


UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

	Broj evidencije	<b>JU ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ŽENA I MATERINSTVA KANTONA SARAJEVO</b> <b>ЈУ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА И МАТЕРИНСТВА КАНТОНА САРАЈЕВО</b>	Komisija za kvalitet
	70-668-01/19		
	Datum odobrenja/ usvajanja		Revizija se vrši svake 3 godine ili po potrebi ranije
	04.04.2019.		
		<b>POLITIKE I PROCEDURE</b> Politike i procedure zdravstvene ustanove Kriterij: 5.2 - 5.8	

<b>UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA</b> <b>PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA</b>	Verzija: 2
	Ukupno str. 13

## 1. IZJAVA O POLITICI

- 1.1. Izgled stranice dokumenta je način na koji su informacije grafički uređene u prostoru dokumenta.
- 1.2. Svi interni dokumenti sistema poboljšanja kvaliteta u Zavodu imaju jedinstven, standardizovan izgled. Ovo je neophodno kako bi se izbjegle improvizacije u formi jer su dokumenti sistema poboljšanja kvaliteta mogući dokaz u krivičnom i parničnom postupku, te je neophodno da imaju i vizuelnu prepoznatljivost.
- 1.3. Ovom procedurom je definisan izgled internog dokumenta, tj. polja unutar dokumenta, rubrike unutar polja, standardni nazivi rubrika i njihova svrha.

## 2. PODRUČJE PRIMJENE

- 2.1. Svi lokaliteti u Zavodu.
- 2.2. Primjenjuje se 7 dana od dana njenog odobravanja od strane direktora Zavoda.

## 3. POZICIJA

- 3.1. Proceduru odobrava direktor Zavoda.

## 4. DISTRIBUCIJA I NADZOR

- 4.1. Obavezuju se svi odgovorni ljekari, odgovorne sestre lokaliteta i glavna sestra u Zavodu da na primjenu ove procedure upoznaju sve radnike na svom lokalitetu.
- 4.2. Procedura mora biti postavljena na mjesto dostupno svim radnicima unutar njihovih lokaliteta.
- 4.3. Odgovorni ljekari i odgovorne sestre po svim nivoima kontinuirano prate i kontrolišu primjenu ove procedure. Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: Komisija za kvalitet) prati i kontroliše primjenu ove procedure, te vrši dopune i izmjene ove procedure.

## 5. PROCES RADA

### 5.1. Uvodne napomene

- 5.1.1. Za izradu procedure potrebno je osnovno znanje rada u programskom paketu Microsoft Office/Kingsoft WPS Office.
- 5.1.2. Informacije o svim parametrima date su da bi ih operater (osoba koja piše tekst) mogao podesiti u slučaju pojave nekih problema u toku obrade teksta.

### 5.2. Izgled dokumenta

- 5.2.1. Svaki dokument se vizuelno sastoji od 5 polja: 1) polje Header-a (vrh stranice) i Footer-a (dno stranice), 2) polje zaglavlja, 3) polje naslovnice, 4) polje sadržaja, 5) polje odgovornosti i revizije.

#### 5.2.2. Polje Header-a i Footer-a

- 5.2.2.1. Sadržaj teksta u Header-u: *Naziv procedure*
- 5.2.2.2. Sadržaj teksta u Footer-u: *Broj stranica procedure (npr. 1/7 ; 4/9 itd.)*



UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

1	2	6	8
	3		
	4	7	9
	5		

5.2.2.3. Slika 1. Lokacija i raspored rubrika u polju zaglavlja.

- 1 = Logo Zavoda ;  
 2 = Broj evidencije (Upisano);  
 3 = Rubrika za upisivanje broja dokumenta (upisuje se isključivo od strane tehničkog sekretara);  
 4 = Datum odobrenja/usvajanja (Upisano);  
 5 = Rubrika za upisivanje datuma odobrenja (upisuje se isključivo od strane Direktora/tehnički sekretar);  
 6 = JU Zavod za zdravstvenu zaštitu žena i materinstva Kantona Sarajevo (Upisano);  
 7 = Naslov standarda; Podnaslov standarda; kriterij (unos autor procedure);  
 8 = Rubrika za upisivanje ko je osmislio radnu uputu (Komisija, direktor, lokalitet, služba);  
 9 = Revizija se vrši svake 3 godine ili po potrebi ranije (Upisano)

5.2.3.3. Slika 2. Legenda za polje zaglavlja sa tumačenjem funkcija svih rubrika. Boldirani nazivi su već upisani u polja.

	Broj dokumenta	<b>JU ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ŽENA I MATERINSTVA KANTONA SARAJEVO ЈУ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА И МАТЕРИНСТВА КАНТОНА САРАЈЕВО</b>	
	Datum usvajanja	<b>NASLOV STANDARDA Podnaslov standarda Kriterij:</b>	Revizija se vrši svake 3 godine ili po potrebi ranije

5.2.3.4. Slika 3. Izgled polja zaglavlja sa upisanim zadatim elementima.

5.2.4. Polje naslovnice

5.2.4.1. Polje naslovnice sastoji se od 3 rubrike.

10	11
	12

5.2.4.2. Slika 4. Lokacija i raspored rubrika u polju naslovnice.

10 = Naziv dokumenta, Naziv Politike ili Procedure;

11 = Verzija (verzija, prazno polje, znak jednakosti, prazno polje, broj verzije. npr: **Verzija : 1; Verzija : 4; Verzija : 11;**)

12 = Ukupno str. ( Upisuje se broj zadnje stranice dokumenta npr: **Ukupno str. 9** )

5.2.4.3. Slika 5. Legenda za polje naslovnice sa tumačenjem rubrika. Boldirani nazivi su već upisani u polja.

Naziv procedure	Verzija:
	Ukupno str.

5.2.4.4. Slika 6. Izgled polja naslovnice sa zadatim elementima.

**5.2.5. Polje sadržaja**

5.2.5.1. Ovo polje ima samo jednu rubriku koja se automatski povećava u odnosu na količinu teksta koji se unosi.

13

5.2.5.2. **Slika 7.** Fizički izgled polja sadržaja

5.2.5.3. Polje sadržaja dokumenta sastoji se od 7 dijelova, (6 stalnih i 1 po potrebi), automatski su upisani i ispred sebe nose redni broj).  
Naslovi su im:

1. **Izjava o politici**
2. **Područje primjene**
3. **Pozicija**
4. **Distribucija i nadzor**
5. **Proces rada**
6. **Revizija**
7. **Prilozi (po potrebi, tj. Ukoliko ovo poglavlje nema priloga treba ga izbrisati)**

5.2.5.3.3. 5.2.5.3.2. U dijelu “3. Pozicija”, automatski je upisan potreban tekst koji glasi - Proceduru odobrava direktor Zavoda.

5.2.5.3.4. U dijelu “6. Revizija”, automatski je upisan potreban tekst koji glasi - Po potrebi ali ne duže od 3 godine.

5.2.5.3.5. Dio „7. Prilozi“ nije obavezan i može se izbrisati ukoliko nije potreban. U ovom dijelu se daje popis svih priloga. To mogu biti: obrasci, tabele, slike, algoritmi ili neki drugi grafički dokumenti koji zbog svoje veličine ili kompleksnosti ne mogu stati u polje sadržaja. Prilog može biti i neki pravilnik, uputstvo, dokument sa definicijama pojmova itd. Originali svih priloga se i fizički prilažu na kraju dokumenta iza svih polja.

5.2.5.3.6. Kraj polja sadržaja se završava graničnom linijom ispod koje je automatski upisan sljedeći tekst –  
“Dokument je vlasništvo Zavoda. Ne smije se kopirati, preštapavati niti umnožavati na bilo koji drugi način”.

**5.2.6. Polje odgovornosti i revizije**

5.2.6.1. Nalazi se na kraju svakog dokumenta.

14	18	22	26	30	
15	19	23	27	31	33
16	20	24	28	32	34
17	21	25	29		

5.2.6.2. **Slika 9.** Lokacija i raspored rubrika polja odgovornosti i revizije.

5.2.6.3. Postoje dvije varijante ovoga polja u zavisnosti ko izrađuje dokument: Varijanta I – Dokument izrađuje jedna osoba i

Varijanta II - dokument koji izrađuje tim.



UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

5.2.6.4 **Slika 10.** Izgled Varijante I. lokacije i nazivi rubrika.

Izradio/la	Saglasnost I	Saglasnost II	Odobrenje	Revizija	
Titula, ime i prezime uposlenika	Odg.ljekar lok./koordinator sl./glavna ses.Zavoda/ruk. sl.	Koordinator- menadžer kvaliteta	Direktor	Datum odobrenja /usvajanja	Br. Revizije
potpis	potpis	potpis	potpis		
Titula, ime i prezime	Titula, ime i prezime	Mr.sci.dr. Enis Hasanović	Prim. Mr.sci.dr.Mithat Kurtović		

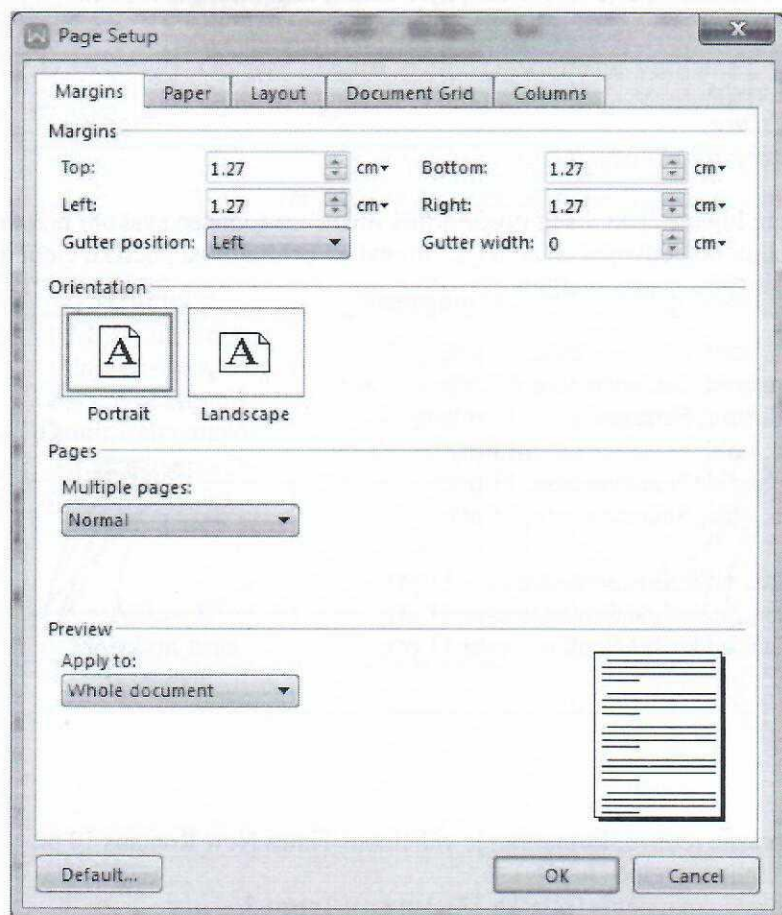
5.2.6.5. **Slika 11.** Izgled Varijante II. Lokacije i nazivi rubrika.

Izradio tim	Saglasnost I	Saglasnost II	Odobrenje	Revizija	
Titule, imena i prezimena članova tima	Odg.ljekar lok./koordinator sl./glavna ses.Zavoda/ruk. sl	Koordinator- menadžer kvaliteta	Direktor	Datum odobrenja /usvajanja	Br. Revizije
potpis	potpis	potpis	potpis		
Titula, ime i prezime vođe tima	Titula, ime i prezime	Mr.sci.dr. Enis Hasanović	Prim. Mr.sci.dr.Mithat Kurtović		

**5.3. Parametri teksta i formatiranje procedure**

5.3.1. Margine svih dokumenata imaju jedinstven izgled. Formatiranje je automatski postavljeno: Top: 1,27 cm; Bottom: 1,27 cm; Left: 1,27 cm; Right: 1,27 cm. (Slika 1.)

5.3.2. Slika 1.



- 5.3.3. Formatiranje polja Header-a i Footer-a  
 5.3.4. Format teksta u Header-u i Footer-u je automatski postavljeno: Times New Roman, Sentence case, italic, 9 pt.  
 5.4. **Formatiranje polja dokumenta**  
 5.4. Formatiranje polja zaglavlja dokumenta  
 5.4.1. Veličina, tip i pozicija slova za zaglavlje dokumenta (rubrike 1-12) dati su u Tabeli 1.  
 5.4.1.2. **Tabela 1.** Formatiranje teksta rubrika 1-12.

Rubrika broj	Tip slova i pozicija	Veličina slova
1	Nema potrebe za formatiranjem	-
2; 3; 4; 5; 8; 9	Times New Roman, bold, Center	9 pt
6;7;10	Times New Roman, bold, Center	12 pt
11; 12	Times New Roman, bold, Center	9



UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

5.4.2. Formatiranje polja sadržaja teksta dokumenta

5.4.2.1. Hijerarhijski nivoi teksta

5.4.2.2. Unutar Polja teksta (rubrika 13), tekst može biti formiran na četiri (4) hijerarhijska nivoa:

**I NIVO** - naslov glavnih cjelina teksta dokumenta (koje su već unaprijed zadate i sa početnim rednim brojem na početku).

**II Nivo** - naslovi poglavlja unutar I nivoa.

**III Nivo** - naslovi podpoglavlja unutar II nivoa.

**IV Nivo** - naslovi unutar potpoglavlja III nivoa.

5.4.2.3. Brojčana oznaka na početku svakog hijerarhijskog nivoa teksta

5.4.2.4. Brojčane oznake se šire kako se prelazi iz hijerarhijski višeg nivoa u niži nivo i pri tome se svakom nižem nivou dodaje po jedan broj koji je od prethodnog odvojen tačkom (.). Brojevi su boldirani na početku cjeline naslova (nivoa I i II) i počinju od prvog slovnog mjesta margine.

1. **Naslov** I nivoa (times new roman, bold, Sentance case, 12 pt);
2. **Naslov** I nivoa (times new roman, bold, Sentance case, 12 pt);
3. **Naslov** I nivoa (times new roman, bold, Sentance case, 12 pt);
- 4.8. **Naslov** II nivo (times new roman, bold, Sentance case, 11 pt);
- 5.2. **Naslov** II nivo (times new roman, bold, Sentance case, 11 pt);
- 6.2. **Naslov** II nivo (times new roman, bold, Sentance case, 11 pt);

5.2.4. Naslov III nivoa (times new roman, underline, Sentance case 11 pt);

6.7.8. Naslov III nivoa (times new roman, underline, Sentance case 11 pt);

7.1.1. Naslov III nivoa (times new roman, underline, Sentance case 11 pt);

3.3.3.1. Naslov IV nivoa

3.3.3.2. Naslov IV nivoa

3.3.3.3. Naslov IV nivoa

5.4.2.5. Cijeli tekst polja sadržaja, uključujući i prazne redove, formatiran je veličinom Times New Romans 10 pt.

5.4.2.6. Linija teksta počinje od i završava se do linija margine (Justify)

5.4.2.7. Veličina, tip slova i pozicija za sadržaj teksta dokumenta (rubrika 13) dati su u Tabeli 3.

5.4.2.8. **Tabela 3.** Formatiranje teksta rubrike 13.

Elementi teksta	Tip slova i pozicija	Veličina slova
Parametri svih rubrika teksta	Times new roman, Sentance case, Justify	11 pt
Elementi teksta unutar tabela	Times new roman, Sentance case, Bold, Center	11 pt
Elementi teksta Headera	Times new roman, Sentance case, Bold, Center	9
Elementi teksta Footera	Times new roman, Sentance case, Italic, Align right	9

**5.5. Prored**

5.5.1. Prored između svih redova iznosi : "1" (Ctrl+1)

UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

**6. REVIZIJA**

6.1. Po potrebi ali ne duže od 3 godine.




**7. PRILOZI**

7.1. 1. Obrazac - Izgled internog dokumenta-Varijanta I – izradila jedna osoba

7.2. 2. Obrazac - Izgled internog dokumenta-Varijanta II – izradio tim

*Dokument je vlasništvo Zavoda.*

*Ne smije se kopirati, preštampavati 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		



	Broj dokumenta	<b>JU ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ŽENA I MATERINSTVA KANTONA SARAJEVO</b> <b>ЈУ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА И МАТЕРИНСТВА КАНТОНА САРАЈЕВО</b>	Lokalitet NDC
	Datum odobrenja/ usvajanja		
		<b>NASLOV STANDARDA</b> <b>Podnaslov standarda</b> <b>Kriterij:</b>	Revizija se vrši svake 3 godine ili po potrebi ranije

<b>UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA</b> <b>PROCEDURA UPRAVLJANJA INTERNIM DOKUMENTIMA</b>	Verzija: 1
	Ukupno str. 13

## 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/službama 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 koordinadora 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/sluzbe, 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/sluzbi. Sve dok se ne formira ova sluzba ili odredi jedna osoba za rad u ovoj oblasti, ove poslove će obavljati Komisija za kvalitet uz podršku sluzbi Zavoda. Direktor, šefovi lokaliteta/sluzbi, 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/sluzbi. Tokom planiranja posebno će se voditi računa i cijeliti 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/sluzbi.  
**(Do formiranja ovog sektora ili sluzbe 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/sluzbi/uposlenika da opišu korake u odvijanju procesa rada, koji je predmet procedure. Direktor, odgovorni ljekari lokaliteta, rukovodioc sluzbe, 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 sluzba 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. **Odobrovanje 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.



UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

- 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 protokolisane 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. Protokolisane procedure, sa distributivnom listom omogućavaju da se uvijek i na pravnom mjestu nađu samo one procedure koje su trenutno "validne".
- 4.7. **Evidentiranje procedura,**
- 4.7.1. Procedure se evidentiraju u knjigu (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 nacrt procedure. Sektor KK pruža tehničku pomoć ukoliko reviziju vrši uposlenik odgovoran za izradu nacrt procedure. Ukoliko uposlenik, koji odobrava proceduru, ne prihvati da se vrši revizija o razlozima obavještava Sektor KK, odnosno zaposlenika odgovornog za izradu nacrt procedure.
- 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: 01

*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	
Titula, ime i prezime uposlenika	Odg.ljekar lok./koordinator sl./glavna ses.Zavoda/ruk. sl.	Koordinator-menadžer kyaliteta	Direktor	Datum odobrenja/ usvajanja	Br. Revizije
potpis	potpis	potpis	potpis		
Titula, ime i prezime	Titula, ime i prezime	Mr.sci.dr. Enis Hasanović	Prim. Mr.sci.dr.Mithat Kurtović		

Prilog 7.2.



UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

	Broj dokumenta	<b>JU ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ŽENA I MATERINSTVA KANTONA SARAJEVO</b> <b>ЈУ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ЖЕНА И МАТЕРИНСТВА КАНТОНА САРАЈЕВО</b>	Komisija za kvalitet
	Datum odobrenja/ usvajanja		Revizija se vrši svake 3 godine ili po potrebi ranije

<b>UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA</b> <b>PROCEDURA UPRAVLJANJA INTERNIM DOKUMENTIMA</b>	Verzija: 2
	Ukupno str. 13

## 6. IZJAVA O POLITICI

- 1.7. 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.
- 1.8. 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.
- 1.9. Izradom i primjenom dokumentiranih politika i procedura stvaraju se osnovi za kontrolu i poboljšanje kvaliteta u svim područjima rada u Zavodu.
- 1.10. Ovom procedurom se utvrđuju pravila upravljanja svim internim dokumentima SPK u Zavodu.
- 1.11. Pod internim dokumentima se podrazumijevaju sve vrste informacija bez obzira na medije na kojima se one nalaze/čuvaju, a nastaju unutar Zavoda.
- 1.12. 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).

## 7. PODRUČJE PRIMJENE

- 7.1. Procedura se primenjuje u svim, medicinskim i nemedicinskim odjelima/službama Zavoda.

## 8. DISTRIBUCIJA I NADZOR

- 8.1. 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.
- 8.2. Za primjenu ove procedure nadležni su odgovorni ljekari Lokaliteta, šefovi službi, te Direktor Zavoda.
- 8.3. Ova procedura mora biti postavljena na mjesto koje je dostupno svim radnicima.
- 8.4. 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.
- 8.5. Dokumentovane politike i procedure distribuiraju se preko distributivnih listi (bilo da su elektronski ili u tvrdoj kopiji)
- 8.6. Odgovorni ljekari lokaliteta, šefovi službi i koordinatori službi, kontinuirano vrše praćenje i kontrolu primjene ove procedure.



## 9. PROCES RADA

### 9.1. Standardizacija procesa, koji se odvijaju u Zavodu, kroz dokumentirane politike i procedure (u daljem tekstu: procedure) obuhvata slijedeće faze:

- 9.1.1. 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.

### 9.2. Planiranje izrade procedura

- 9.2.1.1. 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.

### 9.3. Izrada procedura

- 9.3.1. 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).**

- 9.3.2. 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.

### 9.4. Nacrt procedure treba da sadrži slijedeće elemente:

- 9.4.1. 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).
- 9.4.2. 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.
- 9.4.3. Svi nacrti procedura dostavljaju se Sektoru KK (Komisiji za kvalitet) koji vrši njihovu obradu, odnosno izradu konačnog teksta procedure.
- 9.4.4. Izrada konačnog teksta procedure vrši se:
  - 9.4.4.1. 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.
- 9.4.5. 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.
- 9.4.6. Pored navedenih, obaveznih elemenata, procedura može sadržavati priloge, koji su njen sastavni dio (obraci, priručnici itd.)

### 9.5. Odobravanje procedura

- 9.5.1. 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.
- 9.5.2. Nakon potpisivanja od strane direktora, ona se distribuira po svim lokalitetima i službama i od toga dana je u upotrebi u Zavodu.

### 9.6. Upoznavanje sa procedurama i distribucija

- 9.6.1. Po odobravanju procedure vrši se distribucija.



UPRAVLJANJE DOKUMENTIMA  
PROCEDURA DEFINISANJA IZGLEDA INTERNIH DOKUMENATA

- 9.6.2. 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).
- 9.6.3. 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.
- 9.6.4. 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.
- 9.6.5. Obavezuju se svi odgovorni ljekari i odgovorne sestre lokaliteta u Zavodu da na primjenu ove procedure upoznaju sve radnike na svom lokalitetu.
- 9.6.6. 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.
- 9.6.7. Protokolisane procedure, sa distributivnom listom omogućavaju da se uvijek i na pravnom mjestu nađu samo one procedure koje su trenutno "validne".
- 9.7. **Eviden**
- 9.7.1. Procedi (protokol) Zavoda, te im se dodjeljuje i broj pod kojim su zavedene i taj broj se Procedure se arhiviraju u poseban registrator (Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga).
- 9.8. **Revizija procedura**
- 9.8.1. 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.
- 9.8.2. Revizija može biti redovna i vanredna.
- 9.8.3. Redovna revizija se vrši svake tri godine.
- 9.8.4. Prema distributivnoj listi i broju protokola povlače se procedure koje nisu važeće, a distribuiraju se nove.
- 10. REVIZIJA**
- 10.1. Revizija Procedure vrši se prema potrebi ili svake tri godine.
- 10.2. Broj protokola:
- 10.3. 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	
Titule, imena i prezimena članova tima/uposlenika	Odg.ljekar lok./koordinator sl./glavna ses.Zavoda/ruk. sl.	Koordinator-menadžer kvaliteta	Direktor	Datum odobrenja/ usvajanja	Br. Revizije
potpis	potpis				
Titula, ime i prezime vođe tima	Titula, ime i prezime	Mr.sci.dr. Enis Hasanović	Prim. Mr.sci.dr.Mithat Kurtović		