

**ИНТЕГРИСАНИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА  
ЗА 2016 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	18%	13,82% у односу на популацију 36,5% у односу на план за 2016. 10,7% више урађених скрининга него у 2015. год.	Недовољно поштовање процедура за позивање пацијената . Неблаговремена замена изабраних лекара који су отсутни .	Велики број куративних прегледа Непоштовање лекара са секундарног нивоа захтевима према ИЗС-у. Недовољно кадра.
2	Скрининг /рано откривање рака грлића материце	28%	30,72%		
3	Обухват деце у 15. години живота комплетном вакцинацијом	80%	86,35%		

**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.	Морам дуго да чекам у чекаоници да посетим лекара у СЗЗО	-Смањити проценат незадовољних испод 20%	18,5%		
2.	Кад заказујете преглед код изабраног лекара колико дана обично чекате? Никад не заказујем у СЗЗД	Смањити проценат незаказаних прегледа на 55%	57,4%	Недоследна примена процедуре за заказивање прегледа Недовољна провера квалитета стручног рада за тај сегмент.	Навике родитеља да не заказују прегледе и поред упутства у свакој ординацији.
3.	Медицинске сестре и лекари добро сарађују у СЗЗЖ	Одржати ниво добре сарадње изнад 95%	99,8%		

**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	Адекватношћу опреме за рад	Незадовољство запослених смањити испод 20%	20%		
2	Могућностима за професионални развој/континуирану едукацију	Смањити незадовољство испод 15%	15,9%	Боља информисаност запослених о едукацији	Немотивисаност запослених за едукацију ван установе
3	Односом пацијената према Вама	Одржати Процент незадовољних на 10%	11,9	Припрема за прелазак у ИЗС систем заказивања Недовољна едукација пацијената о њиховим обавезама према	Недостатак времена за проверу комуникацијских вештина запослених и недовољан број

				изабраном лекару.Кроз унутрашњу проверу квалитете стручног рада није се радило на примени донетих процедура о правима и обавезама пацијената.	едукацијских програма на тему професионална комуникација. Недовољан број запослених.
--	--	--	--	---	--

**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	Примљено јт три лекара и једна медицинска сестра због повећаног обима посла.		
2	Служба стоматологије Компјутеризовати службу са више компјутера са наменским програмом	Повећање задовољство запослених	Уведено у рад службе за стоматолошку здравствену заштиту <b>15</b> компјутера кроз програм за фактурисање и за сада је задовољен план.		
3	Служба стоматологије Репарацију машине у просторима оралне хирургије	Повећање задовољство запослених	Набављено је из средстава локалне самоуправе <b>6</b> нових стоматолошких столица и једна је опредељена за оралну хирургију.		
4	Служба медицине рада Санацију просторија Службе медицине рада које су оштећене земљотресом.	Повећати задовољство запослених Смањење време чекања на преглед	Простор где је смештена служба за медицину рада је у потпуности реновирана. Смештене је само на једном спрату тако да је функционисање службе побољшано.		

**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	Давање инфузионе терапије у служби кућног лечења	Број медикација у кућном лечењу смањити за 10% у односу на извршење у 2015.години.	1,5% мање него 2015. год.	-недовољна едукација изабраних лекара за палијативно збрињавање као и лекара са секундарног нивоа.	И поред уведених процедура за давање терапије у КЛ ,састанака са начелницима служби на секундарном нивоу,обавештења и апела изабраним лекарима одржава се велики број медикација у КЛ.
2	Вођење медицинске документације у ДЗ Краљево	-Потписивање уговора о унапређењу софтвера кроз наставак сарадње истих уговарача -Повећати ефикасност фактурисања за 5% у односу на 2015.год.	Потписан уговор за одржавање и унапређење софтвера за рад у свим службама Дома здравља.  Повећана ефикасност фактурисања за 8,5% на нивоу Дома		

			Здравља а поједине услуге и више од 30% (превоз , прегледи у хитној служби)		
3	Едукација новозапослених	-Добра професионална комуникација -Квалитетан и едукован кадар За обављање задатака -Смањење нежељених догађаја	Извршена је ревизија процедуре за обуку новопримљених сестара бр.3.5-2 Процедура дефинише начин , поступак и садржај обуке новозапослених.		

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

Датум последње акредитацијске посете: 22.3.2016.

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 Стандард: 1.0 К 1.1;1.2;1.3;1.4  Повећати обухват на скрининг и превентивне прегледе и наставити са активностима на унапређењу одазива пацијената на превентивне прегледе.	- растерећене тимова куративним прегледима - бољи квалитет и обухват превентивним прегледима - веће задовољство и корисника и запослених	ИЗИС ситем је у функцији и самим тим повећава се задовољство пацијената . Појачан организоваи скрининг на карцином дебелог црева у односу на 2015.за 10.7%		
2	СЗЗО Стандард: 3.0 К 3.7  План лечења разматрати са пацијентом	- правилно вођење медицинске документације	План лечења се разматра са пацијентом Медицинска документација се правилно води.		
3	СЗЗО Стандард: 5.0 и 6.0 К 5.2;5.3;5.5 ;6.1  Анализа плана лечења	- Унапређено евидентирање плана и ревизије плана лечења - вођење медицинске документације по законским смерницама	План лечења и ревизија плана лечења је унапређено кроз увођење нових процедура бр. 6.57		
4	СЗЗО Стандард: 6.0 К 6.5 Вођење здравственог картона	- унапређен пренос информација о лечењу пацијената што подразумева бољи квалитет, скраћено време чекања на лечење и	Кроз ИЗИС систем унапређене процедуре за пренос информација о лечењу као и скраћено време за чекање на лечење и дијагностичке		

		дијагностичке процедуре	процедуре.		
5	СЗЗО Стандард: 7.0 К. 7.1  Прилази установи требало би да буду адекватно обележени и прилагођени	- обезбеђен прилаз за особе са инвалидитетом	Прилази установи су видно обележени и направљена је једна коса раван за прилаз особама са инвалидитетом.		
6	СЗЗО Стандард: 8.0 К 8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.5; 8.6;  Препоручује се даља имплементација критеријума у циљу бољег разумевања и већег учешћа запослених	- бољи квалитет рада и већа безбедност пацијената	Сви запослени и новозапослени упознати су са стратешким планом (доказ дистрибутивна листа). Кроз комисију за квалитет именовани су запослени који учествују у активностима за унапређење квалитета и безбедност пацијента( записници са састанака). Презентовање свим запосленима кроз колегијуме о активностима за унапређење квалитета(записници са колегијума).		
7	СЗЗЖ Стандард 3.0 К. 3.7  План лечења се разматра са пацијенткињомодносно са породицом. У картон се евидентира да је ово разматрање обављено.	-адекватно вођење медицинске документације	Медицинска документација се води у складу са Законским прописима тако да се план лечења евидентира у здравствени картон.		
8	СЗЗЖ		Висок проценат		



	Стандард 4.0 К.4.11 Постоји систем спречавања настанка грешке приликом руковања лековима.	Задовољство пацијената услугама пруженим у СЗЗЖ:	задовољних пацијенткиња у служби за ЗЗЖ . изразита похвала за тимски рад (99%)		
9	СЗЗЖ Стандард 5.0 К.5.5 Промена плана лечења разматрају се са пацијенткињом односно са породицом пацијенткиње.	- Информисаност пацијената са Планом лечења - Поштовање права пацијената	Промена плана лечења се разматра и евидентира у здравственој документацији.		
10	ЗЗД Стандард 3.0 К.3.2 Утврђује се и евидентира у здравствени картон потреба за упућивањем на дијагностичке тестове (лабораторија, дијагностичке тестове)	Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.	Медицинска документација се води у складу са законским прописима. Утврђено Кроз велики број унутрашњих провера квалитета стручног рада .		
11	ЗЗД Стандард 3.0 К. 3.6; 3.7 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента и разматра се са пацијентом односно породицом.	Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства. Задовољство корисника службе.	Медицинска документација се води у складу са законским прописима. Утврђено Кроз велики број унутрашњих провера квалитета стручног рада .		
12	ЗЗД Стандард 5.0 К 5.1;5.2;5.3;5.4;5.5 План лечења се редовно анализира.Промена плана лечења се редовно евидентира у здравствени картон	Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства. Задовољство корисника службе.	План лечења као и промена плана се редовно анализира и евидентира у здравствени картон. Утврђено унутрашњом провером квалитета		

		Одржавање тимског рада и унапређена двосмерна комуникација међу запосленима.	стручног рада.		
13	ЗЗД Стандард 6.0 К. 6.5 Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информацијама о отпусту из друге здравствене установе	Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства. Задовољство корисника службе. Благовремено обавештавање пацијента о потреби хоспитализације и да ли је хоспитализован.	Кроз правилно вођење медицинске документације такође и добра професионална комуникација свих запослених у служби сви пацијенти су благовремено обавештени о потреби за хоспитализацијом .		
14	ЖС Стандард 2.0 Критеријуми 2.1  Постоје процедуре за случај појаве и ширење инфекција повезаних са здравственом интервенцијом и заразних болести	Примена процедура у свакодневном раду, боље вођење документације, безбедност запослених и пацијената	Процедуре су у примени поштујући План рада комисије за болничке инфекције за 2016.		
15	ЖС Стандард 3.0 Критеријуми 3.4 3.5 3.6  Комисија редовно проверава и ревидира све процедуре и поступке контроле. Документација о предузетим мерама и ревизији чува се током прописаног	Боља безбедност запослених и пацијената, уредно вођење записника са састанака, разматрање и примена препорука са састанака. Поштовање примена процедура и завршетак адаптирања привременог	Комисија се редовно састајала и проверила је све поступке контроле . унутрашњом провером квалитета стручног рада овај сегмент рада био је најчешће контролисан као и предмет ванредних контрола.		

	временског рока	складишта за медицински и фармаколошки отпад	Завршена је адаптација привременог складишта за инфективни и фармаколошки отпад и приведен је намени.		
16	ЖС Стандард 5.0 К. 5.1 5.2 5.4  Медицински отпад унутар здравствене установе одлаже се на адекватан начин	Медицински отпад се одлаже у скалду са Правилником о управљању и третману медицинским отпадом, већа безбедност запослених и пацијената	Медицински отпад унутар установе се одлаже на адекватан начин . Прати се и контролише правилно селектовање отпада на месту настанка тако и његов пут до привременог складишта.		
17	ЖС Стандард 7.0 К. 7.3 7.4  У здравственој установи постоји лице одговорно за управљање медицинским отпадом	Одговорно лице предлаже политику управљања медицинским отпадом у складу са правилником, спровод и унутрашњу контролу, већа безбедност запослених и пацијенат, извештава Комисије о раду	Лице одговорно за управљање медицинским отпадом у потпуности спроводи политику управљања отпадом.		
18	ЖС Стандард 14.0 К. 14.1 14.2  Постоји план за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација	Боља безбедност запослених и пацијената, одређена су лица за управљање и координацију у масовним несрећама и акцидентним ситуацијама	Одређена лица за управљање и координацију код масовних несрећа и акцидентних ситуација.		
19	ЖС Стандард 15.0	Едукација кадра повећава и безбедност	Сви запослени у ДЗ су прошли обуку за		

	<p>К. 15.1 15.2</p> <p>Врши се ревизија и промена плана у пракси за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација</p>	на раду	<p>безбедност на раду.</p> <p>Лица за управљање и координацију у случају масовних несрећа обучена су да изврше промену плана или његову ревизију на конкретним ситуацијама.</p>		
20	<p>ЖС стандард 20.0 К. 20.1 20.8</p> <p>Постоје адекватне процедуре за вршење стерилизације</p>	<p>Правилна припрема материјала за стерилизацију и вођење књиге стерилизације боља безбедност пацијента</p>	<p>Кроз систем унутрашње провере квалитета стручног рада контролише се припрема стерилизације и вођење књиге стерилизације где нису уочене неправилности.</p>		
21	<p>ЖС Стандард 22.0 К. 22.1 22.2 22.3</p> <p>Здравствена установа безбедно рукује опремом, материјалом, уређајима и простором</p>	<p>Редовно сервисирање и одржавање медицинске опреме боља безбедност пацијената</p>	<p>Уговором са лиценцираним сервисом редовно се сервисирају медицински апарати.</p>		
22	<p>ЉР Стандард 5.0 К.5.1</p> <p>У здравственој установи постоји управљачка структура која одређује :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-лице одговорно за рад организационе јединице</li> <li>-чланове комисија у организационој јединици</li> <li>-начин утврђивања и ревизије протокола и водича клиничке</li> </ul>	<p>Добри резултати рада установе који се прате кроз показатеље квалитета и извршавање плана рада.</p>	<p>Постигнути резултати рада установе се редовно прате, анализирају и презентују . Сва одговорна лица у комисијама подnose руководећој структури извештаје о раду.</p>		

	<p>практике -мере одржавања радне дисциплине</p>				
23	<p>УИ Стандард 2.0 К.2.4 Подаци добијени помоћу показатеља се : -скупљају -сумирају -анализирају и тумаче - презентују по налогу -користе за унапређење рада</p>	<p>Побољшање квалитета стручног рада по службама а самим тим и установе, Повећање задовољства запослених и корисника.</p>	<p>Подаци који се добијају помоћу показатеља квалитета користе се да би се побољшао квалитет рада установе . одржано 10 састанака комисије за унапређење квалитета и резултати су презентовани по упусту ЗЈЗ а и локалној самоуправи као оснивачуи УО установе.</p>		
24	<p>УИ Стандард 3.0 К. 3.1; 3.2;3.3 Објављују се информације од значаја за здравствену установу и од јавног значаја</p>	<p>Именовање лица за давање и објављивање информација од јавног значаја за здравствену установу и од јавног значаја.</p>	<p>Лице за давање и објављивље информација од јавног значаја није именовано.</p>	<p>Нису предузете никакве мере да се лице именује.</p>	<p>Неспремност да се пружме одређена одговорност .</p>
25	<p>РУ Стандард 3.0 К. 3.3 Постоје поступци за праћење и коришћење свих ресурса.</p>	<p>Побољшање квалитета обављених послова у свим сегментима службе кроз испуњење донетих планова и поштовање донетих процедура.</p>	<p>Процедуре се поштују . утврђено унутрашњом провером стручног рада. Донети планови у свим службама су испуњени.</p>		
26	<p>РУ Стандард 5.0 К. 5.3;5.4 У случају појаве нежељених догађаја испитује се узрок настанка.</p>	<p>-Урађена стратегије за безбедност пацијента -Израђена процедура за пријављивање вербалног и физичког напада на запослене</p>	<p>Сви нежељени догађаји су по процедури обрађени. Процедура за пријављивање вербалног и физичког</p>		

	Предузимају се активности отклањања узрока који су довели донежењених догађаја.	-Добра евиденција и анализа нежељених догађаја	насиља је усвојена од стране УО и дистрибуирана запосленима. Процедура бр 1.7		
27	СУ Стандард 5.0 К. 5.3;5.4 УО утврђује мере за унапређење свог рада. УО је дужан да о свом раду и плановима за унапређење рада извештава НО	Редовни састанци УО прилагођени потребама установе . Редовна координација УО и НО	Успостављена добра координација УО и НО. Одржан потребан број састанака УО који су прилагођени потребама установе.		

**Извештај урадили:**

**Др Мирослав Даничић спец. опште мед. председник Комисије за квалитет**  
Др Милена Радовановић спец. опште мед.  
Славица Радојевић виша мед. сестра  
Мирјана Јовичић мед. сестра  
Владимир Чибуквац дипл. инг. Информатике

**Датум**  
06.02.2017.

СУМАРНИ ИЗВЕШТАЈ КОМИСИЈЕ ЗА 2016 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	10
7	Број спроведених ванредних провера квалитета стручног рада	0
8	Број поднетих приговора пацијената	14
9	Број мандатних казни наплаћених због непоштовања Закона о изложености становништва дуванском диму	0
10	Да ли постоји ажурирана интернет презентација здравствене установе?	1
<b>Здравствена установа је на видна места у свим радним објектима истакла:</b>		
11	Обавештење о врсти здравствених услуга које се пацијенту као осигуранику 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
<b>Истраживање задовољства корисника услугама здравствене службе:</b>		
17	Обављено истраживање задовољства корисника услугама здравствене службе	1
18	Урађена анализа резултата истраживања о задовољству корисника услугама здравствене службе	1
<b>Истраживање задовољства запослених у здравственој установи:</b>		
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.

Уведено 6 нових процедура у процес рада и извршене ревизија 3 процедуре.

Примедбе и предлози за стално унапређење квалитета рада:

Уређено привремено складиште за инфективни отпад по стандарду.

Урађено складиште за фармаколошки отпад и уговором са надлежном референтном кућом преузете прве количине .

**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	2
4	Број унапређених аспеката задовољства запослених у односу на План, за период извештавања	3	1
5	Број спроведених препорука и мера из последњег Извештаја о редовној спољној провери квалитета стручног рада	4	4
6	Број спроведених препорука и мера из последњег Извештаја о унутрашњој провери квалитета стручног рада	3	2
7	Број спроведених препорука из Завршног извештаја Агенције за акредитацију здравствених установа Србије	27	26

**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**