

	Broj dokumenta	JU ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ŽENA I MATERINSTVA KANTONA SARAJEVO ЈУ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА И МАТЕРИНСТВА КАНТОНА САРАЈЕВО	Komisija za kvalitet
	Datum odobrenja/ usvajanja		
			POLITIKE I PROCEDURE Politike i procedure zdravstvene ustanove Kriterij: 5.2 - 5.8

<b>UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA</b> <b>PROCEDURA UPRAVLJANJA INTERNIM DOKUMENTIMA</b>	Verzija: 2
	Ukupno str. 3

## 1. IZJAVA O POLITICI

- 1.1. Implementacija Akreditacijskih standarda kao i standardizacija procesa koji se odvijaju u Javnoj ustanovi Zavod za zdravstvenu zaštitu žena i materinstva Kantona Sarajevo (u daljnjem tekstu: Zavod) vrši se putem različitih dokumenata sistema poboljšanja kvaliteta (u daljem tekstu:SPK) u Zavodu.
- 1.2. Politike i procedure se razvijaju za sva područja rada u skladu sa ciljevima i zadacima ustanove, zakonskim i podzakonskim propisima, općim aktima ustanove, potrebama procesa rada i AKAZ-ovim Akreditacijskim standardima.
- 1.3. Izradom i primjenom dokumentiranih politika i procedura stvaraju se osnovi za kontrolu i poboljšanje kvaliteta u svim područjima rada u Zavodu.
- 1.4. Ovom procedurom se utvrđuju pravila upravljanja svim internim dokumentima SPK u Zavodu.
- 1.5. Pod internim dokumentima se podrazumijevaju sve vrste informacija bez obzira na medije na kojima se one nalaze/čuvaju, a nastaju unutar Zavoda.
- 1.6. Napomena: ukoliko se zbog prirode dokumenta nije moguće pridržavati ove procedure, to je potrebno naglasiti u Matičnoj knjizi procedura/politika u segmentu "napomena" (npr. obrasci su u elektronskoj formi i kao takvi su definisani softverskim rješenjem).

## 2. PODRUČJE PRIMJENE

- 2.1. Procedura se primenjuje u svim, medicinskim i nemedicinskim odjelima/slужbama Zavoda.

## 3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

- 3.1. Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga Zavoda (u daljem tekstu: Komisija za kvalitet), dužana je obezbjediti da se sa ovom Procedurom upoznaju svi uposlenici Zavoda.
- 3.2. Za primjenu ove procedure nadležni su odgovorni ljekari Lokaliteta, šefovi službi, te Direktor Zavoda.
- 3.3. Ova procedura mora biti postavljena na mjesto koje je dostupno svim radnicima.
- 3.4. Dokumentovane politike i procedure moraju imati paraf osobe koja je izradila, odobrila dokument kao i broj protokola, kako bi bili validni. Također trebaju biti potpisane od strane koordinatora Komisije za kvalitet i direktora Zavoda.
- 3.5. Dokumentovane politike i procedure distribuiraju se preko distributivnih listi (bilo da su elektronski ili u tvrdj kopiji)
- 3.6. Odgovorni ljekari lokaliteta, šefovi službi i koordinatori službi, kontinuirano vrše praćenje i kontrolu primjene ove procedure.



## 4. PROCES RADA

- 4.1. **Standardizacija procesa, koji se odvijaju u Zavodu, kroz dokumentirane politike i procedure (u daljem tekstu: procedure) obuhvata slijedeće faze:**
- 4.1.1. 1. Planiranje izrade procedura;  
2. Izrada procedura;  
3. Sadržaj procedura;  
4. Odobravanje procedura  
5. Upoznavanje sa procedurama i distribucija,  
6. Evidentiranje procedura,  
7. Revizija procedura.
- 4.2. **Planiranje izrade procedura**
- 4.2.1.1. Planiranje izrade procedura vrše svi lokaliteti/službe, a plan može činiti sastavni dio godišnjeg plana. Sektor kontrole kvaliteta (u daljem tekstu: KK), planira izradu procedura, koje su zajedničke na nivou Zavoda ili za veći broj odjela/službi. Sve dok se ne formira ova služba ili odredi jedna osoba za rad u ovoj oblasti, ove poslove će obavljati Komisija za kvalitet uz podršku službi Zavoda. Direktor, šefovi lokaliteta/službi, glavna sestra Zavoda, planiraju izradu procedura koje su specifične za područje za koje su odgovorni. Direktor i šefovi odjela planiraju izradu procedura koje su specifične za procese rada odjela/službi. Tokom planiranja posebno će se voditi računa i cijiniti potreba ispunjenja Akreditacijskih standarda, kao i potreba standardizacije procesa u čijem odvijanju postoje problemi i nejasnoće.
- 4.3. **Izrada procedura**
- 4.3.1. Izrada procedura vrši se prema uputama datim u Akreditacijskim standardima. Izrada svake procedure sastoji se od izrade nacrtu i izrade konačnog teksta procedure. Sektor KK, vrši izradu procedura, koje su zajedničke na nivou Zavoda ili za veći broj lokaliteta/službi.  
**(Do formiranja ovog sektora ili službe ove poslove će obavljati Komisija za kvalitet i/ili radni timovi koje će formirati Komisija).**
- 4.3.2. Prilikom izrade procedure Sektor KK može, po potrebi, tražiti od lokaliteta/službi/uposlenika da opišu korake u odvijanju procesa rada, koji je predmet procedure. Direktor, odgovorni ljekari lokaliteta, rukovodioc službe, glavna sestra Zavoda planiraju izradu procedura koje su specifične za područje za koje su odgovorni i vrše izradu nacrtu procedura iz područja za koje su odgovorni.
- 4.4. **Nacrt procedure treba da sadrži slijedeće elemente:**
- 4.4.1. 1. Izjavu o politici, 2. Područje primjene, 3. Opis koraka u odvijanju procesa rada koji je predmet procedure (vrsta aktivnosti, osobe zadužene za provođenje aktivnosti, rokove i način provođenja aktivnosti).
- 4.4.2. Na prijedlog Sektora KK i zaposlenika odgovornih za izradu nacrtu procedura, Direktor Zavoda može formirati **Tim za izradu procedure (politike, strategije)** ukoliko to zahtijevaju potrebe složenosti ili značaja procedure.
- 4.4.3. Svi nacrti procedura dostavljaju se Sektoru KK (Komisiji za kvalitet) koji vrši njihovu obradu, odnosno izradu konačnog teksta procedure.
- 4.4.4. Izrada konačnog teksta procedure vrši se:
- 4.4.4.1. 1. Povezivanjem nacrtu procedure sa zakonskom i podzakonskom regulativom, opštim aktima Zavoda. Pravna služba daje mišljenje za usklađenost sa zakonskim propisima i aktima Zavoda;  
2. Kontrolom povezanosti i usklađenosti procedure sa već odobrenim procedurama i Akreditacijskim standardima.  
3. Prilagođavanjem procedure propisanom obrascu.  
4. Vezu sa ostalim dokumentima, zapisima.
- 4.4.5. U slučaju da dostavljeni nacrt procedure ima nedostatke uslijed kojih Sektor KK ne može izraditi konačni tekst, nacrt će biti vraćen na doradu u skladu sa uočenim nedostacima.
- 4.4.6. Pored navedenih, obaveznih elemenata, procedura može sadržavati priloge, koji su njen sastavni dio (obraci, priručnici itd.)
- 4.5. **Odobravanje procedura**
- 4.5.1. Proceduru odobrava Komisija za kvalitet i to svojim potpisom potvrđuje koordinator za kvalitet Zavoda. Nakon toga dostavlja se na potpis i odobrenje za upotrebu u Zavodu, direktoru Zavoda.
- 4.5.2. Nakon potpisivanja od strane direktora, ona se distribuira po svim lokalitetima i službama i od toga dana je u upotrebi u Zavodu.
- 4.6. **Upoznavanje sa procedurama i distribucija**



- 4.6.1. Po odobravanju procedure vrši se distribucija.
- 4.6.2. Distribucija procedure se vrši u dvije faze i to:
1. Distribucija od strane Sektora KK (Komisije za kvalitet),
  2. Distribucija od strane uposlenika koji su procedurom zaduženi da izvrše upoznavanje zaposlenika (odgovorni ljekari lokaliteta, odgovorne sestre, koordinatori službi).
- 4.6.3. Sektor KK nakon odobravanja protokolisanе procedure vrši distribuciju po jednog primjerka odobrene procedure u skladu sa dijelom procedure kojim je regulisano područje njene primjene. Nakon toga se izrađuje distributivna lista koja može istovremeno distribuirati više politika i procedura ali sa jasno naznačenim brojem protokola i nazivom dokumenta. Pored imena kome se distribuira stoji i način distribucije : elektronski (BIS) ili tvrda kopija. Svojim potpisom uposlenici potvrđuju da su upoznati sa dokumentom.
- 4.6.4. Upoznavanje uposlenika sa tekstom procedure vrši se od strane uposlenika koji su za to zaduženi procedurom ili na zajedničkim prezentacijama novih procedura od strane Službe KK. U Službi KK vrši se umnožavanje procedura, odnosno obezbjeđuje onaj broj kopija koji zadovoljava potrebe organizacione jedinice.
- 4.6.5. Obavezuju se svi odgovorni ljekari i odgovorne sestre lokaliteta u Zavodu da na primjenu ove procedure upoznaju sve radnike na svom lokalitetu.
- 4.6.6. Procedura mora biti postavljena na mjesto dostupno svim radnicima unutar njihovih lokaliteta. Odgovorni ljekari lokaliteta i odgovorne sestre, kao i koordinatori službi kontinuirano prate i kontrolišu primjenu ove procedure.
- 4.6.7. Protokolisanom listom omogućavaju da se uvijek i na pravnom mjestu nađu samo one procedure koje su "validne".
- 4.7. **Evidentira**
- 4.7.1. Procedure se evidentiraju u (protokol) Zavoda, te im se dodjeljuje i broj pod kojim su zavedene i taj broj se navodi u naslovu procedure. Procedure se arhiviraju u poseban registrator (Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga).
- 4.8. **Revizija procedura**
- 4.8.1. Reviziju procedura vrši Sektor KK, odnosno uposlenik odgovoran za izradu nacrtа procedure. Sektor KK pruža tehničku pomoć ukoliko reviziju vrši uposlenik odgovoran za izradu nacrtа procedura. Ukoliko uposlenik, koji odobrava proceduru, ne prihvati da se vrši revizija o razlozima obavještava Sektor KK, odnosno zaposlenika odgovornog za izradu nacrtа procedura.
- 4.8.2. Revizija može biti redovna i vanredna.
- 4.8.3. Redovna revizija se vrši svake tri godine.
- 4.8.4. Prema distributivnoj listi i broju protokola povlače se procedure koje nisu važeće, a distribuiraju se nove.
- 5. REVIZIJA**
- 5.1. Revizija Procedure vrši se prema potrebi ili svake tri godine.
- 5.2. Broj protokola:
- 5.3. Verzija: 02

*Dokument je vlasništvo JU Zavoda za zdravstvenu zaštitu žena i materinstva Kantona Sarajevo.  
Ne smije se kopirati, preštamovati niti umnožavati na bilo koji drugi način.*

Izradio/la	Saglasnost I	Saglasnost II	Odobrenje	Revizija	
Mr.sci.dr. Enis Hasanović, Akir Šišić, dipl.pravnik, Damir Rahmanović, str.saradnik za IS	Odg.ljekar lok./koordinator sl./glavna ses.Zavoda/ruk. sl.	Koordinator- menadžer kvaliteta	Direktor	Datum odobrenja/ usvajanja	Br. Revizije
Mr.sci.dr. Enis Hasanović	-----	Mr.sci.dr. Enis Hasanović	Prim. Mr.sci.dr.Mithat Kurtović		