*ФИЛИЈАЛА РЗЗО: Краљево\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНСТИТУТ/ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ:*

*\_\_\_\_Краљево\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**ИНТЕГРИСАНИ ПЛАН СТАЛНОГ УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА РАДА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ**

**ЗА 2020. ГОДИНУ**

**Назив здравствене установе ДОМ ЗДРАВЉА «КРАЉЕВО»**

**Назив здравствене установе у саставу**

**Табела 1. Показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Предмет унапређења** | **Ниво приоритета** | **Мере и активности** | **Временски рок** | **Одговорна особа** | **Очекивани резултат** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Проценат регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест)-СЗЗО становништва | 1 | Позивање пацијената (позивно писмо, телефон)  -Набавка ФОБ тестова преко РФЗО  -Анализа позивања | 12м. | -- Тимови Службе  - Главна сестра СЗЗО становништва  -Начелник СЗЗОстановништва | Обухват циљне популације  20% |
| 2 | Скрининг /рано откривање рака грлића материце –СЗЗ жена | 1 | -Позивање пацијенкиња  -Набавка матерјала за брисеве грлића материце ПАПА тест. | 12м. | -Начелник СЗЗ жена  -Главна сестраСЗЗ жена | Обухват циљне популације 25% |
| 3. | Број деце у 7. години живота обухваћених систематским стоматолошким прегледом-Служба за стоматологију | 1 | -Мотивација тимова  -Комуникација са директорима и педагозима школа | 12м | -Изабрани тимови  -Главна сестра Службе  -Начелник Службе  -Комисија за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената | 100% |
| 4. | Просечан број патронажних посета по новорођеном детету-СП патронаже | 1 | -мотивација запослених  -интерперсонална комуникација  -заказивање посета породиљама | 12м | -сви запослени  -шеф службе | 5 посета |
| 5. | Проценат епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којим је ординирана ампулирана терапија.-СЗЗ деце | 1 | -Едукација лекара,присуство семинарима,конгресима,предавањима  -водичи добре праксе у лечењу  -унутрашња контрола рада по плану за 2020  -праћење параметара квалитета по месецима  -редовна анализа,обавештавање упознавање тимова | 12м. | -Начелник службе и главна сестра СЗЗ деце  -сви тимови СЗЗ деце | Одржати број или смањити број из 2019,10,43,у односу на број куративних прегледа плана рада за 2020 |

**Табела 2. Задовољство корисника**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Предмет унапређења** | **Ниво приоритета** | **Мере и активности** | **Временски рок** | **Одговорна особа** | **Очекивани резултат** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Изабрани лекар има довољно времена за разговор са пацијентом-СЗО | 1 | -Заказивање прегледа повећати у свим тимовима  -Обавештења о раду тимова редовно ажурирати  -Ускладити потребе корисника са расположивим временом | 12 месеци | -Тимске сестре  - Одговорне сестре  - Главна сестра  Службе  - Начелник Службе | Проценат задовољних корисника одржати на 99% |
| 2. | Лекари и медицинске сестре одржавају континуитет у сарадњи-СЗД | 1 | -организација рада службе  -Етички кодекс понашања  -мотивација запослених  - едукација лекара и медицинских сестрара присуство семинарима,конгресима,предавањима  - интерперсонална комуникација у обављању послова | 12месеци | - сви запослени,главна сестра и начелник Службе | Задржати тренд из 2019 године од 93% |
| 3 | Медицинске сестре пружањем информација омогућују бољу информисаност пацијенaта-СЗЗ жена | 1 | -Применити процедуре за добру професионалну комуникацију  -Поштовати Етички кодес  - рад у две смене и викендом  - Информисање пацијенткиња путем сајта Установе примена | 12месеци | -Тимске сестре  -Главна сестра службе  - Начелник службе ЗЗЖ | Задовољство корисника одржати на 85% |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Табела 3. Задовољство запослених**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Предмет унапређења** | **Ниво приоритета** | **Мере и активности** | **Временски рок** | **Одговорна особа** | **Очекивани резултат** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Транспарентно изношење идеје претпостављенима | 1 | -Добра комуникација унутар слуби и установе  -Поштовање Пословног и Етичког кодекса  -Поштовање Стратешког плана ДЗ | 12м | -Изабрани тимови  -Главна сестра Службе  -Начелник Службе | Да се проценат одговора ни задовољан ни незадовољан из 2019 од 24,03% смањи. |
| 2. | Снањити број пушача међу запосленима | 1 | Етички кодекс понашања забране пушења у јавним установама  -едукације ,предавања,о штетности пушења  -економски статус  -законске регулативе  -здравствено-васпитни рад изабраног лекара | 12м | - сви запослени,главна сестра и начелник Службе | Могући порста процента изнад 14,08% из 2019 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Табела 4а. Препоруке и предлози мера на основу спољне провере квалитета стручног рада – редовна провера**

**Датум редовне провере: датум задње посете\_07.11.2018.**

**Сви критеријуми са задње контроле испуњени у 2019 и дати извештајем за 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Предмет унапређења** | **Ниво приоритета** | **Мере и активности** | **Временски рок** | **Одговорна особа** | **Очекивани резултат** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |

**Табела 4б. Препоруке и предлози мера на основу унутрашње провере квалитета стручног рада**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Предмет унапређења** | **Ниво приоритета** | **Мере и активности** | **Временски рок** | **Одговорна особа** | **Очекивани резултат** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Сервисирање медицинске опреме  И вођење документације ( сервисна листа) | 1 | -План сервисирања  -Уговор о сервисирању опреме са сервисом који има лиценцу за обављање овог посла  -Поштовање процедуре за сервисирање и поправку медицинске опреме  -Дигитализација преосталих стерилизатора  -Акценат кроз унутрашњу контролу квалитета стручног рада | 1 | Главне сестре служби у ДЗ  -Комисија за унапређење квалитета у Службама  Шеф техничке службе | Боља безбедност пацијената и запослених |
| 2. | Вођење медицинске документације у ДЗ Краљево | 1 | - Унутрашња провера квалитета стручног рада  -Контрола примене Закона о здравственој документацији и евиденцији у области здравства | 12м. | -Начелници служби у ДЗ Краљево  -Главне сестре служби у ДЗ  -Комисија за унапређење квалитета у Службама  Информатичка служба ДЗ | -Потписивање уговора о унапређењу софтвера кроз наставак сарадње истих уговарача  - Правилно вођење медицинске документације  Кроз електронски картон |
| 3. | Одлагање инфективног медицинског отпада | 1 | - Поштовање Националних смерница за одлагање медицинског отпада  - Унутрашња провера квалитета стручног рада | 12м. | - Сви тимови  - Одговорна сестра Службе  - Главна сестра Службе  - Координатор за санитарну обраду простора  - Начелник Службе  - Главна сестра ДЗ  - Директор ДЗ | - Правилно одлагање и складиштење медицинског отпада |

**Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије**

**Датум последње акредитацијске посете: 17.05.2019.године**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Р.бр.** | **Предмет унапређења** | **Ниво приоритета** | **Мере и активности** | **Временски рок** | **Одговорна особа** | **Очекивани резултат** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | СЗЗО  Стандард: 1.0  K 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. | 1 | - позивање пацијената телефоном и позивним писмом  - праћење одазива кроз анализу реализације плана превентивних и скрининг прегледа  - унутрашња контрола превентивних и скрининг прегледа кроз месечну евиденцију показатеља квалитета  - дефинисати време за превентивне прегледе | 12 месеци | - Сви запослени  - Одговорна сестра Службе  - Главна сестра Службе  - Начелник Службе | - растерећене тимова куративним прегледима  - бољи квалитет и обухват превентивним прегледима  - веће задовољство и корисника и запослених  -Наставити са активностима како би се повећао обухват превентивним прегледима |
| 2 | СЗЗО  Стандард: 6.0  К 6.5  Вођење здравственог картона | 1 | - умрежавање са ОБ „Студеница“ кроз интегрисани информациони систем | 12 месеци | - Одговорна сестра Службе  - Главна сестра Службе  - Начелник Службе  - дип. инж. информатике | - унапређен пренос информација о лечењу пацијената што подразумева бољи квалитет, скраћено време чекања на лечење и дијагностичке процедуре  -Наставити са унапређењем критеријума,доследнопоштовати усвојену процедуру за вођење здравственог картона, наставити са редовним контролама вођења медицинске документације |
| 3 | СЗЗО  Стандард: 7.0  К. 7.1  Прилази установи требало би да буду адекватно обележени и | 1 | - обавестити Локалну самоуправу и Месне заједнице о потребама особама са инвалидитетом које се односе на прилазЗА | 12 месеци | - Шеф обезбеђења  - Шеф техничке службе | - обезбеђен прилаз ЗА и ЗС особама са инвалидитетом  **-**Наставити са активностима на даљем унапређењу критеријума |
| 4 | ЗЗО 8.4  Наставити са имплементацијом у пракси | 1 | На састанцима Комисије за унапређење квалитета рада анлизом показатеља квалитета утврђују се они показатељи које треба унапредити, а са предлогом мера запослени се упознају на састанцима Службе | 12 месеци | - Тимови Службе  - Одговорна сестра Службе  - Главна сестра Службе  - Начелник Службе - Комисија за унапређење квалитета стручног рада Службе | -Сви запослени су упознати са активностима  -анализирати постигнуте резултате и предлагати мере за унапређење |
| 5 | СЗЗЖ  Стандард 3.0  К. 3.7  План лечења се разматра са пацијенткињомодносно са породицом. У картон се евидентира да је ово разматрање обављено. | 1 | Упознавање запослених са законском регулативом везано за вођење медицинске документације | 12 месеци | -сви тимови  -главна сестра  -начелник | - правилно вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства. |
| 6 | ЗЗЖ 4.10  Унапредити евидентирање лекова | 1 | Унапређење евидентирања  санитетског и потрошног материјала,и ампулиране терапије | 12 медсеци | - Главна сестра Службе  - Начелник Службе | - евидентирање у складу са законском регулативом.  - унапређење критеријума |
| 7 | ЗЗЖ 4.11  Регулисати процедурама | 1 | -процедурама унапредити евидентирање требовања ампулиране терапије  -здравствено-васпитни  -сарадња тимова и сестре у интервенцијама  **-**у наредном периоду размотрити могућност пружања услуга давања парентералне терапије својим пацијенткињама | 12 месеци | - Главна сестра Службе  - Начелник Службе | Критеријум унапређен  отварањем просторије—нтервенција за парентералну терапију на задовољство корисница и запослених |
| 8 | СЗЗЖ  Стандард 5.0  К.5.5  Промена плана лечења разматрају се са пацијенткињом односно са породицом пацијенткиње. | 1 | Кроз План унутрашње контроле у Служби контролисати примену обрасца о информисању пацијента са Планом лечења | 12 месеци | -сви тимови  -главна сестра  -начелник | - Информисаност пацијената са Планом лечења  - Поштовање права пацијената |
|  |
| 9 | ЗЗД  Стандард 1.0  К.1.2  Превенција се обавља кроз два типа прегледа:  -систематски прегледи –садржај и тип је везан за популациону групу  -циљани прегледи | 1 | -унутрашњом провером квалитета стручног рада пратити извршење превентиве и вакцинације по плану рада за 2020 годину  -поштовање процедуре рада превентиве и вакцинације  -стучно –методолошко упутство  -вођење мед.документације ,вакцинални картон и здравствени о превентивним прегледима и вакцинацији по процедурама и законској регулативи  -здравствено-васпитни рад о обавезама и предностима вакцинације и превентивних прегледа | 12 месеци | Изабрани лекари  Начелник службе ЗЗД | Повећан обим и квалитет превентивних и циљаних прегледа  Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.  Задовољство корисника службе.  Наставити са активностима |
| 10 | 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. | 1 | Унутрашњом провером квалитета стручног рада контролисати примену процедуре јасног евидентирања плана лечења и коришћења печата плана лечења у здравствени картом. | 12 месеци | Изабрани лекари  Начелник службе ЗЗД | Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.  Задовољство корисника службе.  Наставити са активностима |
| 11 | 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 | 1 | Унутрашњом провером квалитета стручног рада контролисати примену процедуре јасног евидентирања плана лечења и коришћења печата плана лечења и евидентирања потписа у случају одбијања медицинског третмана у здравствени картон. | 12 месеци | Изабрани лекари  Главна сестра  Начелник службе ЗЗД | Вођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.  Задовољство корисника службе.  Одржавање тимског рада и унапређена двосмерна комуникација међу запосленима.  Наставити са активностима |
| 12 | 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 | 1 | Унапређење информационог система ради боље комуникације секундарног и терцијалног нивоа Унутрашњом провером квалитета стручног рада контролисати примену процедуре. | 12 месеци | Изабрани лекари  Начелник службе ЗЗД | 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.  Наставити са активностима |
| 13 | ЖС  Стандард 2.0  Критеријуми 2.1  Постоје процедуре за случај појаве и ширење инфекција повезаних са здравсвеном интервенцијом и заразних болести  . | 1 | Примена Плана,Програма и Правилника за спречавање интрахоспиталних инфекција,унутрашња контрола примењених процедура | 12 месеци | Сви запослени  Комисија за сузбијање интрахоспиталних инфекција  Комисија за управљање медицинским отпадом  Координатор у Служби за санитарну обраду простора | Примена процедура у свакодневном раду,боље вођење документације,безбедност запослених и пацијената |
| 14 | ПП 5.5  Увести критеријум у пуну примену,уредити процедуром | 1 | Комуникација са Службом хитне медицинске помоћи са санитетским транспортом, применити постојећу процедуру: Процена потреба за упућивање у друге Службе ДЗ, бр. 9.16 | 12 месеци | Сви запослени  Шеф Службе за поливалентну патронажу | У случају потребе када је упућивање неопходно организовати транспорт |
| 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 временског рока | 1 | Примена Пословника о раду Комисије за спречављње интрахоспиталних инфекција,.Приликом надзора а у случају уоченог проблема Комисија предлаже мере и поступке према руководећим органима установе и ЗЗЈЗ | 12 месеци | Директор Дома здравља | Боља безбедност запослених и пацијената,уредно вођење записника са сатанака , разматрање и примена препорука са састанака.Поштовање примена процедура и завршетак адаптирања привременог складишта за медицински и фармаколошки отпад  Наставити са унапређењем критеријума |
| 16 | ЖС  Стандард 5.0  K. 5.1 5.2 5.4  Медицински отпад унутар здравсвене установе одлаже се на адекватан начин | 1 | Примена Правилника о управљању медицинским отпадом .Унутрашња контрола примене процедура од стране руководиоца службе | 12 месеци | Координатор у Служби за санитарну обраду простора  Сви запослени који имају додир са медицинским отпадом | Медицински отпад се одлаже у скалду са Правилником о управљању и третману медицинским отпадом,већа безбедност запослених и пацијената  Врши се редовно чишћење и дезинфекција места одлагања медицинског отпада,као и самих контејнера  Наставити са унапређењем критеријума  Редовни надзор поштовања усвојених процедура и планираних активности на спречавању интрахоспиталних инфекција |
| 17 | ЖС  Стандард 7.0  К. 7.3 7.4  У здравственој установи постоји лице одговорно за управљање медицинским отпадом | 1 | Одређено је лице за управљање медицинским отпадом –Координатор у Служби за санитарну обраду простора,има потребну едукацију за рад.Члан је Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција и Комисије за управљање медицинским отпадом | 12 месеци | Координатор у Служби за санитарну обраду простора | Одговорно лице предлаже политику управљања медицинским отпадом у складу са правилником,спроводи унутрашњу контролу,већа безбедност запослених и пацијенат, извештава Комисије о раду  Настављена пословно-техничка сасрадња са Установом која спроводи уништавање медицинског отпада.  Редовни надзор поштовања усвојених процедура и планираних активности на спречавању интрахоспиталних инфекција |
| 18 | ЖС  Стандард 14.0  К. 14.1 14.2  Постоји план за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација | 1 | Актом о процени ризика и Програмом обуке радника дефинисани су ризици од настанка масовних несрећа и акцидентних ситуација | 12 месеци | Директор Дома здравља | Боља безбедност запослених и пацијената,одређена су лица за управљање и координацију у масовним несрећама и акцидентним ситуацијама  Усаглашен план у случају масовних несрећа са позитивним прописима.  Наставити са унапређењем |
| 19 | ЖС  Стандард 15.0  К. 15.1 15.2  Врши се ревизија и промена плана у пракси за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација | 1 | Природа делатности установе је у потпуности сагласна са потребама реаговања у датим ситуацијама јер се обука спроводи кроз редован рад | 12 месеци | Лице задужено за безбедност и здраље на раду  Директор Дома здравља | Едукација кадра повећава и безбедност на раду  Наставити са унапређењем |
| 20 | ЖС  стандард 20.0  К. 20.1 20.8  Постоје адекватне процедуре за вршење стерилизације | 1 | Лице које врши стерилизацију води евиденцију о тачном времену уклјучивања ,времену прописане температуре,врсти материјала који се стерилише као и о хемиској контроли тест трака.Све се евидентира у књизи стерилизације | 12 месеци | Лице које врши стерилизацију  Координатор у Служби за санитарну обраду простора | Правилна припрема материјала за стерилизацију и вођење књиге стерилизације боља безбедност пацијента  Наставити са активностима на унапређењу процедура. |
| 21 | ЖС  Стандард 22.0  К. 22.1 22.2 22.3  Здравсвена установа безбедно рукује опремом,материјалом,уређајима и простором | 1 | Евидентирано одржавање апарата и уређаја.Потписани уговори са овлашћеним сервисерима за одржавање медицинске и друге опреме .постоји план набавке на нивоу служби у установи | 12 месеци | Шеф техничке службе | Редовно сервисирање и одржавање медицинске опреме боља безбедност пацијената  У примени су листе(књижице)сервиса и поправки апарата.Поштује Правилник о безбедности и заштити на раду |
| 22 | ЉР  Стандард 5.0  К.5.1  У здравственој установи постоји управљачка структуракоја одређује :  -лице одговорно за рад организационе јединице  -чланове комисија у организационој јединици  -начин утврђивања и ревизије протокола и водича клиничке праксе  -мере одржавања радне дисциплине | 1 | Пратити се рад руководећих структура по организационим јединицима и доносе се оцене о њиховом раду на годишњем колегијуму установе.  Спроводе се мере за проверу радне дисциплине и у складу са правилником се примењују.  Рад комисија по организационим јединицама претити се кроз одржавање састанака и вођење записника .Праћење извршавања донетих закључака и мера. | 12 месеци | Главне сестре организационих јединица  Главна сестра Дома здравља  Начелници службе  Директор Дома здравља | Добри резултати рада установе који се прате кроз показатеље квалитета и извршавање плана рада. |
| 23 | УИ  Стандард 2.0  К.2.4  Подаци добијени помоћу показатеља се :  -скупљају  -сумирају  -анализирају и тумаче  - презентују по налогу  -користе за унапређење рада | 1 | Редован рад комисије за унапређење квалитета рада (1-2 пута месечно)  Анализа прикупљених података на кварталном нивоу  Упознавање запослених са активностима на унапређењу квалитета и укључивање запослених у те активности. | 12 месеци | Изабрани тимови  Главне сестре служби  Главна сестра установе  Начелници служби  Комисија за квалитет на нивоу установе | Побољшање квалитета стручног рада по службама а самим тим и установе,  Повећање задовољства запослених и корисника.  Наставити са унапређењем |
| 24 | УИ  Стандард 3.0  К. 3.1; 3.2;3.3  Објављују се информације од значаја за здравствену установу и од јавног значаја | 1 | Именовати лице за давање информација од јавног значаја као и лице за давање информација од значаја за здравствену установу.  Поштовати донету процедуру за давање и објављивање информација од значаја за здравствену установу као и присуству ТВ емисијама, трибинима и стручним предавањима. | 12 месеци | Директор ДЗ | Именовано лице за давање и објављивање информација од јавног значаја за здравствену установу и од јавног значаја,одлуком директора установе.Донета процедура број 4.22 За рад лица за давање и објављивање информација од јавног значаја за здравствену установу. |
|  |
| 25 | РУ  Стандард 5.0  К. 5.3;5.4  У случају појаве нежељених догађаја испитује се узрок настанка.  Предузимају се активности отклањања узрока који су довели донежењених догађаја. | 1 | -Редовни састанци комисије за унапређење квалитета  -редовна унутрашња провера квалитета стручног рада  -мотивација запослених да се нежељени догађаји бележе  -израда стратегије за безбедност пацијента по препоруци АЗУС-а  -израда процедуре за пријављивање вербалних и физичких напада на запослене. | 12 месеци | Сви запослени  Главне сестре служби  Главна сестра ДЗ  Начелници служби  Комисија за квалитет ДЗ  Директор ДЗ | Урађена стратегије за безбедност пацијента  Израђена процедура за пријављивање вербалног и физичког напада на запослене  Добра евиденција и анализа нежељених догађаја  Наставити са активностима у циљу сталног пријављивања нежељених догађаја |
| 26 | СУ  Стандард 5.0  К. 5.3;5.4  УО утврђујемере за унапређење свог рада.  УО је дужанда о свом раду и плановима за унапређење рада извештава НО | 1 | Редовни састанци УО прилагођени потребама установе .  Редовна координација УО и НО | 12 месеци | Управни одбор  Надзорни одбор | Добра и конструктивна сарадња УО и НО за бољи квалитет рада установе.Наставити са даљим радом на унапређењу квалитета рада Управног одбора, директора и целе установе .Наставити сарадњу између УО и НО,одржати добру праксу |

**Др Милена Радовановић спец. опште медицине,председник Комисије за квалитет Датум:**

**Др Славица Жарковић спец. Урдгентне медицине,члан 19.02.2020.године**

**Славица Радојевић с. медицинска сестра,члан**

**Мирјана Јовичић мед. Сестра,члан**

**Владимир Чибуковац дипл. инг. Информатике ,члан**