ФИЛИЈАЛА РЗЗО: ____ *ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: _Крагујевац___*

ИНТЕГРИСАНИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА ЗА __I-XII 2018. 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.	Повећање процента превентивних прегледа у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва у односу на укупан број прегледа (у 2017.год 3,92%)	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 2018.год је 3,64		План није испуњен, обим пружених превентивних прегледа у равни са претходном годином Увођење нових атрибута у току извештајног периода, отежавао је правилно приказивање пружених услуга.
2.	Повећање процента регистрованих корисника старијих од 50 год којима је урађен тест на крвављење у столици (у 2017.год 10,69 %)	Повећање процента упућених пацијената старијих од 50 год на ФОБ тест за 3%	Проценат регистрованих корисника старијих од 50 год којима је урађен тест на крвављење у столици је 6,56% у 2018.год.		План није испуњен, обим пружених превентивних прегледа мањи него претходне године Увођење нових атрибута у току извештајног периода, отежавао је правилно приказивање пружених услуга. Недовољно позивање на ову врсту превентивних прегледа
3.	Повећање процента оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна у	Повећање процента оболелих од шећерне болести који су	Проценат оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног		

	Служби за здравствену заштиту одраслих (у 2017 год 3,82%)	упућени на преглед очног дна за 5-7%.	дна 8,69%. Критеријум испуњен у потпуности		
4.	имунизацијом (у 2017.год Повећање обухвата деце у 15. години живота комплетном 88,15%)	Повећање обухвата деце у 15. години живота комплетном имунизацијом за 1-2%	Обухват деце у 15. години живота комплетном имунизацијом је 100%. Критеријум испуњен у потпуности.		
5.	Повећање процента корисница од 25-69 година обухваћених скринингом на карцином грлића материце (у 2017.год 10,76%)	Повећање процента корисница од 25-69 год обухваћених скринингом на карцином грлића материце за 2%.	Проценат корисница од 25-69 год обухваћених скринингом на карцином грлића у 2018. години износу 12,57%. Критеријум испуњен у потпуности.		
6.	Одржавање нивоа просечног броја патронажних посета особама старијим од 65 година (у 2017. год. 0,15)	Одржавање нивоа из претходне године	Просечан број посета у 2018. години особама старијим од 65 година је 0,14	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 2017.год 31,9% корисника који не знају).	Смањење процента корисника који не знају на који начин могу да промене изабраног лекара у општој медицини за 2%	У 2018.год 27,4% корисника се слагало са изјавом да никада не заказује преглед. Критеријум испуњен у потпуности.		
2.	Смањење процента корисника у служби опште медицине који се слажу или делимично слажу да морају дуго да чекају у чекаоници да посете лекара (у 2017год. 32,2% се слаже, док се 37,2% делимично слаже)	Смањење процента корисника у служби опште медицине који се слажу или делимично слажу да морају дуго да чекају у чекаоници да посете лекара за 3-5%	Проценат корисника у служби опште медицине који се слажу или делимично слажу да морају дуго да чекају у чекаоници да посете лекара у 2018. години износи 73,3%.		План није испуњен. И поред успостављеног система ИЗИС заказивања, евидентно је да је број пацијената по лекару већи од оног који је препоручен табелом мера извршења.
3.	Смањити проценат оних који се не слажу да лекар познаје њихову личну ситуацију у службама педијатрије (у 2017. години 28,2% се не слаже)	Смањити проценат оних који се не слажу да лекар познаје њихову личну ситуацију за 2-3%	Проценат оних који се не слажу да лекар познаје њихову личну ситуацију у службама педијатрије у 2018. години износи 10%. Критеријум испуњен у потпуности		
4.	Смањење процента корисника у служби за здравствену заштиту жена који се слажу или делимично слажу да морају дуго да чекају у чекаоници да посете лекара (у 2017.год. 27,1% се слаже, док се 35,5% делимично слаже)	Смањење процента корисника у служби за здравствену заштиту жена које се слажу или делимично слажу да морају дуго да чекају у чекаоници да посете лекара за 2-4%	Проценат корисника у служби за здравствену заштиту жена које се слажу или делимично слажу да морају дуго да чекају у чекаоници да посете лекара у 2018. год. укупно, износи 74,4%.		План није испуњен. И поред успостављеног система ИЗИС заказивања, евидентно је да је потребно унапређење у овој области

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 уважавањем и вредновањем рада. У 2017. години уважавањем и вредновањем рада веома незадовољно 13,3%, назадовољно 17,2%, ни задовољно ни незадовољно 24%, задовољно 34,8% и веома задовољно 10,6%.	Смањење укупног процента веома незадовољних, незадовољних и ни задовољних ни незадовољних за 5-7% (у 2017. години 54,5%)	Укупан проценат веома незадовољних, незадовољних и ни задовољних ни незадовољних у 2017. години 56,8%. Критеријум није испуњен		Вредновање рада запослених у здравственим установама зависи од законских и подзаконских аката на које ни један појединац не може да утиче. Препреке су велике измене у вођењу електронске документације и нејасне инструкције
2.	Смањење процента запослених који су приликом обављања посла напети, под стресом или притиском (у 2017. години да није под стресом изјаснило се 8,9%, под малим 14,4%, умереним 34,6%, великим 21,3% и веома великим 20,8%)	Смањење оних који су приликом обављања посла напети , под стресом или притиском за 5-7% (укупан проценат оних који су умерено, много и веома много под стресом или притиском у 2017. години износи 76,7%)	Укупан проценат оних који су умерено, много и веома много под стресом или притиском у 2018. години износи 79%). Критеријум није испуњен	Организована предавања, као и ваниституционалне активности.	Иако план није испуњен, евидентно је да је проценат оних који су под веома великим стресом 14,6%, што је мање, а у корист оних који су под умереним стресом 41,9%. Наставити са активностима
3.	Подизање степена задовољства запослених руковођењем и организацијом рада установе. Задовољних је 41,6%, веома задовољних 11,5%, ни задовољних ни незадовољних 25,5%, незадовољних 12,3% и веома незадовољних 8,2%.	Смањење процента незадовољних и процента неодлучних за 3-5%.	У 2018.год показало да је задовољних 38,6%, веома задовољних 19,0%, ни задовољних ни незадовољних 24,1%, незадовољних 11,2%, а веома незадовољних 5,3%. Смањење процента незадовољних и неодлучних за 5,4%. Критеријум испуњен у потпуности.		

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

Датум редовне провере: __13.11.2017.

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	Набавка недостајуће опреме у службама. за здравствену заштиту деце предшколског узраста и школског узраста	Набавка пулсних оксиметара	Набављени пулсни оксиметри, за све пунктове служби. Критеријум достигнут.		
2.	Унапређење радног простора у службама за здравствену заштиту деце предшколског и школског узраста	Уређење простора	У току је адаптација простора према препорукама спољних надзорника		
3.	Набавка опреме у служби за здравствену заштиту жена	Набавка ултразвучног апарата	Набавка ултразвучног апарата са вагиналном сондом. Критеријум достигнут.		
4.	Планирање набавке опреме (апарат за класичне радиографије) у служби радиолошке дијагностике	Израда пројекта	Интензивирање пројектних активности за набавку апарата Критеријум није достигнут у потпуности.		Кратак временски рок за аплицирање у 2018. години
5.	Едукација радиолога за скрининг мамографију	Едукован радиолог за скрининг мамографију	Упућивање радиолога на едукацију из области дијагностике дојке		
6.	Проширење простора у оквиру грађевинско техничких могућности у служби за ЛАБ дијагностику	Адаптација и проширење простора	За сада функционална адапатација једног пункта службе за ЛАБ дијагностику		
7.	Унапређење кадровске структуре у служби за ЛАБ дијагностику	Унапређење кадровске структуре у служби ЛАБ дијагностике	Обраћање Комисији за кадрове и Комисији Владе за занављање кадра у служби ЛАБ. дијагностике		Одобрен пријем на неодређено 1 лаб техничара, али без сагласности Комисије за кадрове МЗ нема уговарања
8.	Набавка офталмолошких инструмената и апарата	Набавка офталмолошких инструмената и апарата који су наведени у извештају спољних надзорника	Набавка офталмолошких апарата за услуге које се обављају на примарном ниво здравствене заштите и које су уговорене са		

			РФЗО-ом. За набавку остале опреме неопходна је сагласност за нове здр. технологије		
9.	Унапређење кадровске структуре у одељењу социјалне медицине са информатиком	Ангажовање медицинског кадра (вишег и средњег) у одељњу социјалне медицине са информатиком	Усвојена измена Статута Дома здравља Крагујевац 23.02.2018. године по коме одељење социјалне медицине саинформатиком организационо припада служби за специјалистичко-консулативну делатност		Недостатак кадра у ЗУ да би се извршила прерасподела

Табела 4б. 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 заказивања прегледа код изабраних лекара	«Избацивање» одговарајућег броја термина у ИЗИС-у до 5. у месецу за следећи месец за све изабране лекаре	Достављени извештаји директору Дома здравља о бррoју лекара који су „избацили“ своје термине.		
2.	Редовно пријављивање нежељених догађаја у служби за здравствену заштиту школске деце	Уредно пријављивање и евидентирање нежељених догађаја од стране запослених	Нежељени догађаји се пријављују. Критеријум достигнут		
3.	Повећање процента превентивних офталмолошких прегеледа деце у четрнаестој години у одељењу (у 2017.год извршење 65,79%).	Достизање планираног броја деце за 2018.годину-95%	У 2018. години проценат одазване средњошколске деце на обавезне превентивне офталмолошке прегледе деце у четрнаестој години је 85,22%. Критеријум није достигнут у пуном обиму	Све мере су предузете	Неодазивање деце на обавезне превентивне офталмолошке прегледе у четрнаестој години живота
4.	Континуирана едукација запослених	Одржавање броја акредитованих предавања, чији су предавачи из установе, на нивоу из претходне године са тенденцијом раста	Број акредитованих предавања чији су предавачи из наше здравствене установе је 3 у 2018. Критеријум није достигнут	Све мере су предузете	Недовољна мотивисаност запослених
5.	Повећање укупног броја остварених патронажних посета трудницама са високоризичном трудноћом	Достизање планираног броја трудница за 2018.годину	Проценат извршења у односу на задати план рада је 84,78%	Све мере су предузете	

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

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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: Депресија – 4025 ДМ – 2900 КВБ – 1042 Карцином колона – 10000 Спровођење Имунизације - 5976	Скрининзи: Депресија-4136 - 102.76% ДМ – 1812 - 62.48 % КВБ- 472 - 45,30% Карцином колона -2577 - 25,77% Спровођење имунизације 5220 - 87.35%	Све мере су предузете, На месечним састанцима службе разговара се о унапређењу превентивног рада, спроводи се месечно контрола извршења. Тромесечне извештаје достављати начелнику Службе. Тимови на почетку године праве план за спровођење превентивних прегледа.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена.
2.	**Критеријум 1.2** **Превенција се обавља кроз два типа прегледа**	Скрининзи: Депресија – 4025 ДМ – 2900 КВБ – 1042 Карцином колона – 10000 Спровођење Имунизације - 5976 Превентивни прегледи 1. Од 19-34 године- 2340 2. 35 година и више- 5400 3.	Скрининзи: Депресија-4136 - 102.76% ДМ – 1812 - 62.48 % КВБ- 472 - 45,30% Карцином колона -2577 - 25,77% Спровођење имунизације 5220 - 87.35% Превентивни прегледи: 1. Превентивни преглед 19-34 год- 1543 - 65.94% 2. Превентивни преглед 35 год и више-5256 - 97.33%	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 унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа**	Скрининзи: Депресија – 4025 ДМ – 2900 КВБ – 1042 Карцином колона – 10000 Спровођење Имунизације -	Скрининзи: Депресија-4136 - 102.76% ДМ – 1812 - 62.48 % КВБ- 472 - 45,30% Карцином колона -2577 - 25,77% Спровођење имунизације 5220 -	Све мере су предузете. Пацијенти се контактирају телефоном, заказује се термин доласка код изабраног лекара.	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена.

		5976 Превентивни прегледи 3. Од 19-34 године- 2340 4. 35 година и више - 5400	87.35% Превентивни прегледи: 5. Превентивни преглед 19-34 год- 1543 - 65.94% 6. Превентивни преглед 35 год и више - 5256 - 97.33%		
4.	**Критеријум 1.4** **Истражује се и анализира одазив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу пвећања одазива пацијената**	Превентивни прегледи одрслих: Очекује се да број превентивних прегледа буде повећан за 10%	Циљ је достигнут за скрининг на депресију, ДМ и систематске прегледе у обе старосне категорије. Скрининг за КВБ и Ца колона није урађен у задатом оквиру.	Све мере су предузете	Недостатак кадра, Нетачни бројеви телефона, Недостатак времена
5.	**Критеријум 1.5** **Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дебелог црева**	Очекује се у 2018. години да се извршење повећа за 100%	Карцином колона- 2577, 25,77% од планираног Није достигнут циљ.	Све мере су предузете, На месечним састанцима службе разговара се о унапређењу превентивног рада, спроводи се месечно контрола извршења. 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, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања реализују се према**	Очекује се да се на свим пунктова поштује процедура о информисаности о раду организационе јединице и поштовање Процедуре о тријажи пацијената.	Медицинска сестра тријажира пацијенте који нису заказали посету изабраном лекару. Лекар узима анамнезу, обавља физикални преглед, упућује на додатну дијагностику, обавља	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

	приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу		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. Увођењем електронског картона 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 електронско 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 електронско 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**	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.

	анализира				
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:** **3. Разлог за посету** **4. Значајне налазе** **5. Све обављене процедуре** **6. Дијагнозу** 7. **Медикаментозну терапију и друге**	Очекује се да у 55% картона буде сагласност пацијента са печатом.	Очекивани резултат је достигнут.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа

	видове лечења				
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 будеупознат 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
28.01.2019.

Директор
Др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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.Према показатњима квалитета за 2018. повећање извршења превентивних прегледа за 2%	- 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 2018.г у оквиру целе педијатрије према показатељима квалитета, проценат превентивних прегледа у укупном броју посета код лекара показује повећање у односу на претходну годину (2018-18,68%)	Све мере и активности предузете	Тешкоће у позивању због промене бројева телефона родитеља. У првом кварталу 2018.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 **Критеријум 3.2** Утврђује се и евединтира у здравственом картону, потреба за упућивање на дијагностичке тестове(лабораторија, дијагностичка снимања) **Критеријум 3.3** Утврђује се и евединтира у здравственом картону, потреба за упућивање лекару специјалисти **Критеријум 3.4** Утврђује се и евединтира 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 отпусту из друге здравствене установе	Сви запослени поштују процедуре за пријем и тријажу пацијената Повећање заказаних прегледа у куративи кроз електронски картон Све усвојене процедуре се примењују у пракси Јасно приказан план лечења у **90%** контролисаних здравствених картона План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу Уз писани план лечења евидентирана сагласност родитеља у **100%** контролисаних картона У раду потуно примењени водичи добре клиничке праксе	- Први куративни преглед у педијатрији се не заказује -Поштује се процедура о заказивању прегледа, лекар заказује кроз електронски картон, приликом првих прегледа - Унутрашњим стручним надзором здравствених картона и медицинске документације утврђено повећање заказаних контролнх куративних прегледа 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	Све мере и активности предузете Све мере и активности предузете	Нема тешкоћа у заказиваању, у 10% случајева не поштује се заказан термин прегледа Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум

	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		лабораторијским анализама, као и специјалистичким прегледима, сви извештаји, са бројем прописаних упута кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада		
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 Јасно приказан план лечења у **90%** здравственом картону 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**	Сви запослени упознати са прописима и процедурама вођења медицинске документације и у потпуности их поштују У **90%** контролисаних здравствених картона јасно уписани сви параметри	Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; Имплементиран свакодневни рад свих запослених у електронском картону који садржи све потребне параметре. Сви извештаји	Све мере и активности предузете	Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум

	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		кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада		
	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	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 унапређење 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.

	активностима на унапређењу квалитеата рада и безбедности пацијената				

План урадили:
Тим за здравствену заштиту деце и омалдине **Датум** **Директор**
Др Мирјана Илић – вођа тима 28.01.2019.г др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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
1.	Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са законом о здравственом осигурању (Сл.гласник РС бр.107/05 и 109/05-исправка)	Повећање броја обабљених превентивних преглед за 2% у односу на претходну годину Скрининг/рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 године – повећати за 2% у односу на претходну годину Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – повећати за 2% у односу на претходну годину. Превентивни преглед у вези са планирањем породице – повећати за 3% у односу на претходну годину.	У току 2018.године проценат превентивних прегледа износио је 78,73% Скрининг/рано откривање рака грлића материце код жена 25 – 64 године – 3717, што је 58,52% Скрининг на карцином дојке код жена од 50 -69 година – 1181, што је 38,42% Превентивни преглед у вези са планирањем породице – 1915	Неопходно је интензивирати позивање пацијенткиња на превентивне прегледе како би остварили планирано Пацијентима се још увек не заказују прегледи преко кол центра	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

		Превентивни прглед трудница – повећати за 3% 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	што је 82,06% Превентивни преглед трудница – 1430, што је 95.56% Психофизичка припрема трудница за порођај –469 што је 79,56% Превентивни преглед породиља –816, што је 69,80% Позивање се обавља по усвојеној процедури Одазив пацијенткиња се редовно прати		-нетачни бројеви телефона -нетачне адресе
2.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа: 1. систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу, 2. Циљани прегледи Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дојке Повећати обухват циљаних прегледа опредељене популације на скрининг за карцином дојке	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 2960 Примена процедура у свакодневном раду Праћење одазива	Скрининг на карцином дојке код жена од 50 -69 година – 1181, што је 38.42%	Пацијентима се још увек не заказују прегледи преко кол центра Од Дома здравља Крагујевац добили смо бежичне фиксне телефоне како би олакшали позивање жена	Разлози лошег одазива би били: -непозивање преко кол центра -нетачни бројеви телефона -нетачне адресе -недовољна информисаност о значају превентивних прегледа

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	Скрининг кроз рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 године – 5600 Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година - 2960	Скрининг/рано откривање рака грлића материце код жена 25 – 64 године – 3717, што је 58,52% Скрининг на карцином дојке код жена од 50 -69 година – 1181, што је 38.42%	Пацијентима се још увек не заказују прегледи преко кол центра Од Дома здравља Крагујевац добили смо бежичне фиксне телефоне како би олакшали позивање жена	Разлози лошег одазива би били: -непозивање преко кол центра -нетачни бројеви телефона -нетачне адресе -недовољна информисаност о значају превентивних прегледа
4	**Критерујум 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	Редовно одржавање састанака где се прати одазив пацијенткиња на превентивне прегледе и праве планови за побољшање одазива На ниву службе раде се дневни, недељни, месечни,тромесечни,шестомесечни и годишњи извештаји у којима се прати одазив пацијенткиња	Превентивни гинеколошки преглед – План – 5092 Одазив – 4907 Скрининг на рано откривање рака грлића материце: План – 5600 Одазив – 3717 Скрининг на карцином дојке: План – 2960 Одазив - 1181	Шеф и главна медицинска сестра да анлизирају 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

5.	Критеријум 1.6 Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дојке	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година - 2960	Скрининг на карцином дојке код жена од 50 -69 година – 1181, што је 38.42%	Пацијентима се још увек не заказују прегледи преко кол центра Од Дома здравља Крагујевац добили смо бежичне фиксне телефоне како би олакшали позивање жена	Разлози лошег одазива би били: -непозивање преко кол центра -нетачни бројеви телефона -нетачне адресе -недовољна информисаност о значају превентивних прегледа
6	Критеријум 2.1 Прегледи се заказују. Пацијенткиње којима преглед није заказан примају се након тријаже Малолетне пацијенткиње долазе у пратњи родитеља односно старатеља	Прегледи у Служби за здравствену заштиту жена се заказују у ИЗИС-у и телефонским путем свакодневно	У свим пунктовима наставиће се заказивање свих врста прегледа		Проблем код заказивања прегледа по некад представљају хитни случајеви (жене са боловима,крварења), труднице које решавамо добром тријажом од стране тимских сестара
7	**Критеријум 2.5** **Пацијенткињи, односно породици пацијенткиње пружају се информације о раду организационејединице**. Омогућити бољу доступност информација	Све важне информације везане за рад службе јасно истакнуте на свим огласним таблама службе за здравствену заштиту жена Ппацијенткиње могу да закажу свој преглед или да исти откажу и закажу нов термин. Изабрани тим има задатак да сваком од пацијената или чланова њихове породице објасни дијагнозу пацијента и план његовог даљег лечења	Добра информисаност пацијента Омогућено заказивање прегледа		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
8	**Критеријум 3.6** **План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијенткиње**	Све усвојене процедуре везане за евидентирање у картону се	Сви лекари јасно у својим здравственим и електронским евидентирају план лечења	Увођењем елетронског картона у рад службе неопходно	

	Евидентирати план лечења у здравственом картону	примењују	пацијената и о истом их обавештавају	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** 4.1 Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијента	У свим пунктовима службе за здравствену заштиту жена постоје видно истакнути тимови лекара који раде у тој служби и који могу бити изабрани од стране пацијента На видном месту – Огласној табли постоји јасно истакнуто који лекар мења изабраног лекара у случају његовог дужег одсуствовања	У свим пунктовима службе за здравствену заштиту жена постоје видно истакнути тимови лекара који раде у тој служби и који могу бити изабрани од стране пацијента На видном месту – Огласној табли постоји јасно истакнуто који лекар мења изабраног лекара у случају његовог дужег одсуствовања		По некад у појединим пунктовима у једном од радних времена немамо изабраног лекара(болест,годишњи одмор) а на свим огласним таблама је истакнуто обавештење који пункт мења други уколико у том пункту нема лекара, како би пацијенти могли да обаве лечење
11	**Критеријум 4.3** **План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацциијента**	План лечења је видно истакнут у картону пацијента. Са планом лечења упозната је и тимска медицинска сестра	План лечења је видно истакнут у картону пацијента. Са планом лечења упозната је и тимска медицинска сестра	Неопходна је едукација корисника услуга о новом начину рада у е картону	
12	**Критеријум 4.4** **Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама,водичима добре клиничке праксе и протоколима**	У свакодневном раду сви запослени примењују Водиче добре клиничке праксе	На колегијумима лекара и сестара увек се инсистира на коришћењу Водича добре клиничке праксе и већ утврђеним путевима лечења		
10	**Критеријум 4.6** **Сви запослени су упазнати са правилима опште усвојеног**	Поштовање Етичког кодекса од стране запослених.	На првом колегијуму лекара и сестара у служби увек се		

	Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга. Едуковати запослене о значају Етичког кодекса		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 зрдавственом 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	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		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма

	Препоручује се јасна документација промене у плану лечења		параметри за лечење пацијента		
15	**Критеријум 6.1** **У здравствени картон пацијенткиње уноси се резиме лечења који обухвата** • **Разлог за посету,** • **Значајне налазе,** • **Све обављне 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 установе.** Унапредити примену критеријума	У здравствени и електронски картон пацијенткиње по завршетку лечеа уноси се резиме лечења са фотокопијама отпусних листа пацијенткиње Све усвојене процедуре се примењују у пракси.	Све усвојене процедуре се примењују у пракси.		Увођењем електронског картона у рад службе неопходно је радити на прилагођавању програма
17	**Критеријум 8.2** **Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.** Сачинити план унапређења квалитета на нивоу службе	Унапређење задовољсва 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 тако да су сви запослени укључени у планирање и његову реализацију		

Извештај урадили: Датум Директор
Тим службе за здравствену заштиту жена 28.01.2019. Др Василије Антић
Начелник службе: Др. Ивица Магдић
Главна сестра службе: ВМС Јелена Стојановић

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

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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 ЦИЉ је 59% заказаних у ИЗИСУ до краја 2018 Просечна дужина чекања на заказан први преглед краћа од 30	65, 66 % ЗАКАЗАНИХ У ИЗИСУ ПАЦИЈЕНАТА до децембра 2018		

Извештај урадили:

Тим за специјалистичко консултативну делатност	**Датум**	**Директор**
Др Љиљана Дугић, вођа тима	28.01.2019.	Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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	Нема утврђених тешкоћа

Извештај урадили:

Тим за поливалентну патронажу	**Датум**	**Директор**
ВМС Славица Николић ,вођа тима	28.01.2019.год.	др Василије Антић

Табела 5. Поступање на основу препорука Агенције за акредитацију здравствених установа Србије
Датум последње акредитациске посете: 26.04.2018. 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/ три радиолога раде скрининг мамографију	Предузете су све планиране мере и активности	Неодазивање на прегледе свих упућених жена
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		
	Критеријум 8.1 **Организациона јединица има план за стално унапређење**	Унапређење квалитета и безбедности рада	Служба има План за унапређење квалитета	Предузете су све планиране мере и	

4.	**квалитета рада и безбедности пацијента.** Планом идентификовати области за унапређење	Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.	рада и безбедности пацијената за 2018. Урађен План за бољу организацију и усмеравање пацијената по дијагностикама - огласна табла. Састанци запослених на тему унапређења квалитета.	активности	
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.	Служба има План за унапређење квалитета рада и безбедности за 2018. и поступа према планираним мерама и активностима Састанци запослених на тему унапређења квалитета.	Предузете су све мере и активности	
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	Да сви запослени буду упућени у план унапређења квалитета рада	Редовно се одржавају састанци запослених на тему унапређења квалитета и сви запослени су упознати са паланираним		Немотивисаност појединих запослених

	квалитета рада		активностима као и са својим задацима на унапређењу квалитета рада и безбедности		
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 **Датум** **Директор**
Др Светлана Маринковић 28.01.2019. Др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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**	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 Усвојена Процедура за ппружање услуга особама са инвалидитетом у објектима који нису прилагођени њиховим потребама	Предузете су све мере и активности које су биле у домену менаџмента Дома здравља и руководиоца Службе	Недостатак финансијских средтава

	високоризичне узорке. • 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 Направљена Пројектна документација за изградњу Централне стерилизације	Предузете су све мере и активности које су у домену руководица Службе	

	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 , хемолизе, смањивање утицаја спољашњих фактора)	Добијен сертификат о квалитету од Бриселске контроле Раде се редовне активности према Плану унапређења квалитета		

Извештај урадили:
Тим за лабораторијску дијагностику **Датум** **Директор**
др сци мед Верољуб Кнежевић 28.01.2019. Др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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	**Датум**	**Директор**
Славица Вукосављевић, вођа тима	28.01.2019.год.	Др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018 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	**Критријум 6.2** Сви законски и владини захтеви за очување здравља и заштите на раду запослених се поштују **Критријум 6.3** Спроводи се програм обуке из области заштите здравља и заштите на раду запослених	Сигурнији и безбеднији рад запослених Очување здравља запослених	Извештаји о обављеним прегледима и контролама у складу са законом и правилником	Све потребне мер и активности су предузете.	Нема потешкоћа
2.	**Критеријум 7.2** Обавља се годишње истраживање задовољства запослених Резултати истраживања	Унапредити задовољство запослених	Сви запослени су учествовали у анкети	Није извршена обрада у целости	Нема потешкоћа

Извршење урадили:
Тим за Људске ресурсе **Датум** **Директор**
Драгана Манасијевић, вођа тима 28.01.2019.год. др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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 аткивностима које унапређују вођење медицинске документације.**	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. 2. Увођење е-пословање у свим сегментима рада ДЗ	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. 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 заспослени 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.	**Критеријум 1.2** Уколико је уведена електронаска документација,урађена је према предвиђеним стандардима МЗ **Натавити са имплементацијом електронског картона који се сада неуједначено примењује**	1. Интеграција лабораторијског информационог система и е-картона.	1. Резултати лабораторијских анализа одмах по верификацији доступни лекару, архивирање и бржи приступ претходним анализама, графички приказ кретања вредности анализа кроз време, смањење трошкова штампе и потрошње тонера. Критеријум достигнут		

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

Датум
28.01.2019.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 26.04.2018. 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 3.2** Постоје поступци по којима се врши усклађивање постојећих ресурса са потребама корисника услуга	Виши ниво усклађености ресурса. Достављени извештаји.	Редовно се достављају потребни извештаји, прате се резултати рада и исказане потребе и на основу њих одлучује о адекватном распоређивању ресурса	Све активности су реализоване	Недостатак финасијских средстава за набавку свих предложених добара и опреме
2.	**Критеријум 7.4** У случају потребе за побољшањем учинка, руководство предузима одговарајуће мере у циљу постизања побољшања учинка, на основу показатеља	Побољшање учинка и постизање планираних резултата	Сви руководиоци у Дому здравља редовно прате извршење Плана рада, извештавају менаџмент који доноси одговарајуће мере како би се учинак побољшао	Све активности се реализују према предвиђеној динамици	
3.	**Критеријум 8.1** Утврђене су политика и процедуре рада здравствене установе	Одржавање постојећег квалитета рада и услуга и унапређење истих	.		Све активности су реализоване
	Критеријум 8.4 Процедуре се ревидирају и мењају у складу са потребама	Све процедуре се примењију у раду. Запослени се упознају са ревидираним и новим процедурама у што краћем року.	Поштовање утврђене политике усвајања и ревидирања процедура која у ДЗ Крагујевац примењује од 2008. године.	Све активности су реализоване	

Извршење Плана урадили:

Тим за руковођење **Датум** **Директор**

Прим др Славица Лончар,вођа тима 28.01.2019. др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије
Датум последње акредитацијске посете : 26.04.2018. 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 1.1** Управни одбор разматра Изјаву о мисији и визији здравствене установе и врши ревизију по потреби	Преиспитане мисија и визија	Преиспитана мисија и визија	Планиране мере и активности су испуњене	

Извештај урадили:

Тим за управљање	**Датум**	**Директор**
Надежда Ристић, вођа тима	28.01.2019.	др Василије Антић