

ФИЛИЈАЛА РЗЗО: _____

ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: Крагујевац

ИНТЕГРИСАНИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА ЗА I-XII 2017. ГОДИНЕ

Назив здравствене установе _____Дом __здравља__Крагујевац_____

Назив здравствене установе у саставу _____

Табела 1. Остварени резултати - показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Проценат превентивних прегледа у односу на укупан број прегледа у Служби за здравствену заштиту одраслих (у 2016. – 3,12%)	Повећање процента превентивних прегледа у односу на укупан број прегледа за 1-2%	За параметар проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара показатељ за 2017.год је 3,92		План је испуњен, али не у задовољавајућем обиму Дужа одсуства запослених због болести током 2017.године. Успорен рад лекара у току увођења електронског картона
2.	Повећање процента регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен ФОБ тест (у 2016. години 7,82%)	Повећање процента упућених пацијената старијих од 50 год на ФОБ тест за 5%	Проценат регистрованих корисника старијих од 50 год којима је урађен тест на крваваљење у столицу је 10,69%.		Проценат регистрованих корисника је повећан, али план у целости није испуњен (повећање је 2,87%) Дужа одсуства запослених због болести током 2017.године и прерасподела на недостајућа радна места. Успорен рад лекара у току увођења електронског картона
3.	Проценат оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна у Служби за здравствену заштиту одраслих (у 2016. години 10,64%).	Повећање процента оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна за 2-3%.	Проценат оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна 3,82%.		Резултат је нереално низак, зато што су подаци неадекватно повлачени из новог софтверског пакета.

4.	Проценат превентивних прегледа у односу на укупан број прегледа у Служби за здравствену заштиту деце предшколског узраста и Служби за здравствену заштиту школске деце и омладине. (у 2016.год 17,85%)	Повећање процента превентивних прегледа у односу на укупан број прегледа за 1-2%	Проценат превентивних прегледа у укупном броју посета и прегледа је 18,69%		План је испуњен ,али не у попуности (повећање за 0,84%)
5.	Повећање процента превентивних прегледа у укупном броју прегледа у Служби за здравствену заштиту жена (у 2016.год 41.24%), повећање процента корисница од 25-69 година обухваћених скринингом на карцином грлића материце (у 2016.год. 13,58%)	Повећање процента превентивних прегледа у укупном броју прегледа за 2%.Повећање процента корисница од 25-69 год обухваћених скринингом на карцином грлића материце за 2%.	Проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код гинеколога је 49,47%, а проценат корисница обухваћених скринингом на карцином грлића материце је 10,76%		За проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код гинеколога план испуњен у потпуности Обухваћеност корисница скринингом на карцином грлића материце у смислу апсолутног броја је на нивоу из 2016. године, али је проценат мањи због веће популационе групе жена у односу на који се показатељ израчунава
6.	Смањење просечне дужине чекања на заказани први преглед у одељењу офталмологије (у 2016.год. 36,71 дана)	Смањење просечне дужине чекања на заказани први преглед (испод 30 дана)	Просечна дужина на заказан први преглед у одељењу офталмологије је 19,54 дана. Критеријум испуњен у високом обиму		План испуњен у потпуности
7.	Одржавање нивоа просечног броја патронажних посета особама старијим од 65 година (у 2016. год. 0,17)	Одржавање нивоа из претходне године	Просечан број посета у 2017. години особама старијим од 65 година је 0,15	У самој служби у којој је дефицитарност кадра хронична, предузете су све мере	Недостатак кадра у Служби поливалентне патронаже.

Табела 2. Остварени резултати - задовољство корисника

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Смањење процента оних који не знају на који начин могу да промене изабраног лекара у општој медицини (у 2016.год 32,7% корисника који не знају).	Смањење процента корисника који не знају на који начин могу да промене изабраног лекара у општој медицини	У 2017.год 31,9% корисника се слагало са изјавом да никада не заказује преглед. Критеријум испуњен		
2.	Повећање процента корисника у служби опште медицине који знају да постоји кутија за жалбе и примедбе (у 2016 год. је 47,2% корисника упознато)	Повећање информисаности о постојању кутија за жалбе и примедбе	У 2017.год проценат корисника који су упознати са постојањем кутија за жалбе и примедбе износи 53,6% Критеријум испуњен		
3.	Смањити проценат веома незадовољних и незадовољних здравственом заштитом у службама за здравствени заштиту предшколске и школске деце (у 2016 год. 10,4% веома незадовољних и незадовољних)	Смањити проценат веома незадовољних и незадовољних здравственом заштитом у службама за здравствени заштиту предшколске и школске деце	У 2017.год проценат веома незадовољних и незадовољних здравственом заштитом у службама за здравствени заштиту предшколске и школске деце је 8,3% Критеријум испуњен		
4.	Повећање процента жена које се слажу да могу да буду прегледане истог дана у случају хитности (у 2016.год се слаже 42,2%)	Планирано је повећање процента жена које су упознате са поступком у хитним стањима	Проценат жена које се слажу да могу да буду прегледане истог дана у случају хитности износи 68,8% у 2017.год.Критеријум испуњен у пуном обиму		
5.	Смањење процента оних којима је заказано пре више од 30 дана на преглед у служби за специјалистичко-консултативну делатност(у 2016. год. 8,8%)	Смањење процента оних који на заказан преглед чекају више од 30 дана за 1-2%	Проценат оних којима је заказано пре више од 30 дана на преглед у служби за специјалистичко-консултативну делатност у 2017. години износи 5,2%, што је за 3,6% мање него у 2016. год. Критеријум испуњен у пуном обимуси		

Табела 3. Остварени резултати - задовољство запослених

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Унапређење задовољста запослених могућностима за професионални развој Могућностима за професионални развој задовољно је 37,6%, веома задовољно 15,2%, ни задовољних ни незадовољних 21,5%, незадовољних 11,3% и веома незадовољних 8,5%	Повећање степена задовољста запослених могућностима за професионални развој и смањење броја ни задовољних ни незадовољних, незадовољних и веома незадовољних за 3-5%.	Могућностима за професионални развој у 2017.год је 47,7% запослених задовољно и веома задовољно. Проценат ни задовољних ни незадовољних 26,8% , а незадовољних и веома незадовољних је у 2016.год 23,8% Критеријум није испуњен	У извештајној години нису расписиване специјализације	Разлог немогућност регрутовања из служби, јер Закон, још увек, не препознаје замену за специјализанта
2.	Подизање степена задовољста запослених у добијању јасних упутстава који се очекују у оквиру посла (у 2016. год. задовољних је 38,3%, веома задовољних 19,1%, ни задовољних ни незадовољних 27,6%, незадовољних 9,1% и веома незадовољних 5%.	Смањење неодлучних у корист задовољних	У 2017.год је 43,4% запослених задовољно, веома задовољно 14,0%. Проценат ни задовољних ни незадовољних 26,5% , а незадовољних и веома незадовољних је у 2017.год 15,9% . Проценат неодлучних се смањио, критеријум није испуњен у пуном обиму		
3.	Подизање степена задовољства запослених руковођењем и организацијом рада установе. Задовољних је 33,7%, веома задовољних 17,8%, ни	Смањење процента незадовољних и процента неодлучних за 3-5%.	У 2017.год показало да је задовољних 41,6%, веома задовољних 11,5%, ни задовољних ни незадовољних 25,5%, незадовољних 12,3%, а		

	задовољних ни незадовољних 27%, незадовољних 12,8% и веома незадовољних 6,7%.		веома незадовољних 8,7%. Повећан проценат веома задовољних и задовољних за 1,6%, смањен проценат неодлучних за 1,5%, док је проценат незадовољних и веома незадовољних повећан за 1,5%. Критеријум није испуњен		
--	--	--	--	--	--

Табела 4а. Поступање на основу препорука и предлога мера редовне спољне провере квалитета стручног рада

Датум редовне провере: _____

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0						

Табела 46. Поступање на основу препорука и предлога мера унутрашње провере квалитета стручног рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Унапређење вођења медицинске документације у Служби за здравствену заштиту одраслих (Унутрашњом провером квалитета стручног рада у 90% здравствених картона уписан план лечења у 2016.год)	Повећање процента здравствених картона у којима је уписан план лечења за 3-5%.	Унутрашњом провером квалитета стручног рада у 90% здравствених картона уписан план лечења, чиме је одржан ниво из претходне извештајне године Критеријум није достигнут у пуном обиму		
2.	Подизање степена информисаности пацијената о правима у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва (Унутрашњом провером квалитета рада у 98% здравствених картона, постоји сагласност пацијента са предложеном медицинском мером и потпис у 2016.год)	Одржавање нивоа здравствених картона у којима постоји сагласност пацијената са предложеном медицинском мером	Унутрашњом провером квалитета стручног рада у 98% здравствених картона постоји сагласност пацијената са предложеном медицинском мером Критеријум достигнут у пуном обиму		
3.	Унапређење обавезних превентивних прегледа средњошколске деце у служби за здравствену заштиту школске деце и омладине (у 2016.години 69,38%)	Повећање одазива на превентивне прегледе у средњошколском узрасту	У 2017. години проценат одазване средњошколске деце на обавезне превентивне прегледе је 80,99%. Критеријум достигнут у пуном обиму		
4.	Повећање процента превентивних прегледа деце у Специјалистичко консултативној служби у одељењима ОРЛ (у 2016.год 84,31%) и Офталмологији (у 2016.год 84,63%).	Достизање планираног броја деце за 2017.годину-95%	Проценат превентивних прегледа деце у Специјалистичко консултативној служби у одељењима ОРЛ-а у 2017.год 100%%) и Офталмологије у 2017.год 78.36%). Критеријум достигнут у пуном обиму у одељењу ОРЛ-а	Све мере су предузете	Неодазивање деце на обавезне превентивне офталмолошке прегледе у четрнаестој години живота
5.	Редовно пријављивање нежељених догађаја од стране	Уредно пријављивање и евидентирање нежељених	Уредно пријављивање и евидентирање нежељених догађаја		

	запослених у специјалистичко – консултативној служби	догађаја од стране запослених	од стране запослених Критеријум достигнут у пуном обиму		
6.	Повећање укупног броја остварених патронажних посета трудницама са високоризичном трудноћом	Достизање планираног броја трудница за 2017.годину	Проценат извршења у односу на задати план рада је 70,42%		Усаглашавање процедура између службе за здравствену заштиту жена и службе поливалентне патронаже
7.	Унапређење саветодавног рада у вези психофизичке припреме трудница за порођај (у 2016.години 353 трудница) у служби за здравствену заштиту жена	Повећање процента трудница које похађају школу за психофизичку припрему за порођај, као и парова укључених у школу родитељства	Проценат трудница које похађају школу за психофизичку припрему за порођај је 95,58% (411 трудница), а парова укључених у школу родитељства 85,79%. Критеријум достигнут у пуном обиму		
8.	Повећање обухвата жена мамографским прегледима кроз скрининг програм	Повећање процента жена овухваћених обавезним скринингом на карцином дојке	Обухват жена обавезним скрининг мамографијама у 2017. години је на нивоу претходне године		Едукација још једног радиолога за обављање скрининг мамографија који тај услов стиче у току 2018. године (неопходност читања одређеног броја дијагностичких мамографија)

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017. Тим за здравствену заштиту одраслог становништва

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са законом о здравственом осигурању	Скрининзи: 1. Депресија – 3737 2. ДМ – 3081 3. КВБ – 2459 4. Карцином колона – 6941 5.Спровођење Имунизације 5210	Скрининзи: 1. Депресија-3405, 91.11% 2. ДМ – 1698, 55.11 % 3. КВБ- 741, 30,13% 4. Карцином колона -3933, 56,66% 5. Спровођење имунизације 5875, 112.76%	Све мере су предузете, осим што је неопходно да се спроводе месечне контроле извршења превентиве од стране шефова у амбуланти. Тромесечне извештаје достављати начелнику Службе.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена.
2.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа	Скрининзи: 1.Депресија –3737 2.ДМ – 3081 3.КВБ – 2459 4.Карцином колона – 6941 5.Спровођење Имунизације 5210 Превентивни прегледи: 1. Од 19-34 године- 1587 2. 35 година и више- 7711	Скрининзи: 1. Депресија-3405, 91.11% 2. ДМ – 1698, 55.11 % 3. КВБ- 741, 30,13% 4. Карцином колона -3933, 56,66% 5. Спровођење имунизације 5875, 112.76% 1. Превентивни преглед 19-34 год- 1036, 65.28% 2. Превентивни преглед 35 год и више-4936, 64.01%	Све мере су предузете, осим што је неопходно да се спроводе месечне контроле извршења превентиве од стране шефова у амбуланти. Тромесечне извештаје достављати начелнику Службе.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена.
3.	Критеријум 1.3 Превентивни прегледи се планирају, а пацијенти се	Скрининзи: 1.Депресија –3737	Скрининзи: 1. Депресија-3405, 91.11% 2. ДМ – 1698, 55.11 %	Све мере су предузете. Пацијенти се контактирају телефоном, заказује се термин доласка код	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона,

	унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа	2.ДМ – 3081 3.КВБ – 2459 4.Карцином колона – 6941 5.Спровођење Имунизације 5210 Превентивни прегледи: 1. Од 19-34 године- 1587 2. 35 година и више- 7711	3. КВБ- 741, 30,13% 4. Карцином колона -3933, 56,66% 5. Спровођење имунизације 5875, 112.76% 1. Превентивни преглед 19-34 год- 1036, 65.28% 2. Превентивни преглед 35 год и више-4936, 64.01%	изабраног лекара.	Недостатак времена.
4.	Критеријум 1.4 Истражује се и анализира одазив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одазива пацијената	Превентивни прегледи одрслих: Очекује се да број превентивних прегледа буде повећан за 10%	Није постигнут циљ али је урађено више превентивних прегледа него у 2016. години.	Све мере су предузете, осим што је неопходно да се спроводе месечне контроле извршења превентиве од стране шефова у амбуланти. Тромесечне извештаје достављати начелнику Службе.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена
5.	Критеријум 1.5 Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дебелог црева	Очекује се у 2017 години да се извршење повећа за 100%	Карцином колона- 3933, 56,66% од планираног Није достигнут циљ.	Све мере су предузете, осим што је неопходно да се спроводе месечне контроле извршења превентиве од стране шефова у амбуланти. Тромесечне извештаје достављати начелнику Службе.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена.
6.	Критеријум 2.5 Пацијенту, односно породици пацијента пружају се информације о раду организационе јединице	Очекује се да се на свим пунктова поштује процедура о информисаности о раду организационе јединице, сви запослени су упознати, редовно се ажурира сајт Дома здравља.	На огласним таблама у свим организационим јединицама су јасно истакнута сва обавештења за пацијента. Све информације о раду организационе јединице могу се добити и путем телефона, а у другој половини године почео је са радом кол-центар који пружа информације о раду изабраног лекара.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
7.	Критеријум 3.1 Потребе пацијената у смислу примене мера превенције,	Очекује се да се на свим пунктова поштује процедура о информисаности о раду	Медицинска сестра тријажира пацијенте који нису заказали посету изабраном лекару. Лекар	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

	куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу	организационе јединице и поштовање Процедуре о тријажи пацијената.	узима анамнезу, обавља физикални преглед, упућује на додатну дијагностику, обавља или заказује превентивни рад, одређује одговарајућу терапију или упућује на рехабилитацију а учествује у палијативном лечењу и све то уноси у здравствени картон и даље прави план лечења. Половином 2016 године уведен електронски картон па лекар има бољи увид у лечење.		
8.	Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента	Очекује се да се медицинска документација правилно води у 90 % картона	Медицинска документација се води по процедури. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у картон.	Све мере су предузете, осим што ће ове године шефови ажурније контролисати вођење здравствене документације.	Нема потешкоћа. Недостатак времена због вођења електронског и класичног здравственог картона.
9.	Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом или са породицом пацијента. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено	Очекује се да се медицинска документација правилно води у 70 % картона	Медицинска документација се води по процедури. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у картон.	Све мере су предузете.	Обзиром на велики број пацијената а мали број тимова, недовољно је времена да се у картону и евидентира оно што је разговарано са пацијентом као и због вођења двојне документације.
10.	Критеријум 4.3 План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијената	Очекује се потпуно спровођење процедуре.	Сви здравствени радници су упознати са садржајем здравственог картона и протокола болесника где се воде сви релевантни параметри за дијагнозу и лечење	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
11.	Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента	Очекује се потпуно спровођење процедуре.	Резултати контроле вођења медицинске документације су задовољавајући.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

12.	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
13.	Критеријум 5.2 Промена циља лечења се евидентира у здравственом картону	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
14.	Критеријум 5.3 Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
15.	Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијента обавештавају се о промени плана лечења	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
16.	Критеријум 5.5 Промена плана лечења разматра се са пацијентом односно са породицом пацијента	Очекује се да у 55% картона буде сагласност пацијента са печатом.	Очекивани резултат је достигнут.	Све мере су предузете	Нема потешкоћа.
17.	Критеријум 6.1 У здравствени картон се уноси резиме лечења који обухвата: • Разлог за посету • Значајне налазе • Све обављене процедуре • Дијагнозу • Медикаментозну терапију и друге видове лечења	Очекује се да у 55% картона буде сагласност пацијента са печатом.	Очекивани резултат је достигнут.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа

18.	Критеријум 6.2 Обавештење о упућивању или пријему пацијента у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.	Очекује се да информације постоје у 75% картона.	Имплементацијом електронског картона добили смо бољи увид у кретање пацијента у здравственом систему.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
19.	Критеријум 6.5 Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе	Очекује се да информације постоје у 75% картона.	Имплементацијом електронског картона добили смо бољи увид у кретање пацијента у здравственом систему.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
20.	Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента	Очекује се да сваки појединац преузме одговорност за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента, да буде упознат са процедурама и да се поштује етички и пословни кодекс.	Састанци са запосленима на различитим нивоима. Правовремено преношење информација. Контрола рада свих запослених од стране шефа, начелника и одговарајућих комисија за праћење квалитета и безбедности на раду. Спроводи се контрола рада у оквиру Службе (вођење медицинске документације, контрола стерилизације, контрола вођења евиденције о медикацијама, руковање наркотицима, одржавање и евиденција одржавања хигијене)	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

Извештај урадили:

Тим опште медицине
Прим. др Наташа Николић, вођа Тима

Датум

28.01.2018.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017. Тим за здравствену заштиту деце и омладине

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са законом Потребно је поштовање законских одредби при планирању и обављању превентивних прегледа Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа: -систематски прегледи -циљани прегледи	1. Све усвојене процедуре се примењују у пракси 2.Повећање процента систематских прегледа за 10% у Служби за здравствену заштиту школске деце	- Поштовање задатог плана превентивних прегледа и процедуре - Извршење се прати периодично, на три месеца, подаци се достављају Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада - Извршење за 2017.г у оквиру целе педијатријске службе износи 88,28 %, а према показатељима квалитета, проценат превентивних прегледа у укупном броју посета код лекара показује повећање 18,68% у односу на претходну годину 17,85%	Све мере и активности предузете	Тешкоће у позивању због промене бројева телефона родитеља. У првом кварталу 2017.године, велики број куративних прегледа због акутних респираторних инфекција и појаве грипа.
2.	Критеријум 2.2 Обавља се тријажа на месту контакта, како би пацијент био збринут	Сви запослени поштују процедуре за пријем и тријажу пацијената Повећање заказаних прегледа у куративи за 30%,	- Први куративни преглед у педијатрији се не заказује -Поштује се процедура о заказивању прегледа - Унутрашњим стручним надзором здравствених картона и медицинске документације	Све мере и активности предузете	Нема тешкоћа у заказивању, у 10% случајева не поштује се заказан термин прегледа

	Критеријум 3.2 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање на дијагностичке тестове(лабораторија, дијагностичка снимања) Критеријум 3.3 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање лекару специјалисти Критеријум 3.4 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе Критеријум 3.5 Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпугу из друге здравствене установе Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом, односно порордицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено	. Све усвојене процедуре се примењују у пракси 2. Јасно приказан план лечења у 90% контролисаних здравствених картона 3. План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу 4. Уз писани план лечења евидентирана сагласност родитеља у 100% контролисаних картона 5. У раду потуно примењени водичи добре клиничке праксе	утврђено повећање заказаних контролних куративних прегледа за 20 % Сви запослени поштују процедуру вођења здравственог картона и медицинске документације. Увођењем електронског картона у свакодневни рад запослених потуно испоштована процедура, јер електронски картон садржи све потребне параметре. Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање адекватно уписаних потреба за лабораторијским анализама, као и специјалистичким прегледима, сви извештаји, са бројем прописаних упута кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум
--	---	--	---	--	--

3.	Критеријум 4.3 План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента	. Све усвојене процедуре се примењују у пракси 2. Јасно приказан план лечења у 90% здравственом картону 3. План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу	Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; сви извештаји кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум.
4.	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира Критеријум 5.2 Промене циља лечења евидентирају се у здравственом картону Критеријум 5.3 Промене у плану лечења евидентирају се у здравственом картону Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијената обавештавају се у променама у плану лечења Критеријум 5.5 Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента	Сви запослени упознати са прописима и процедурама вођења медицинске документације и у потпуности их поштују 2. У 90% контролисаних здравствених картона јасно уписани сви параметри	Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; сви извештаји кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум

	Критеријум 6.1 У здравствени картон пацијента уноси се резиме лечења који обухвата: -разлог за посету -значајне налазе -све обављене процедуре -дијагнозу -медикаментну терапију и друге видове лечења	Потпуно и јасно вођење здравственог картона и медицинске документације У 90% контролисаних здравствених картона уписани уписани сви подаци	Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; сви извештаји кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум
	Критеријум 8.1 Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана Критеријум 8.4 Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијената Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената	Сви запослени упознати са активностима ДЗ, Планом унапређења квалитета рада и параметрима за праћење квалитета рада, као и анализом истих и предлажу мере за унапређење квалитета рада	За службу направљен План и програм унапређења квалитета рада, на основу Плана и програма унапређења квалитета рада Дома здравља а у сарадњи свих запослених	Све мере и активности предузете	Запослени учествују у плану унапређења квалитета рада, и упознати са активностима ДЗ, што потврђују извештаји и записници са колегијума.

План урадили:

Тим за здравствену заштиту деце и омалдине
Др Мирјана Илић – вођа тима

Датум
28.01.2018.г

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017. Тим за здравствену заштиту жена

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
2.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа: - систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу, - Циљани прегледи Спровode се скрининг програми за рано откривање карцинома дојке Повећати обухват циљаних прегледа одређене популације на скрининг за карцином дојке	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – повећати за 3% у односу на претходну годину. Превентивни преглед у вези са планирањем породице – повећати за 5% у односу на претходну годину. Превентивни преглед трудница – повећати за 5% у односу на претходну годину. Психофизичка припрема трудница за порођај –обухват 680 трудница Превентивни преглед породиља – повећати за 5% у односу на претходну годину. Примена процедура у свакодневном раду Праћење одазива	У току 2017.године проценат превентивних прегледа износио је 75.73% Скрининг/рано откривање рака грлића материце код жена 25 – 64 године – 4397, што је 62.25% Скрининг на карцином дојке код жена од 50 -69 година – 1073, што је 23.42% Превентивни преглед у вези са планирањем породице – 1943, што је 90.63% Превентивни преглед трудница – 1434, што је 95.56% Психофизичка припрема трудница за порођај – 657, што је 96.61% Превентивни преглед породиља – 931, што је 44.79% Позивање се обавља по усвојеној процедури Одазив пацијенткиња се редовно прати	Неопходно је интензивирати позивање пацијенткиња на превентивне прегледе како би остварили планирано Пацијентима се још увек не заказују прегледи преко кол центра Од Дома здравља Крагујевац тражили смо и очекујемо бежичне фиксне телефоне како би олакшали позивање жена	Анализом одазива утврдили смо да је у просеку био лош. Разлози лошег одазива би били: -Губитак здравственог осигурања, наводно обављени превентивни прегледи у приватној пракси, непознати разлози, страх од добијања лошег резултата тј. лоша информисаност о значају превенције -непозивање преко кол центра -нетачни бројеви телефона -нетачне адресе

3	Критеријум 1.3 Превентивни прегледи се планирају, а пацијенткиње се унапред, писменим путем обавештавају о датуму прегледа. Установити систем позивања ради бољег одзива на скрининг	Стално унапређење превентивног рада са очекивањем да број превентивних прегледа порасте за 3% у односу на претходну годину Повећање одазива пацијенткиња на скрининг на карцином грлића материце за 3% у односу на 2016.годину(скрининг /рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 године - 5600) Скрининг на карцином дојке код жена 50'69 година - 1960	Скрининг/рано откривање рака грлића материце код жена 25 – 64 године – 4397, што је 62.25% Скрининг на карцином дојке код жена од 50 -69 година – 1073, што је 23.42% Пацијентима се још увек не заказују прегледи преко кол центра	Пацијентима се још увек не заказују прегледи преко кол центра Од Дома здравља Крагујевац тражили смо и очекујемо бежичне фиксне телефоне како би олакшали позивање жена	Непозивање преко кол центра Нетачни бројеви телефона Нетачне адресе Недовољна информисаност о значају превентивних прегледа
4	Критеријум 1.4 Истражује се и анализира одзив пацијенткиња на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одзива пацијенткиња. Вршити анализу одазива	Стално праћење и унапређење квалитета превентивног рада Стално унапређење превентивног рада са очекивањем да број превентивних прегледа порасте за 3% у односу на предходну годину. Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – повећати за 3% Повећање степена информисаности пацијенткиња Стално праћење и унапређење квалитета превентивног рада. Све усвојене процедуре се примењују у пракси.	Превентивни гинеколошки преглед – План – 5092 Одазив – 3300 Скрининг на рано откривање рака грлића материце: План – 5600 Одазив – 4397 Скрининг на карцином дојке: План – 1960 Одазив - 1073	Шеф и главна медицинска сестра да анализирају месечни одазив пацијенткиња на све врсте превентивних прегледа и да дају предлоге тимовима који имају нешто нижи одазив како би се исти побољшао и уједначио на нивоу службе Начелник и главна сестра да дају предлоге за побољшање одазива на све превентивне прегледе на свака три месеца	Служба за здравствену заштиту жена постоји на шест пунктова који су умрежени и раде у ИЗИСУ од септембра 2016. Па је било потешкоћа у погледу информисаности и доступности квалитета рада службе
7	Критеријум 2.5 Пацијенткињи, односно породици пацијенткиње пружају се информације о раду организационе јединице.	Сви запослени мотивисани и едуковани да дају све неопходне информације. Што боља информисаност пацијенткиња. Све усвојене процедуре везане	Све важне информације везане за рад службе јасно истакнуте на свим огласним таблама службе за здравствену заштиту жена		Служба за здравствену заштиту жена постоји на шест пунктова који су умрежени и раде у ИЗИСУ од септембра 2016. Па је било

	Омогућити бољу доступност информација	за информисаност пацијената се примењују.			потешкоћа у погледу информисаности и доступности квалитета рада службе
8	Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијенткиње Евидентирати план лечења у здравственом картону	Све усвојене процедуре везане за евидентирање у картону се примењују	Сви лекари јасно у својим здравственим и електронским евидентирају план лечења пацијената и о истом их обавештавају	Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма раду службе	
9	Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијенткињом, односно породицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено. У здравственом картону евидентирати да је обављено разматрање са породицом	Све усвојене процедуре везане за евидентирање у картону се примењују.	У здравственим и електронским картонима лекар пише план лечења пацијента, исти саопштава пацијенту или члану породице а они својим потписом потврђују да су о томе обавештени		
10	Критеријум 4.6 Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга. Едуковати запослене о значају Етичког кодекса	Поштовање Етичког кодекса од стране запослених.	На првом колегијуму лекара и сестара у служби увек се прочита Етички кодекс понашања када се сви запослени још једном упознају са садржајем истог што сви присутни својим потписима и потврде		
11	Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентира се у здравственом картону пацијенткиње. Све релевантне информације неопходне за лечење евидентирати у здравственом картону	Све усвојене процедуре се примењују у пракси. Електронски картон јасно осликава процесе евидентирања и праћења рада	Шеф и главна сестра једном месечно обилазе један пункт и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри за лечење пацијента		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма

12	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира. Анализа плана лечења није јасно документована Препоручује се примена процедуре за вођење здравственог картона	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.	Шеф и главна сестра једном месечно обилазе један пункт и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри за лечење пацијента		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма
13	Критеријум 5.2 Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону. Промена циља лечења нејасно документована Препоручује се примена уведених процедура	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.	Шеф и главна сестра једном месечно обилазе један пункт и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри за лечење пацијента		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма
14	Критеријум 5.3 Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону. Промена у плану лечења није довољно јасно документована Препоручује се јасна документација промене у плану лечења	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.	Шеф и главна сестра једном месечно обилазе један пункт и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри за лечење пацијента		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма
15	Критеријум 6.1 У здравствени картон пацијенткиње уноси се резиме лечења који обухвата • Разлог за посету, • Значајне налазе, • Све обављене процедуре, • Дијагнозу, Медикаментну терапију и друге видове лечења	Све усвојене процедуре се мењују у пракси Електронски картон, унутрашњи надзор и редовни састанци Службе воде унапређењу процеса	Шеф и главна сестра једном месечно обилазе један пункт и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри за лечење пацијента		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма
16	Критеријум 6.5 Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.	У здравствени и електронски картон пацијенткиње по завршетку лечења уноси се резиме лечења са фотокопијама отпусних листа		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма

	установе. Унапредити примену критеријума		пацијенткиње		
17	Критеријум 8.2 Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. Сачинити план унапређења квалитета на нивоу службе	Унапређење задовољства запослених и унапређење задовољства корисника пружањем здравствених услуга. Сви запослени у Служби за здравствену заштиту жена упознати са Планом за унапређење квалитета рада и параметрима за праћење квалитета рада као и анализом истих	Члан Комисије за квалитет из редова запослених у служби обавештава о свим променама на нивоу установе и помаже нам при прављењу годишњег плана везаног за квалитет		

Извештај урадили:
Тим службе за здравствену заштиту жена
Начелник службе: Др. Ивица Магдић
Главна сестра службе: ВМС Јелена Стојановић

Датум
28.01.2018.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017. Тим за специјалистичко консултативну службу

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1	Критеријум 8.5 Показатељи квалитета рада и безбедност пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности за унапређење квалитета Одредити податке који се прикупљају за праћење показатеља квалитета рада, као и методе које ће се користити за све специјалистичке службе	Одређени су ПОДАЦИ који се прикупљају за сваки од показатеља и методе које се користе приликом прикупљања тих података Просечна дужина чекања на заказан први преглед краћа од 30 2016 - ОЧНО 28,66 дана, УЗ 42,42 дана ЦИЉ да скратимо дужину чекања ОЧНО-20 дан УЗ-30 ДАНА Да се повећа % заказаних пацијената ОЧНО 35-40%	План није достигнут у Одељењу за офталмологију, прегледи се оваљају у већини случајева истог дана		

Извештај урадили:

Тим за специјалистичко консултативну делатност

Др Љиљана Дугић, вођа тима

Датум

28.01.2018.

Директор

Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017. Тим за поливалентну патронажу

Ред. број	Предмет унапређења	Очекивани резултат	Достигнути резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/ препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријуми Све процедуре које су донете се користе у раду и редовно се врши контрола поштовања истих Неопходно је донете процедуре поштовати и примењивати у свакодневном раду	Процедуре се примењују у редовном раду, квартални извештаји о квалитету рада службе	Редовни интерни извештаји о раду службе, састанци главне сесте и надзорних сестра у пунктовима службе, али и са свим запосленим. Поштоване су процедуре у раду .	Предузете су све планиране мере и активности	Ревидирање постојеће процедуре П516-1 и П517-1 . Отворен протокол за вођење евиденције о упућивању пацијената у другу организациону јединицу Дома здравља, другу здравствену установу или друге установе, почев од 02.01.2018.г. ЦИЉ: Унапређење квалитета рада Критеријума 3.4

Извештај урадили:
Тим за поливалентну патронажу
ВМС Славица Николић ,вођа тима

Датум
28.01.2018.год.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије
Датум последње акредитациске посете: 31.05.2017. Тим за радиолошку дијагностику

Р. бр	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности Које нису предузете	Утврђене тешкоће-препреке
1.	Критеријум 1.4 Организациона јединица доноси годишњи план рада. • План је базиран на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе. • Планом су предвиђене: - врста услуге, - начин обављања основних делатности организационе јединице и - мерљиви и остварљиви циљеви. • Спровођење плана редовно се прати	Унапређење квалитета рада , брига за безбедност пацијената Повећање броја скрининг мамографија	План испуњен у високом проценту		Недовољан број радиолога едукованих за мамографске прегледе
2.	Критеријум 2.2 План дијагностичких процедура и лечење пацијената су засновани на потребама пацијента.	Унапређење и побољшање рада у служби.	Ревидиране процедуре и прилагођене лечењу пацијената према исказаним потребама		
3.	Критеријум 4.2 Водичи, упутства, протоколи и процедуре су усвојени и редовно се ревидирају и модификују и запослени су упознати са њима. Ревидирати по потреби процедуре у раду	Унапређење и побољшање рада у служби	Ради се према усвојени процедурама и према Методологији скрининга рака дојке у оквиру Националног програма за превенцију рака дојке.		
4.	Критеријум 8.1 Организациона јединица има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. Планом идентификовати	Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.	Урађен План за бољу организацију и усмеравање пацијената по дијагностикама - огласна табла.		

	области за унапређење		Састанци запослених на тему унапређења квалитета.		
5.	Критеријум 8.2 Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента Израдити план унапређења квалитета рада по областима	Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.	Састанци запослених на тему унапређења квалитета.		
6.	Критеријум 8.3 Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. Установити показатеље квалитета рада које треба пратити на нивоу службе	Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.	Показатељи се прате квартално, анализира се извршење и предлажу мере за унапређење у случају потребе		
7.	Критеријум 8.4 Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. Упознати запослене са активностима на унапређењу квалитета рада	Да сви запослени буду упућени у план унапређења квалитета рада	Редовно се одржавају састанци запослених на тему унапређења квалитета.		
8.	Критеријум 8.6 Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао Предузимати активности на унапређењу задовољства запослених	Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства запослених.	Ради се анализа задовољства запослених и пацијената и предлажу мере за унапређење		

План урадили:
Тим за дијагностичку радиологију
Др Светлана Маринковић

Датум
28.01.2018.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017. Тима за лабораторијску дијагностику

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1	Просторије организационе јединице лабораторијске дијагностике испуњавају услове за пружање услуга. • Просторије се налазе на одговарајућим местима и функционалне су. • Распоред просторија омогућава добру комуникацију међу запосленима као и са корисницима услуга. • Простор је пројектован тако да омогућава: - ефикасан рад, - удобност лицима који бораве у њему, - смањење ризика од повреда и професионалних обољења. • Простор за сакупљање примарног узорка прилагођен је особама са инвалидитетом и омогућава њихову приватност. • У организационој јединици лабораторијске дијагностике постоје одговарајуће и адекватно обележене просторије за пријем, отпремање и руковање узорцима, укључујући и простор за високоризичне узорке. •	Централизована лабораторија са већим простором и могућношћу повезивања са осталим лабораторијама по одређеним стандардима Унапређење квалитета рада и безбедности пацијената и запослених	У току су преговори са локалном управом о обезбеђењу локације и финансијских средстава за изградњу централизоване лабораторије Дома здравља	Није урађена пројектна документација	Недостатак финансијских средстава

	Постоје одговарајуће просторије за складиштење узорака, реагенаса, лабораторијског потрошног материјала, опреме и документације, укључујући и одвојен простор за чување високоризичних узорака који су адекватно обележени. • Простори организационе јединице лабораторијске дијагностике у којима се одвијају некомпатибилне активности су одвојени. • Врши се контрола температуре, стерилности, влажности, буке, вибрација, електричног напајања. Простор није прилагођен за особе са инвалидитетом, на другом спрату, без лифта Обезбедити простор у складу са критеријумом				
	Критеријум 5.2 Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторије и усклађености са потребама организационе јединице. • Процена ће утврдити недостатке и мере за отклањање истих. Критеријум увести у примену	Унапређење квалитета рада и безбедности пацијената и запослених	Ради се редовна контрола процене стања просторија У току су преговори са локалном управом о обезбеђењу локације и финансијских средстава за изградњу централизоване лабораторије Дома здравља		

	Критеријум 8.1 Организациона јединица лабораторијске дијагностике има план за стално унапређење квалитета рада и безбедност пацијента. Планом се идентификују: • области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити, • систем спречавања настанка грешака при чувању, издавању и руковању реагенсима, • процедуре контроле квалитета. Усталити праксу	Побољшање квалитета рада и безбедности(спречавање контаминације биолошких узорака , хемоллизе, смањивање утицаја спољашњих фактора)	Добијен сертификат о квалитету од Бриселске контроле		
--	--	--	---	--	--

Извештај урадили:

Тим за лабораторијску дијагностику
др сци мед Верољуб Кнежевић

Датум
28.01.2018.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: **31.05.2017.** Тим за заштиту животне средине

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекивани резултат	Достигнути резултати	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2		3	4
1.	Критеријум 20.1 Стерилизатори су смештени у засебну зону у односу на зону обраде	Адекватна стерилизација	Према просторним могућностима стерилизатори су издвојени у засебну зону у односу на зону обраде, где то није могуће зоне су процедурама временски одвојене	У складу са просторним и материјалним могућностима ДЗ, потребно је обезбедити стерилизацију у складу са прописима у појединим пунктовима.	Услед финансијске ограничености није могуће формирати централну стерилизацију

План урадили:

Тим заштите животне средине
Славица Вукосављевић, вођа тима

Датум
25.01.2018.год.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017 Тим за људске ресурсе

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1	Критеријум 6.2 Сви законски и владини захтеви за очување здравља и заштите на раду запослених се поштују	Сигурнији и безбеднији рад запослених	Извештаји о обављеним прегледима и контролама у складу са законом и правилником	Све потребне мере и активности су предузете.	Нема потешкоћа

Извршење урадили:
Тим за Људске ресурсе
Драгана Манасијевић, вођа тима

Датум
28.01.2018.год.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017. Тим за управљање информацијама

Р.бр	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 1.1 Садржај здр.документације урађен је према смерницама Владе РС Наставити са активностима које унапређују вођење медицинске документације.	Медицинска документација се води у складу са законском регулативом Правовремено информисање запослених о променама у законској регулативи за вођење мед. документације Тим за УИ отклања евентуалне неправилности по процедури, обезбеђена сва мед.документација Правовремено уочавање неправилности и њихово отклањање Примена и поштовање усвојених процедура	1.Сва медицинска документација се води у предвиђеним протоколима, књигама евиденција и обрасцима. Редовне месечне контроле се спроводе од стране начелника служби,квартално достављају Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада. Ванредне контроле квалитета стручног рада на предлог директора и Комисије за унапређење квалитета рада спроведене у Служби кућног лечења, ПП, лабораторијској дијагностици и служби за ззж. 2.Уведено је прослеђивање информација Е-путем, додељене су е-маил адресе одговорним лицима. 3. Уведено је Е-пословање у Р.заједници и процедура Прати се сајт Сл.гл.РС и све промене се благовремено достављају уз потпис на Евиденционом листу	Поједини радни процеси који се односе на административни рад нису у потпуности покривени е-пословањем	Сви запослени морају бити у потпуности информисани са свим новим инструкцијама и правилницима уз потпис присуства састанку што није у потпуности испоштовано па се мора уредити посебном процедуром
2.		У свим објектима ДЗ уведен Ел.здравствени картон Ефикаснији рад услед	1.Уведен Е-картон у свим организационим јединицама ДЗ. 2. Уведен Лабораторијски информациони систем у свим	Набавка нове рачунаске опреме и периферних уређаја	Опрема технолошки застарела, чести кварови рачунара и штампача, недостатак финансијских средстава за занављање технолошке опреме.

	Критеријум 1.2 Уколико је уведена електронска документација, урађена је према предвиђеним стандардима МЗ Натавити са имплементацијом електронског картона који се сада неједначено примењује	брже доступности података, прослеђивање информација и обавештења електронским путем, електронско плаћање Унапређење квалитета рада, правовремена информисаност, смањење непотребног штампања и копирања материјала	организационим јединицама ДЗ. 3. Уведен нови софтвер за административне послове (магацин, књиговодство, кадрови, обрачун зарада) и у потпуности имплементирано електронско плаћање. 4. Сви објекти ДЗ умрежени, стари сервери замењени новим 5. Информације и обавештења се прослеђују Е-путем у организационе јединице, у Р. заједници уведено е-пословање по процедури. 6. Све информације се прослеђују Е-путем 7. Усвојен акт о безбедности информација у складу са Законом 8. Усвојен План интегритета установе у складу са Законом.		
3.	Критеријум 1.4 По отпustu пацијената здравствена документација се комплетира и у предвиђеном року архивира Наставити са активностима на даљем унапређењу система архиве	Сва документација се архивира према усвојеним процедурама Поштовање и примена процедура Сprovedена едукација и доедукација у Градском архиву Подизање ефикасности рада, бржи приступ подацима	1. Формирана Централна архива, сва документација се архивира према усвојеним процедурама, систематизована радна места за 3 архивара, према Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији.		

4.	Критеријум 2.4 Подаци добијени помоћу показатеља се: • сакупљају, • сумирају, • анализирају и тумаче, • презентују по налогу, • користе за унапређење рада. Користити прикупљене податке за унапређење квалитета рада	Активно укључивање запослених у процес прикупљања података за процес унапређења квалитета рада	Сви запослени активно укључени у процес прикупљања података за процес унапређења квалитета рада		
----	---	--	---	--	--

Извештај урадили:
Тим за управљање информацијама
др Нада Миловановић, вођа тима
Дејан Стевановић, информатичар

Датум
28.01.2018.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 31.05.2017.. Тим за руковођење

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 2.1 Оперативни план се заснива на стратешком плану	Веће учешће свих релевантних фактора у изради Оперативног плана Усвојен Оперативни план	Сви запослени за које је процењено да треба да буду укључени у процес израде ОП били су и укључени.	Све активности су реализоване	Недостатак финансијских средстава за набавку свих предложених добара и опреме
2.	Критеријум 2.4 План се доставља свим организационим јединицама	Детаљније упознавање свих запослених са Оперативним планом	Сви руководиоци у Дому здравља су упознати са усвојеним ОП са задатком да своје запослене такође упознају.	Све активности су реализоване	
3.	Критеријум 4.3 Прати се квалитет производа од добављача у погледу ризика	Сва добра која се набављају морају да поседују потребну документацију	У поступку Јавних набавки искључиво се набављају добра и услуге који задовољавају све стандарде.	Све активности су реализоване	Недостатак финансијских средстава
4.	Критеријум 8.1 Утврђене су политика и процедуре рада здравствене установе	Поштовање усвојених процедура и протокола у свакодневном раду	Праћене су све законске измене и у складу са са њима процедуре су ревидиране. Такође су ревидиране и у складу са потребама корисника услуга како би самим корисницима била пружена квалитетнија здравствена заштита.		Све активности су реализоване

			Усвајане су нове процедуре Унутрашња и спољашња контрола показује да запослени поступају у свакодневном раду по усвојеним процедурама и протоколима		
	Критеријум 9.5 Постоје и спроводе се едукативни програми за запослене у вези са правима пацијената	Што већи број запослених укључен у едукативне програме	Сви запослени су остварили потребан број за лиценцирање План стручног усавршавања се спроводи према Плану	Запоселни се едукују о области права пацијената	Све активности су реализоване

Извршење Плана урадили:
Тим за руковођење
Прим др Славица Лончар, вођа Тима

Датум
28.01.2018.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије
Датум последње акредитацијске посете : 31.05.2018. Тим за управљање

Р. Бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Критеријум 2.3 Управни одбор врши контролу и ревизију стратешког плана најмање једном у три године	Стратешки план за период 2017 - 2021.	Донет Стратешки план за период 2017-2021. Стратешки план усвојен на 18.седници Управног одбора 30.05.2017. године	Планиране мере и активности су испуњене	
2.	Критеријум 5.2 Управни одбор врши процену свог рада најмање једном годишње.	Редовно одржавање седница УО Годишњи извештај УО достављен НО	Седнице УО се редовно одржавају Годишњи извештај доставље НО у предвиђеном року	Планиране мере и активности су испуњене	

Извештај урадили:
Тим за управљање
Надежда Ристић, вођа тима

Датум
25.01.2018.

Директор
др Василије Антић