in politike bolnišnice.

4.1 Obseg sistema vodenja kakovosti

SB Nova Gorica s sistemom vodenja kakovosti pokriva vsa področja dejavnosti, ki jih izvaja.

V skladu s točko 4.3 standarda ISO 9001:2015 je v Splošni bolnišnici Dr. Franca Derganca Nova Gorica izključena zahteva točke 8.3 *Snovanje in razvoj proizvodov in storitev*, saj bolnišnica ne izvaja snovanja in razvoja novih zdravstvenih storitev ali proizvodov v smislu navedene zahteve standarda.

Bolnišnica zdravstvene storitve izvaja na podlagi veljavne zakonodaje, strokovnih smernic, kliničnih priporočil, nacionalnih programov ter drugih zahtev pristojnih strokovnih organov. Ob uvajanju novih diagnostičnih, terapevtskih ali organizacijskih rešitev bolnišnica uvaža že strokovno preverjene in uveljavljene metode ter jih prilagaja svoji organizaciji, pri čemer zagotavlja ustrezno načrtovanje, usposabljanje zaposlenih, zagotavljanje virov, obvladovanje tveganj ter spremljanje učinkovitosti uvedenih sprememb v okviru drugih procesov sistema vodenja kakovosti.

Bolnišnica pa skladno s strokovnimi smernicami, nacionalnimi programi in zakonodajo izvaja ter spodbuja klinične raziskave, klinična preizkušanja in druge raziskovalne dejavnosti, s čimer prispeva k razvoju medicinske stroke in k izboljševanju kakovosti obstoječih zdravstvenih storitev. Te aktivnosti ne predstavljajo razvoja novih proizvodov ali storitev v smislu zahteve 8.3, temveč sodijo v okvir strokovnega, raziskovalnega in izobraževalnega dela zdravstvene organizacije.

4.2 Procesi in povezave med njimi

Sistem vodenja kakovosti v SB Nova Gorica temelji na popisu dogovorov o poteku aktivnosti in njihovih izvajalcih. Dogovori so zapisani v obliki opisov procesov (organizacijski predpisi) in drugih predpisov in navodil. Glavne skupine prepoznanih procesov so prikazane v shemi 4.

V bolnišnici je osnovni proces zdravstvena obravnava pacienta, ki vključuje sodelovanje interdisciplinarnega tima tako medicinskega, tehničnega ter poslovnega dela. Z ozaveščenostjo zaposlenih in poznavanjem procesov ter njihovim obvladovanjem postavljamo kulturo kakovosti in varnosti na višji nivo. Prepoznani procesi in podprocesi v SB Nova Gorica so opredeljeni v tabeli »Seznam prepoznanih procesov s skrbniki« (P01/OP SPL 008«), ki je priloga tega dokumenta. Vsak proces ima opredeljenega skrbnika oziroma lastnika.

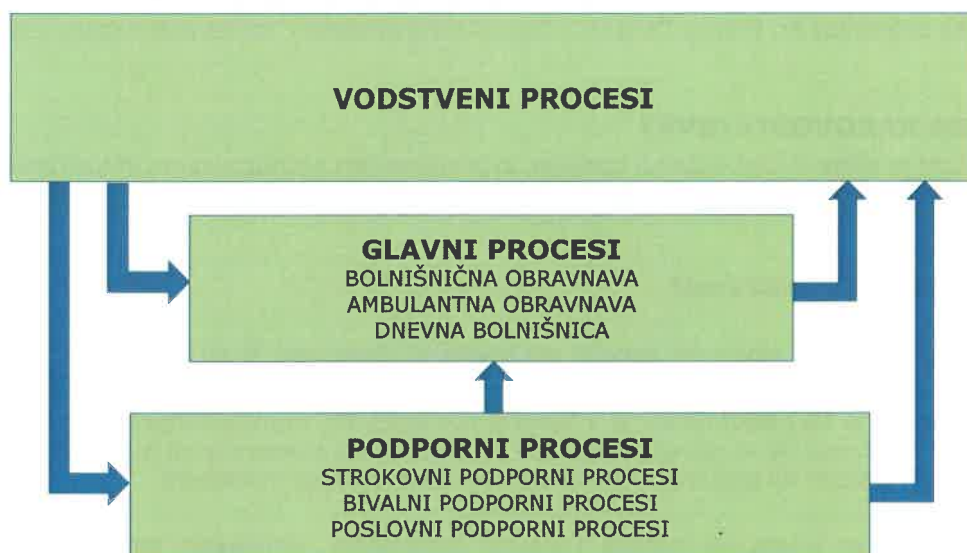
Skrbniki procesov skupaj s strokovnjaki posameznih strokovnih področij preučijo in zapišejo procese v ustrezne predloge za dokumente, ki so objavljene na intranetni strani bolnišnice.

Procesi v bolnišnici so dokumentirani in vzdrževani v skladu z organizacijskim predpisom Proces izdelave in obvladovanja dokumentov sistema vodenja kakovosti (OP SPL 001). V vseh krovnih procesih so opredeljeni vhodi in predvideni izhodi, opredeljeno je zaporedje aktivnosti in potrebni viri (finančni, kadrovski, materialni, informacijski). Za vsako aktivnost so opredeljene odgovornosti in pooblastila, metode

in kriteriji za delo, ki so pomembni za prepoznavanje kritičnih točk oz. tveganj (merjenje, vrednosti kazalnikov kakovosti, korektivni ukrepi, pregled uspešnosti, izboljševanje).

Skrbniki procesov ozaveščajo zaposlene, ki sodelujejo v procesu v smeri odgovornosti pri izvajanju posamezne aktivnosti kar pomeni, da je v procesih jasno določeno kdo lahko, mora oziroma sme kakšno aktivnost izvesti glede na ustrezne kompetence.

Odgovornost zaposlenih izvira iz njihovega delovnega mesta oziroma funkcije.



Shema 3: Prikaz prepoznanih procesov v SB Nova Gorica ter povezav med njimi

4.3 Obvladovanje dokumentov sistema vodenja kakovosti

Dokumenti sistema vodenja kakovosti vsebujejo popis dogovorov o poteku aktivnosti in njihovih izvajalcih.

Dokumenti sistema vodenja kakovosti v SB Nova Gorica obsegajo 4 nivoje dokumentov:

- **1. nivo:** dokumenti prvega nivoja opredeljujejo procese, podajajo splošne opise procesov ter njihove medsebojne povezave. Opredeljujejo odgovornosti za najvišje in srednje vodstvo. Dajejo odgovor na vprašanje »Zakaj?«. Dokumenti prvega nivoja so statut, poslovnik kakovosti in poslovniki organov.
- **2. nivo:** dokumenti drugega nivoja podrobno predstavijo vsak proces, vključno z njegovimi aktivnostmi. Dajejo odgovore na vprašanja »Kdo?«, »Kaj?«, »Kje?«, »Kdaj?«
Dokumenti drugega nivoja so organizacijski predpis, pravilnik, poslovnik o delu strokovnih komisij in organizacijsko navodilo.
- **3. nivo:** dokumenti tretjega nivoja opredeljujejo postopke za izvajanje aktivnosti pri posameznem koraku procesa. Daje odgovor na vprašanja »Kako?«
Dokumenti tretjega nivoja so navodilo za delo, standardni operativni postopek, protokol, klinična pot, interni standard in navodilo pacientu.
- **4. nivo:** dokumenti četrtega nivoja so zapisi, ki nastajajo na vseh ravneh izvajanja aktivnosti oziroma povsod kjer je treba rezultate aktivnosti ali izmerjene vrednosti zapisati. Dajejo odgovore na vprašanja »Kaj je bilo narejeno?«
Dokumenti četrte stopnje so obrazci, zapisniki, zapisi v informacijskih sistemih ipd.



Shema 4: Prikaz strukture dokumentacije sistema vodenja kakovosti

Vsi dokumenti so zaposlenim dosegljivi v elektronski obliki na bolnišnični interni spletni strani. Originalna dokumentacija se hrani v Oddelku za kakovost. Iz dokumentov so razvidne povezave na dokumente, na katere se sklicuje posamezna aktivnost.

Sistem obvladovanja dokumentacije je podrobneje opredeljen v organizacijskem predpisu „Proces izdelave in obvladovanja dokumentov sistema vodenja kakovosti“ (OP SPL 001).

Način obvladovanja zapisov, ki služijo kot dokaz o izvajanju sistema vodenja kakovosti in o doseženi kakovosti storitev je opredeljen v posameznem organizacijskem predpisu. Medicinska dokumentacija je del zapisov.

Na vsakem zapisu morata biti, poleg identifikacijskih oznak, tudi datum in podpis pripravljavca zapisa. Arhiviranje zapisov se v SB Nova Gorica izvaja skladno s trenutno veljavno zakonodajo in internim Pravilnikom o ravnanju z dokumentarnim gradivom.

5. IZVAJANJE SISTEMA VODENJA KAKOVOSTI

Izvajanje sistema vodenja kakovosti v SB Nova Gorica podpirajo dokumenti, ki so opredeljeni v tabeli »Seznam prepoznanih procesov s skrbniki« (P01/OP SPL 008«), ki je priloga tega dokumenta.

5.1 Vodenje

Aktivna vključenost vodstva in zavezanost za realizacijo določb poslovnika kakovosti sta bistveni za razvoj in vzdrževanje uspešnega sistema vodenja kakovosti in varnosti pacientov v SB Nova Gorica.

Zavezanost vodstva se odraža skozi določitvijo politike kakovosti ter vrednot, poslanstva in vizije bolnišnice ter v dolgoročnih in kratkoročnih ciljih kakovosti in varnosti.

Vodenje SB Nova Gorica je podrobneje opredeljeno v organizacijskem predpisu »Obvladovanje procesa vodenja (OP SPL 004)«. Odgovornosti in pooblastila so opredeljena v Statutu zavoda oz. v točki 2 tega dokumenta.

5.2 Zagotavljanje virov

SB Nova Gorica za vsako poslovno leto pripravi plan programa dela in finančni načrt v skladu z dogovorjenimi izhodišči, kar predstavlja osnovo za izvajanje zdravstvenih storitev.

a.) Človeški viri

Učinkovitost in uspešnost poslovanja SB Nova Gorica, ter izvajanja politike kakovosti je neposredno povezana s kompetentnostjo zaposlenih, ki obsega ustrezno izobrazbo, usposobljenost, veščine in izkušnje.

Zahteve za posamezno delovno mesto so opredeljene v veljavnem Pravilniku o sistematizaciji delovnih mest v javnem zdravstvenem zavodu Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca Nova Gorica (PR KAD 001). V SB Nova Gorica dajemo velik poudarek sistematičnemu uvajanju novo zaposlenih in stalnemu usposabljanju zaposlenih. V bolnišnici pa je ena izmed prednostnih nalog uvesti tudi razvoj kadrov ter v sklopu tega razširiti izvajanje rednih letnih strokovnih razgovorov iz posameznih služb/oddelkov na celotno bolnišnico.

Plan izobraževanja in kadrovskega plan je sestavni del letnega programa in finančnega načrta. Uspešnost izvedenih izobraževanj in realizacija kadrovskih planov se ugotavlja v letnem poročilu.

Področje človeških virov je podrobneje opredeljeno v naslednjih dokumentih:

- Pravilnik o izobraževanju,
- Pravilnik o mentorstvu in izplačilu dodatka za mentorstvo,
- Organizacijsko navodilo „strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje“ (ON KAD 004),
- Program promocije zdravja (SD SPL 002).

b.) Infrastruktura

Za uspešno zagotavljanje potreb po zdravstvenih storitvah in delovanja SB Nova Gorica se zagotavljajo:

- objekti z delovnimi in pomožnimi prostori,
- medicinska in nemedicinska oprema,
- informacijsko-komunikacijska (IKT) tehnologija.

Varovanje objektov se izvaja skladno z načrtom varovanja in OP Sitem varovanja (OP SPL 006).

Posamezni segmenti obvladovanja in vzdrževanja infrastrukture so opredeljeni v naslednjih dokumentih:

- Obvladovanje medicinske opreme (OP TOS 001)
- Sistem varovanja (OP SPL 006)
- Obvladovanje odpadkov (OP SPL 007)

S planom investicijskega in tekočega vzdrževanja zagotavljamo izvajanje večjih vzdrževalnih posegov na področju infrastrukture.

c.) Delovno okolje

SB Nova Gorica zagotavlja delovno okolje, ki je varno za uporabnike storitev in zaposlene ter skladno z zahtevami dokumenta Ocena tveganja z izjavo o varnosti (SD SPL 003).

S spremljanjem vplivov delovnega okolja na zdravje zaposlenih v SB Nova Gorica pridobiva podlage za izvajanje ukrepov za izboljševanje delovnih razmer z namenom zagotoviti varno in zdravo delovno okolje. V ta namen se izvajajo meritve osvetljenosti prostorov, meritve mikroklimе, anestezijskih plinov.

Varno delovno okolje iz vidika možnosti prenosa okužb in epidemij zagotavlja Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOB). Varna prehrana za uporabnike storitev in zaposlene se zagotavlja preko sistema HACCP.

Dokumenti, ki podpirajo varno delovno okolje:

- Obvladovanje zdravja in varnosti pri delu in varnost pred požari (OP SPL 005)

 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA		Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica	Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od : 11. 9. 2026 Stran: 19 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026		

- Ocena tveganja z izjavo o varnosti (SD SPL 003)
- Požarni red (SD SPL 001)
- Upravljanje z nevarnimi snovmi (HAZMAT) (OP SPL 008)
- Pravilnik o osebni varovalni opremi, ki se uporablja pri delu (PR SPL 012)
- Pravilnik za omejevanje tobačnih in povezanih izdelkov (PR SPL 011)
- Pravilnik za ukrepanje v primeru nevarnosti nasilja tretjih oseb (PR SPL 006)
- Pravilnik za ukrepanje v primeru nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnem mestu (PR SPL 008)

5.3 Notranje komuniciranje

Notranja komunikacija je bistvenega pomena za izvajanje politike kakovosti, povezovanje med posamezniki, oddelki in procesi ter ustrezno organizacijsko klimo.

Komunikacija na nivoju vrhnjega vodstva s srednjim vodstvom poteka v obliki formalnih sestankov (Strokovni svet, kolegij predstojnikov služb, predstojnikov samostojnih medicinskih oddelkov in vodij skupnih medicinskih služb ter kolegij glavnih medicinskih sester in tehnikov medicinskih služb, samostojnih medicinskih oddelkov in skupnih medicinskih služb). Zapisniki teh sestankov ter sklepi Sveta zavoda so zaposlenim dostopni na intranetni strani bolnišnice.

Srednje vodstvo mora nato svoje zaposlene ustrezno in pravočasno informirati o sklepih zgornjih sestankov ter o vseh zadevah, ki vplivajo na delo posameznih zaposlenih. Komuniciranje v zvezi z dokumenti sistema vodenja kakovosti je podrobneje opredeljeno v organizacijskem predpisu „Izdelava in obvladovanje dokumentov sistema vodenja kakovosti“ (OP SPL 001).

Notranje komuniciranje poteka tudi preko interne spletne strani zavoda ter preko oglasnih desk, ki so nameščene na vseh oddelkih v bolnišnici.

Komuniciranje mora temeljiti na medsebojnem spoštovanju in profesionalnem obnašanju. Za preprečevanje diskriminacije na delovnem mestu je sprejet Pravilnik za ukrepanje v primeru nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnem mestu (PR SPL 008).

Podrobnejša ureditev notranjega komuniciranja, vključno z opredelitvijo komunikacijskih kanalov, odgovornosti in postopkov, je določena v organizacijskem predpisu OP SPL 008 – Obvladovanje notranjega in zunanjega komuniciranja.

5.4 Komuniciranje z odjemalci

SB Nova Gorica preko spletne strani, družbenih omrežij, lokalnih medijev in s predstavitvami na pomembnih lokalnih dogodkih obvešča uporabnike zdravstvenih storitev glede izvajanja zdravstvenih storitev (obseg dejavnosti, dostopnost, informacije glede specifičnih posegov, promocija zdravja...).

V primeru pritožb uporabnikov zdravstvenih storitev na izvajanje, ravna po postopku, ki je opredeljen v veljavnem Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP).

Za komuniciranje z javnostjo je v SB Nova Gorica odgovoren direktor zavoda. Komuniciranje s plačnikom in dobavitelji je urejeno preko pogodb.

Komuniciranje z odjemalci (pacienti, svojci, javnostjo in drugimi deležniki) je podrobneje urejeno v organizacijskem predpisu OP SPL 008 – Obvladovanje notranjega in zunanjega komuniciranja, ki določa vrste komunikacijskih kanalov, postopke odobritve informacij ter pravila kriznega komuniciranja.

6. MERJENJE IN NADZOR

SB Nova Gorica spremlja stanje:

- da zagotovi izpolnitev vseh zahtev in pričakovanj,

 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA		Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica	Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od : 11. 9. 2026 Stran: 20 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026		

- da pravočasno ukrepa v primeru odstopanj,
- da prepozna priložnosti,
- da uvede izboljšave.

Odgovorni zaposleni za posamezne procese (skrbniki procesov) skrbijo za spremljanje lastnega procesa, ocenjujejo primernost izvajanja procesa oziroma izvedenih storitev glede na proces ter glede na pričakovanja in zahteve uporabnikov zdravstvenih storitev, njihovih svojcev in zaposlenih. Spremljanje delovanja procesov izvajajo s pomočjo kazalnikov in presoj, anketami, z razgovori, vizitami ali drugimi merilnimi orodji.

Skrbniki procesov na osnovi spremljanja delovanja procesov ter prepoznavanja tveganj prepoznajo področja za uvedbo izboljšav.

6.1 Spremljanje zadovoljstva naših uporabnikov

SB Nova Gorica redno spremlja izpolnjevanje zahtev in pričakovanj uporabnikov (pacientov) zdravstvenih storitev, ki so lahko obravnavani v akutni bolnišnični obravnavi, dnevni bolnišnici ali v specialističnih ambulantah.

Za spremljanje zadovoljstva v SB Nova Gorica uporabljamo naslednja orodja:

- spletni anketni vprašalnik o izkušnjah pacientov z zdravstveno obravnavo;
- nacionalna anketa o izkušnjah hospitaliziranih ter ambulantnih bolnikov PREMS in ŠILIH;
- pisne ali ustne pritožbe in pohvale uporabnikov zdravstvenih storitev (pacientov) in njihovih svojcev ali spremljevalcev, ki jih oddajo v nabiralnik za pohvale, pripombe in pritožbe;
- pritožbe uporabnikov storitev preko zastopnika pacientovih pravic po Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP).

Način vlaganja pritožb in pohval je pacientom dostopen na spletni strani iz dokumenta *Informacije pacientom o pacientovih pravicah (NP SPL 001)*.

Evidenca pritožb in pohval se vodi v tajništvu direktorja.

6.2 Spremljanje organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih

Zadovoljstvo zaposlenih in organizacijska klima imata velik vpliv na uspešnost delovanja organizacije ter na doseganje zastavljenih ciljev. Pozitivna klima v organizaciji vpliva na motivacijo in angažiranost zaposlenih, ki bodo delo opravljali kvalitetnejše. Zadovoljstvo zaposlenih in organizacijska klima sta tako posreden kazalnik kakovosti delovanja organizacije.

V bolnišnici letno spremljamo zadovoljstvo zaposlenih in organizacijsko klimo z uporabo uveljavljenih vprašalnikov. Na osnovi rezultatov vodstvo zavoda uvaja korektivne ukrepe na področjih, kjer so bile prepoznane priložnosti za izboljšave.

6.3 Kazalniki kakovosti

Merjenje rezultatov dela v bolnišnici je nujno za njihovo vrednotenje, saj omogoča prepoznavanje dobrih praks in priložnosti za izboljšave. Z meritvami lahko spremljamo tudi učinkovitost ukrepov, namenjenih doseganju boljših rezultatov.

V bolnišnici spremljamo naslednje kazalnike kakovosti:

a.) Kazalniki uspešnosti procesov

Skrbnik procesa spremlja uspešnost svoje procesa z opredeljenim kazalnikom, ki mu poda informacijo kako uspešen je proces za katerega mu je bilo dodeljeno skrbništvo.

Analiza kazalnikov se izvaja enkrat letno v letnem poročilu kazalnikov kakovosti, kjer skrbniki procesov v primeru nedoseganja ciljnih vrednosti kazalnikov opredelijo korektivne ukrepe, odgovorno osebo ter rok za njihovo izvedbo.

Z letnim poročilom kazalnikov kakovosti je redno seznanjeno vodstvo bolnišnice.

b.) Obvezni kazalniki kakovosti in varnosti Ministrstva za zdravje

Poleg procesnih kazalnikov kakovosti v bolnišnici generalno spremljamo in poročamo tudi obvezne kazalnike kakovosti in varnosti skladno z veljavnimi Metodološkimi navodili za kazalnike kakovosti v zdravstvu, ki jih letno izdaja Ministrstvo za zdravje. Kazalniki se lahko spreminjajo glede na metodološke posodobitve, zato bolnišnica vedno uporablja aktualno verzijo metodoloških navodil, objavljeno na spletnih straneh Ministrstva za zdravje oziroma NIJZ.

Kazalniki se zbirajo in poročajo četrtletno, skladno z zahtevami Ministrstva za zdravje, ter se objavljajo na spletni strani bolnišnice.

Kazalniki, ki jih bolnišnica spremlja v skladu z veljavnimi metodološkimi navodili:

b.1) Kazalniki varnosti pacientov

- varnostni incidenti v povezavi s pacienti,
- poškodbe zaradi pritiska (PZP),
- padci pacientov,
- padci pacientov s poškodbami,
- okužba kirurške rane (poročanje NIJZ),
- kolonizacija z MRSA,
- higiena rok.

b.2) Kazalniki varnosti zaposlenih

- poškodbe z ostrimi predmeti.

b.3) Kazalniki kakovosti obravnave

- učinkovitost dela v operacijskem bloku,
- delež hospitaliziranih pacientov s storitvijo kliničnega farmacevta,
- delež intervencij pri naročilih zdravil na ime pacienta.

Analizo kazalnikov izvajamo enkrat letno. Povzetek poročila analize kazalnikov je objavljen v bolnišničnem letnem poročilu, podrobna analiza z opredeljenimi ukrepi, odgovornimi osebami ter roki za izvedbo pa v bolnišničnem letnem poročilu kazalnikov kakovosti.

c.) Kazalniki gospodarnosti in učinkovitosti poslovanja

V SB Nova Gorica skladno z splošnim dogovorom za pogodbeno leto spremljamo kazalnike gospodarnosti in učinkovitosti poslovanja. Kazalniki in njihove vrednosti so opredeljene v letnem poročilu zavoda.

Uspešnost izvajanja procesov izkazujejo ugotovitve vrednosti kazalnikov kakovosti. Če rezultati odstopajo od zastavljenega cilja, skrbnik poišče vzrok (neustrezni viri, neustrezno uporabljeni viri, neustrezna metodologija). Če pa so rezultati v tolerančnem območju v tem primeru opazujemo trend (stabilnost procesa).

Skrbniki procesov na podlagi kazalnika kakovosti sprejemajo ustrezne korektivne ukrepe, kjer navedejo kaj bo potrebno narediti, kakšni viri so potrebni, kdo je za-to odgovoren, do kdaj mora biti dokončano in do kdaj morajo biti ovrednoteni rezultati.

6.4 Notranja presoja

Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca sistematično izvaja notranje presoje celotnega sistema poslovanja, procesov in organizacijskih enot, s poudarkom na področjih, kjer so bila predhodno ugotovljena večja tveganja. Presoje so organizirane tako, da se vsak prepoznani proces v bolnišnici oceni najmanj enkrat letno.

Namen notranjih presoj je, da ugotovimo ali:

- so elementi sistema kakovosti učinkoviti in primerni za doseganje ciljev,
- se učinkovito izvajajo postavljena notranja pravila zavoda,
- se učinkovito izvajajo zahteve standardov kakovosti in druge zakonske zahteve.

Podlaga za izvajanje notranjih presoj so interni dokumenti sistema vodenja kakovosti, standard sistema vodenja kakovosti (ISO 9001), mednarodni akreditacijski standardi za zdravstvene organizacije ter veljavna nacionalna zakonodaja in regulativa.

Cilj izvajanja notranjih presoj je doseganje želenih vrednosti kazalnikov kakovosti ter odpraviti večje incidente, ki bi lahko sistemsko ogrozili varnost postopkov/procesov oziroma prepoznati priložnosti za uvajanje izboljšav. Posebno pozornost posvečamo najboljšim praksam predvsem iz vidika možnosti prenosa na druga področja.

Postopek izvajanja notranjih presoj je podrobneje opredeljen v organizacijskem predpisu »Notranje presoje sistema vodenja kakovosti« (OP SPL 002).

6.5 Redni in izredni strokovni nadzori

SB Nova Gorica izvaja redne in izredne strokovne nadzore zdravstvene dejavnosti skladno s 76. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti.

Cilj izvajanja strokovnih nadzorov v bolnišnici je stalno spremljanje in izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev.

V okvir strokovnih nadzorov sodijo:

- redni strukturiran strokovni nadzor na podlagi Pravilnika o internih strokovnih nadzorih (PR SMP 001) ter letnega plana, ki ga sprejme Strokovni svet na predlog strokovnega direktorja;
- izredni strokovni nadzor, ki se izvede ob nastanku večjih varnostnih incidentov skladno s Pravilnikom o internih strokovnih nadzorih (PR SMP 001);
- nadzor na področju bolnišničnih okužb, ki ga izvaja Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (KOBO);
- nadzor nad posameznim izvajalcem (zdravnikom) na področju predpisovanja zdravil, ki ga izvaja bolnišnična Komisija za zdravila;
- nadzor nad rokovalcem z zdravili na bolnišničnih oddelkih ki ga izvaja bolnišnična Komisija za zdravila;
- redni strukturiran nadzor nad kategorizacijo v zdravstveni negi.

6.6 Vodstveni pregled

Vodstvo zavoda pregleduje sistem vodenja kakovosti v planiranih časovnih presledkih, da zagotovi njegovo nenehno ustreznost, primernost in uspešnost sistema. Pri pregledu ocenjuje možnosti za izboljšave in potrebo po spremembah sistema vodenja kakovosti, vključno s politiko kakovosti in cilji kakovosti.

Vodstvo izvaja vodstveni pregled enkrat letno, rezultati so zapisani v letnem poročilu vodstvenega pregleda.

Vhodni podatki za pregled:

- realizacija ukrepov iz predhodnih vodstvenih pregledov,
- stanje tekočih in opravljenih korektivnih ukrepov,

		SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA		Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica	Oznaka: PK SPL 001
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026				Klasif. št.: 130-5/2020-1
					Velja od : 11. 9. 2026
					Stran: 23 od 24

- spremembe notranjih in zunanjih zadev, ki lahko vplivajo na sistem vodenja kakovosti,
- analizirani rezultati iz meritev ciljev kakovosti in ključnih kazalnikov,
- izidi pritožbenih postopkov,
- rezultati pregleda izrabe zmogljivosti,
- poročilo o delu Komisije za kakovost in varnost pacientov,
- ocene zunanjih pogodbenih izvajalcev.

Rezultati pregleda:

- prepoznane priložnosti za izboljšave,
- ukrepi v zvezi z morebitno potrebo po spremembi sistema vodenja kakovosti,
- odločitve v zvezi s potrebnimi viri oz. sredstvi,
- korektivni ukrepi, povezani z neskladnostjo procesov ali postopkov,
- odločitve oz. ukrepe povezane z zadovoljstvom pacientov.

Izvajanje vodstvenega pregleda je podrobneje opredeljeno v Organizacijskem predpisu: Obvladovanje procesa vodenja" (OP SPL 004).

7. NENEHNO IZBOJŠEVANJE SVK

Obravnavanje priložnosti za izboljšave, opredeljena v točki 3.4, je sestavni del procesa nenehnega izboljševanja SVK in se upošteva pri načrtovanju ter izvajanju izboljšav na ravni bolnišnice.

7.1 Obvladovanje neskladnosti in korektivni ukrepi

Cilji kakovosti in dosežen rezultat kazalnikov kakovosti skrbnikom pokaže ali je potrebno proces izboljšati. Pomembno je tudi, da le-ti preverijo ali so cilji usklajeni s strateško usmeritvijo.

Če so cilji usklajeni ima skrbnik možnost, da skupaj z zaposlenimi, ki delajo na procesu preučijo posamezne aktivnosti procesa (administrativni sprejem pacienta, sprejem pacienta na oddelek, predaja informacij, ...) in ugotovijo ali lahko posamezno fazo procesa izboljšajo v smeri hitrejše izvedbe (pretočnost,...), ali lahko poenostavijo posredovanje informacij (elektronska oblika) in podobno.

Če pa so vrednosti kazalnikov kakovosti na najvišji možni meji (zadovoljstvo pacientov, je ocenjena z oceno 5 na lestvici od 1 do 5) je to znak, da je potrebno kakovost storitve vzdrževati.

Način obvladovanja neskladij in korektivnih ukrepov je podrobneje opredeljen v organizacijskem predpisu »Obvladovanje neskladij in korektivni ukrepi (OP SMP 003)«.

7.2 Obvladovanje varnostnih incidentov

Z namenom izboljševanja kakovostne in varne zdravstvene obravnave, kulture varnosti ter preprečevanja, da bi se isti varnostni incidenti pri pacientih ponavljalo imamo v bolnišnici vzpostavljen postopek obvladovanja varnostnih incidentov in skorajšnjih varnostnih incidentov. Postopek je podrobneje opredeljen v organizacijskem navodilu Obvladovanje varnostnih incidentov (ON SMP 007).

7.3 Izvajanje varnostnih vizit, pogovorov o varnosti ter mortalitetno-morbiditetnih konferenc

V SB Nova Gorica na osnovi dokumenta *Uvajanje izboljševanje kakovosti v bolnišnice (MZ, 2006)* izvajamo uveljavljena orodja za izboljševanje kakovosti in varnosti oz. kulture varnosti, kot so varnostne vizite, pogovori o varnosti ter mortalitetne in morbiditetne (MM) konference.

Izvajanje varnostnih vizit in pogovorov o varnosti je podrobneje opredeljeno v internih dokumentih:

- organizacijski predpis »Obvladovanje procesa bolnišnične obravnave" (OP SMP 001)
- navodilo za delo »Izvajanje pogovorov o varnosti" (ND04/OP SMP 001).

 SPLOŠNA BOLNIŠNICA DR. FRANCA DERGANCA NOVA GORICA		Poslovnik POSLOVNIK KAKOVOSTI Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica	Oznaka: PK SPL 001 Klasif. št.: 130-5/2020-1 Velja od : 11. 9. 2026 Stran: 24 od 24
Izdaja: 04	Datum izdaje: 3. 9. 2026		

Organizacija in način izvajanja MM konferenc je podrobneje opredeljena v organizacijskem navodilu „Mortalitetno/morbiditetne konference in predstavitve primerov“ (ON SMP 004).

7.4 Uvajanje kliničnih poti

Cilj uvajanja kliničnih poti v bolnišnici je poenotenje zdravstvene obravnave pacientov z enako diagnozo. Klinične poti so orodje s pomočjo katerega integriramo različne vidike obravnave pacienta.

Z uporabo klinične poti je omogočena boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje strokovno kliničnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije.

Pri pripravi posamezne klinične poti bolnišnica uporablja metodologijo opredeljeno v Priročniku za oblikovanje kliničnih poti, ki jo je pripravila delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje. Za pripravo klinične poti so v bolnišnici odgovorni vodje medicinskih služb/samostojnih medicinskih oddelkov, ki letno poročajo strokovnemu direktorju ter Komisiji za kakovost in varnost. Pot potrditve ter odobritve kliničnih poti je opredeljena v organizacijskem predpisu „Izdelava in obvladovanje dokumentov sistema vodenja kakovosti (OP SPL 001)“.

Seznam bolnišničnih kliničnih poti je javno objavljen na spletni strani bolnišnice.

Bolnišnica mora za področje zdravstvene dejavnosti letno pripraviti vsaj 2 klinične poti, prioriteto za najpogostejše bolezni/posege ali pa za zelo redke posege oziroma za posege, kjer se pogosteje pojavljajo organizacijski ali strokovni problemi.

8. PRILOGE

- P01/PK SPL 001 – Seznam prepoznanih procesov s skrbniki
- P02/PK SPL 001 – Kontrola procesov ali funkcij, ki so visokotvegani ali nagnjeni k težavam