

**ИНТЕГРИСАНИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА
ЗА 2015. ГОДИНУ**

Назив здравствене установе Дом здравља „ Краљево“

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	Скрининг за рано откривање карцинома дебелог црева	Обухват циљане популације 25 %	10.39%	Није се спроводила процедура за позивање на организован скрининг у потпуности	Позвани пацијенти се нису одазивали на скрининг због недовољне заинтересованости изабраних лекара да раде на едукацији пацијената, јер су оптерећени великим бројем куративних прегледа.
2	Скрининг / рано откривања рака глића материце	Обухват циљане популације 25%	27.15%		
3	Процент епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којим је ординирана ампулинара терапија	Процент епизода свих обољења лечених ампулинаром антибиотском терапијом мањи од 15 %	13.76%		

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.	Задовољан са радним временом сзз деце	Процент задовољних корисника 84%	95%		
2.	Могу да дођем на преглед и викендом ако се разболим СЗЗО становништва	Процент задовољних корисника 82%	91,5%		.
3.	Кад дођем и хитно ми треба преглед лекара то могу да обавим истог дана (СЗЗ жена)	Процент задовољних 80,6%	Задовољство корисника је 84,1%		

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	Могућности да изнесе своје идеје претпостављенима	Просечна оцена већа од 3,4	3,38	Одржан мањи број колегијума од предвиђеног	Оријентација служби ка препорукама АЗУС-а
2	Добијање јасних упутства шта се од вас очекује у вези посла	Просечна оцена већа од 3,6	3,5	Одржан мањи број колегијума од предвиђеног	Добијање упутстава за рад електронским путем

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

Датум редовне провере: 16.11.2012. године

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1	СЗЗО становништва Повећати број тимова за рад и тако смањити њихову оптерећеност	Повећати задовољство запослених Смањење време чекања на преглед	Није повећан број тимова		Није добијена сагласност РФЗО-а и Министарства здравља за пријем новог кадра
2	Служба стоматологије Компјутеризовати службу са више компјутера са наменским програмом	Повећање задовољство запослених	Уведена компјутеризација службе после спроведене рационализације броја запослених у служби стоматологије кроз делимичан наменски програм.		Због рационализације броја запослених није се знала права потреба и начин увођења компјутеризације-наменског програма
3	Служба стоматологије Репарацију машине у просторима оралне хирургије	Повећање задовољство запослених	Расписан тендер за набавку 6 нових стоматолошких столица		Обезбеђена средства из Локалне самоуправе
4	Служба медицине рада Санацију просторија Службе медицине рада које су оштећене земљотресом.	Повећати задовољство запослених Смањење време чекања на преглед	Просторије нису саниране		Недостатак финансијских средстава

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	Вођења медицинске документације У ДЗ	Повећање ефикасности преноса информација	Унапређен пренос података између удаљених амбуланти и централне локације		
2	Унапређење вертикалне и хоризонталне комуникације електронским путем	Бољи пренос и квалитет информација.	Унапређен пренос података између удаљених амбуланти и централне локације		
3	Бележење нежељених догађаја анализирање и преузимање мера.	Исти нежељени догађај да се не понавља. Смањити број нежељених догађаја	Број нежељених догађаја је смањен. Уведене процедуре се поштују.		

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

Датум последње акредитацијске посете: 24.12.2014. године

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекиван резултат	Достигнут резултат	Мере и активности које нису предузете	Утврђене тешкоће/препреке
0	1	2	3	4	5
1.	СЗЗОС Стандард 1.0 (к 1.1;1.2;1.3;1.4;1.5) Повећати обухват на превентивне прегледе и скрининг и наставити са активностима на унапређењу одазива пацијената на превентивне прегледе	Повећати обухват превентивних прегледа	Обухват превентивних прегледа повећан са 47,3% на 50,8%		
2.	СЗЗОС Стандард 3.0 (к 3.7) План лечења разматрати са пацијентом	Евидентерано размарање плана лечења .	У примени печат плана лечења		
3.	СЗЗОС Стандард 4.0 (к 4.1; 4.9) Евидентирати у здравствени картон лице одговорно за лечење и информације у вези са спроведеним лечењем пацијента.	У здравственом картону евидентирано лице одговорно за лечење пацијента.	Унутрашњом провером квалитета стручног рада утврђено је да се води евиденција лица одговорног за лечење пацијента		
4.	СЗЗОС Стандард 6.0 (к 6.1; 6.5) Вођење здравственог картона	Здравствен картон је вођен у складу са процедуром	Унутрашњом проверо квалитете стручног рада утврђено је да се процедура примењује		
5.	СЗЗОС Стандард 7.0 (к 7.1; 7.2 ;7.3) Одржати континуитет у планирању сервисирања и баждарења апарата	Редовно сервисирање и баждарење апарата.	Сачињен уговор са овлашћеним сервисом и добијена финансијска средства из буџета за ту намену		

6.	СЗЗОС Стандард 8.0 (к 8.1) Упознати све запослене са Стратешким планом установе.	Записник са потпиима запослених да су упознати са Стратешким планом установе.	Запослени упознати са стратешким плано кроз састанке служби и дистрибуиран свим тимовима.		
7.	СЗЗОС Стандард 8.0 (к 8.2; 8.3; 8.4: 8.5; 8.6) Одредити области које треба унапредити као и мере које треба предузети	Прикупљени податке користити за унапређење рада и безбедност пацијента.	Планом унутрашње провере квалитета стручног рада предвиђени и показатељи квалитета изабраних лекара		
8.	СЗЗЖ Стандард 3.0 (к.3.7) План лечења разматрати са пацијентом	Евидинтерано размарање плана лечења .	У примени печат плана лечења		
9.	СЗЗЖ Стандард 4.0 (к. 4.9) Информације о спроведеном лечењем евидентирати у здравствени картон пацијента	Евидинтерано размарање плана лечења као и дате информације у вези плана. .	План лечења се евидентира у здравствени картон утврђено унутрашњом провером квалитета стручног рада		
10.	СЗЗЖ Стандард 4.0 (к 4.10; 4.11) Водити евиденцију набавке санитетског материјала у складу са законом	Правилно вођење требовања санитетског материјала..	Уведена нова књига за требовање лекова и санитетског материјала.		
11.	СЗЗЖ Стандард 5.0 (к 5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5) План лечења анализирати,	Здравствен картон је вођен у складу са процедуром.	Промене плана лечења се евидентирају у здравствени картон		

	промене плана евидентиратиу здравствени картон и о томе обавестити тим који спроводи лечења као пацијента.		утврђено унутрашњом провером квалитета стручног рада		
12.	СЗЗЖ Стандард 6.0 (к 6.1; 6.2; 6.4; 6.5) Вођење здравственог картона	Здравствен картон је вођен у складу са процедуром	Процедура о вођењу здравственог картона се примењује		
13.	СЗЗД Стандард 3.0 (к 3.2; 3.6; 3.7) Вођење здравственог картона	Здравствен картон је вођен у складу са процедуром	Процедура о вођењу здравственог картона се примењује		
14.	СЗЗД Стандард 4.0 (к 4.9) Информације у вези лечења пацијента евидентирати у здравствени картон пацијента	Здравствен картон је вођен у складу са процедуром.	План лечења се евидентира у здравствени картон утврђено унутрашњом провером квалитета стручног рада		
15.	СЗЗД Стандард 5.0 (к 5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5) План лечења анализирати, промене плана евидентиратиу здравствени картон и о томе обавестити тим који спроводи лечења као пацијента.	Здравствен картон је вођен у складу са процедуром.	План лечења се евидентира у здравствени картон утврђено унутрашњом провером квалитета стручног рада		
16.	СЗЗД Стандард 6.0 (к 6.5) Пријем благовремених информација у вези отпуста из других установа	Пуна примена процедуре	Процедура се у потпуности примењује		
17.	ЖС Стандард 1.0 (к 1.1; 1.5) Одржати континуитет у превенцији заразних болести	Процедуре примењене у свакодневној пракси.	Процедуре се примењују у потпуности, утврђено задњим Епидемиолошким		

			надзором		
18.	ЖС Стандарт 2.0 (к 2.1) Спречавање интрахоспиталних инфекција	Процедуре примењене у свакодневној пракси.	Процедуре се примењују у потпуности, утврђено задњим Епидемиолошким надзором		
19.	ЖС Стандарт 3.0 (к 3.4;3.5; 3.6) Унапредити рад комисије за интрахоспиталне инфекције	Доследна примена словника о раду комисије за интрахоспиталне инфекције	Основана нова Комисија за интрахоспиталне инфекције и одржано два сатанка у предходној години		
20	ЖС Стандарт 5.0 (к 5.1; 5.2; 5.4) Одлагати медицински отпад према Правилнику управљању инфективним медицинским отпадом и усвојеним процедурама	Медицински отпад оложен у складу са Правилником.	Медицински отпад се одлаже у складу са Националним смерницама за одлагање медицинског отпада		
21	ЖС Стандарт 7.0 (к 7.3; 7.4) Учешће одговорног лица у спровођењу политике управљања медицинског отпада	Доследна примена спровођења политике управљања медицинског отпада.	Наставак пословно- техничке сарадње са Установом која се бави управљањем медицинског отпадом и одређено одговорно лице за управљање медицинским отпадом		
22	ЖС Стандарт 14.0 (к 14.1; 14.2)) Унапредити план у случају настанка масовних несрећа и акцидентним ситуацијама у	Усаглашен план у случају масовних несрећа са	Донета одговарајућа Акта у вези са масовним несрећама и дефинисано учешће наше установе у њима		

	скласу са Позитивним прописима	Позитивним прописима.			
23	ЖС Стандард 15.0 (к 15.1; 15.2) Провера плана у случају масовних несрећа	Едукован кадар	Извршена едукација кадра у случају масовних несрећа		
24	ЖС Стандард 20.0 (к 20.1; 20.8;) Стерилизаторе одвијити од зоне обраде	Стерилизатори одвојени од зоне обраде.	Сви стерилизатори одвојени од зоне обраде сем где грађевински не постоји други простор.		
25	ЖС Стандард 22.0 (к 22.1; 22.2; 22.3) Безбедно руковање опремом, материјалом уређајима и простором	Евидентирано одржавање апарата и уређаја.	Уведене у примену листе сервиса и поправке апарата		
26	ЉР Стандард 3.0 (к 3.1; 3.4; 3.5;) Вршити процену рада свих запослених једном годишње	Обављена процена рада запослених и убележена у радни досије	Извршена процена рада свих запослених		
27	ЉР Стандард 4.0 (к 4.4; 4.6;) Едукација запослених	Запосленима је омогућена неопходна едукација.	Кроз план о едукацији свим запосленим је омогућена едукација		
28	ЉР Стандард 7.0 (к 7.3;)	Урађена анкета и нализа исте	Спроведена анкета о задовољству запослених и корисника		

	Спроводи истраживање задовољства корисника и запослених у здравственој установи				
29	УИ Стандард 1.0 (к 1.1; 13;) Водити медицинску документацију на законом предвиђен начин	Документација се води у складу са законом	Документација се води у складу са прописаним Законом		
30	УИ Стандард 2.0 (к 2.2; 2.3; 2.4,) Пратити показатеље квалитета рада и безбедност пацијента	Извештајне табеле Записници са састанака	Формирана нова Комисија за квалитет, примењује се Пословник о раду Комисије за унапређење квалитета, подаци о квалитету се прикупљају, анализирају на састанцима Комисије где се воде записници		
31	УИ Стандард 3.0 (к 3.1; 3.2; 3.3;) Именовати лице за давање информација од јавног значаја	Именовано лице за давање информација од јавног значаја	Није именовано лице за давање информација од јавног значаја		Неспремност стручног кадра да преузме одговорност за ту врсту посла
32	РУ Стандард 4.0 (к 4.2; 4.3; 4.4;) Унапредити План управљања ризиком	Унапређен план управљања ризиком	Донет је Акт о процени ризика кроз који је унапређен план управљања ризиком		
33	РУ Стандард 5.0 (к 5.3; 5.4;) Наставити праћење бележења и анализирања нежељених догађаја	Праћење и анализирање нежељених догађаја	Нежељени догађаји се евидентирају, прате и анализирају према процедури		

34	РУ Стандард 7.0 (к 7.1; 7.3; 7.4; 7.5;) Унапредити праћење ефикасности рада запослених	Прати се ефикасност рада запослених кроз пружене услуге	Ефикасност запослених се прати по кварталима кроз капитационе табеле		
35	РУ Стандард 9.0 (к 9.1) Спровести едукацију запослених у вези права пацијената	Боља комуникација са корисницима услуга	Спроведена едукација запослених на тему о правима пацијента, одржан састанак са заштитником пацијентових права, сачињени записници		

Извештај урадили:
ВМС ГОРДАНА ШАРАЦ

Датум
15.02.2016. године

ВД Директор
ДР МИРЈАНА КРЧЕВИНАЦ
спец. опште медицине и
здравственог менаџмента

СУМАРНИ ИЗВЕШТАЈ КОМИСИЈЕ ЗА __ 2015 __ ГОДИНУ

Назив здравствене установе _____

Дом здравља "Краљево" Краљево _____

Назив здравствене установе у саставу _____

Табела ба. Сумарни извештај о активностима Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе

Р.бр.	Домени квалитета рада	Резултат
0	1	2
1	Да ли је Комисија донела годишњи програм провере квалитета стручног рада у здравственој установи?	1
2	Да ли је Комисија донела интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе?	1
3	Да ли постоје извештаји (записници) о раду Комисије?	1
4	Да ли су извештаји (записници) о раду Комисије доступни осталим запосленима?	1
5	Да ли Комисија годишње подноси извештај о остваривању плана унапређења квалитета рада директору и управном одбору здравствене установе?	1
6	Број одржаних састанака Комисије	4
7	Број спроведених ванредних провера квалитета стручног рада	1
8	Број поднетих приговора пацијената	6
9	Број мандатних казни наплаћених због непоштовања Закона о изложености становништва дуванском диму	0
10	Да ли постоји ажурирана интернет презентација здравствене установе?	1
Здравствена установа је на видна места у свим радним објектима истакла:		
11	Обавештење о врсти здравствених услуга које се пацијенту као осигураннику обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које су делатност здравствене установе	1
12	Обавештење о здравственим услугама које се не обезбеђују на терет обавезног здравственог осигурања, а у складу са актом којим се уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања	1
13	Обавештење о видовима и износу учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите, као и ослобађање од плаћања учешћа	1
14	Ценовник здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које пацијенти плаћају из својих средстава	1
15	Кутију/књигу за примедбе и жалбе пацијената	1
16	Име и презиме, односно број канцеларије и радно време, особе задужене за вођење поступка притужби и жалби пацијената (заштитника пацијентових права)	1
Истраживање задовољства корисника услуга здравствене службе:		
17	Обављено истраживање задовољства корисника услугама здравствене службе	1
18	Урађена анализа резултата истраживања о задовољству корисника услугама здравствене службе	1
Истраживање задовољства запослених у здравственој установи:		
19	Обављено истраживање задовољства запослених у здравственој установи	1
20	Урађена анализа резултата истраживања о задовољству запослених у здравственој установи	1

Које сте остале активности предузели на сталном унапређењу квалитета здравствене заштите?
(молимо опишите):

Повећана доступност здравствене заштите деце и жена на удаљеном терену Ушће посетама лекара два пута месечно. Такође уговором о пословно техничкој сарадњи истом становништву су омогућени прегледи интернисте и неуролога два пута месечно.

Успостављен рад саветовалишта за дијабетичаре и нутриционисте.

Уведене две нове процедуре у процес рада и урађена је и ревизија две процедуре .

Примедбе и предлози за стално унапређење квалитета рада:

Табела 66. Остварени резултати у односу на Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе

Р.бр.	Домен унапређења	Планирано	Остварено
0	1	2	3
1	Број унапређених показатеља квалитета здравствене заштите (без показатеља безбедности пацијената) у односу на План, за период извештавања	3	2
2	Број унапређених показатеља безбедности пацијената у односу на План, за период извештавања	0	0
3	Број унапређених аспеката задовољства корисника у односу на План, за период извештавања	3	3
4	Број унапређених аспеката задовољства запослених у односу на План, за период извештавања	2	0
5	Број спроведених препорука и мера из последњег Извештаја о редовној спољној провери квалитета стручног рада	4	3
6	Број спроведених препорука и мера из последњег Извештаја о унутрашњој провери квалитета стручног рада	3	3
7	Број спроведених препорука из Завршног извештаја Агенције за акредитацију здравствених установа Србије	35	34

Комисија за унапређење квалитета:

Др Мирослав Даничић спец. опште медицине председник комисије

Др Милена Радовановић спец. опште медицине члан

Славица Радојевић струковна мед. сестра члан

Мирјана Јовичић мед. сестра члан

Владимир Чибуковац дипл. инг. информатике члан

Директор

Датум

**мсц др Мирјана Крчевинац спец.опште медицине
и здравственог менаџмента**

15.02.2016.