*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 популације20% |
| 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 СлужбамаШеф 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 СлужбамаИнформатичка 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: 1.0K 1.1;1.2;1.3;1.4Повећати 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 | СЗЗОСтандард: 6.0К 6.5Вођење 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 | СЗЗОСтандард: 7.0К. 7.1Прилази 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 8.4Наставити 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 | СЗЗЖСтандард 3.0К. 3.7План 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 4.10Унапредити евидентирање лекова | 1 | Унапређење евидентирањасанитетског и потрошног материјала,и ампулиране терапије |  12 медсеци | - Главна сестра Службе- Начелник Службе | - евидентирање у складу са законском регулативом.- унапређење критеријума |
| 7 | ЗЗЖ 4.11Регулисати 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 унапређенотварањем просторије—нтервенција за парентералну терапију на задовољство корисница и запослених |
| 8 | СЗЗЖ Стандард 5.0К.5.5Промена 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 1.0К.1.2Превенција 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 лекариНачелник службе ЗЗД | Повећан обим и квалитет превентивних и циљаних прегледаВођење медицинске документације по Закону о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.Задовољство корисника службе.Наставити са активностима |
| 10 | ЗЗД Стандард 3.0К. 3.6; 3.7План 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 5.0К 5.1;5.2;5.3;5.4;5.5План 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 лекариГлавна 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 6.0К. 6.5Здравствена 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 2.0Критеријуми 2.1Постоје 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 запослениКомисија за сузбијање интрахоспиталних инфекцијаКомисија за управљање медицинским отпадомКоординатор у Служби за санитарну обраду простора | Примена процедура у свакодневном раду,боље вођење документације,безбедност запослених и пацијената |
| 14 | ПП 5.5Увести 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 запослениШеф Службе за поливалентну патронажу | У случају потребе када је упућивање неопходно организовати транспорт |
| 15 | ЖС Стандард 3.0Критеријуми 3.4 3.5 3.6Комисија 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 отпадНаставити са унапређењем критеријума |
| 16 | ЖС Стандард 5.0K. 5.1 5.2 5.4Медицински 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 простораСви 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 пацијенатаВрши се редовно чишћење и дезинфекција места одлагања медицинског отпада,као и самих контејнераНаставити са унапређењем критеријумаРедовни надзор поштовања усвојених процедура и планираних активности на спречавању интрахоспиталних инфекција |
| 17 | ЖС Стандард 7.0К. 7.3 7.4У 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 радуНастављена 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 14.0К. 14.1 14.2Постоји 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 ситуацијамаУсаглашен план у случају масовних несрећа са позитивним прописима.Наставити са унапређењем |
| 19 | ЖС Стандард 15.0К. 15.1 15.2Врши 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 радуДиректор Дома здравља | Едукација кадра повећава и безбедност на радуНаставити са унапређењем |
| 20 | ЖС стандард 20.0К. 20.1 20.8Постоје 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 стерилизацијуКоординатор у Служби за санитарну обраду простора | Правилна припрема материјала за стерилизацију и вођење књиге стерилизације боља безбедност пацијентаНаставити са активностима на унапређењу процедура. |
| 21 | ЖС Стандард 22.0К. 22.1 22.2 22.3Здравсвена 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 пацијенатаУ примени су листе(књижице)сервиса и поправки апарата.Поштује Правилник о безбедности и заштити на раду |
| 22 | ЉР Стандард 5.0К.5.1У 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 јединицаГлавна сестра Дома здрављаНачелници службеДиректор Дома здравља | Добри резултати рада установе који се прате кроз показатеље квалитета и извршавање плана рада. |
| 23 | УИ Стандард 2.0К.2.4Подаци 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 нивоуУпознавање запослених са активностима на унапређењу квалитета и укључивање запослених у те активности.  | 12 месеци | Изабрани тимовиГлавне сестре службиГлавна сестра установеНачелници службиКомисија 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 3.0К. 3.1; 3.2;3.3Објављују 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 5.0К. 5.3;5.4У 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 запослениГлавне сестре службиГлавна сестра ДЗНачелници службиКомисија за квалитет ДЗДиректор ДЗ | Урађена стратегије за безбедност пацијентаИзрађена процедура за пријављивање вербалног и физичког напада на запосленеДобра евиденција и анализа нежељених догађаја Наставити са активностима у циљу сталног пријављивања нежељених догађаја |
| 26 | СУ Стандард 5.0К. 5.3;5.4УО 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 одборНадзорни 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**