

ИНТЕГРИСАНИ ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА РАДА ЗА 2023. ГОДИНУ

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 обухвата регистрованих корисника вакцином против сезонског грипа	Повећање процената вакцинисаних 3%	План није остварен. Обухват регистрованих корисника старијих од 65 година вакцином против сезонског грипа у 2023. години је 13,83%		Незнатан пад вредности показатеља. Недовољна мотивисаност старијег становништва и/или њихових породица.
2.	Повећање процента обухваћених пацијената оба пола скринизима у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва У 2022. био је КВБ – 2,27 % Депресија-4,20% ДМ тип 2 – 5,25%	Повећање процента 3%	План је у потпуности остварен. Забележено је повећање вредности процента свих показатеља скрининга. КВБ-5,25% Депресија-9,33% Дијабетес-9,10%		
3.	Повећање процента регистрованих корисника старијих од 50 година којима је	Повећање процента упућених пацијената старијих од 50 год на ФОК тест за 3%	План је у потпуности остварен. Забележено је повећање процента регистрованих		

	урађен ФОК тест (у 2022 год је био 2,44 %)		корисника старијих од 50 година којима је урађен ФОК тест- 10,29% (у 2022. години 2,44%)		
4.	Повећања процента оболелих од ДМ тип 2 којима је урађен преглед стопала У 2022. тај проценат је износио 0,14%	Повећање 3%	План је у потпуности остварен. Забележено је повећање вредности процента оболелих од ДМ тип 2 којима је урађен преглед стопала-10,58% (у 2022. години 0,14%)		
5.	Смањење броја упута за специјалистичко-консултативни преглед у укупном броју посета изабраном лекару у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва (у 2022. години тај однос био је 0,21)	Смањење односа упућених пацијената у укупном броју прегледа за 1%	План није остварен. Однос броја упута за специјалистичко-консултативни преглед у укупном броју посета изабраном лекару у Служби за здравствену заштиту одраслог становништва износи 0,24		Повећана потреба одраслог становништва за специјалистичким прегледима. Уједно се бележи и смањен број посета у служби на годишњем нивоу што утиче на вредност показатеља.
6.	Повећање процента оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна у Служби за здравствену заштиту одраслих (у 2022. год је био 9,82%)	Повећање процента оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна за 5%	План није остварен. Процент оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна – 9,58%		Није забележен пораст вредности показатеља.
7.	Повећање процента искључиво дојене одојчади са навршена 3 месеца У 2022. тај проценат износио је 34,78%	Повећање 3%	План није остварен. Процент искључиво дојене одојчади са навршена 3 месеца- 34,80%		Није забележен пораст вредности показатеља. Недовољна мотивисаност мајки.

8.	Повећање процента корисница од 25-64 године обухваћених скринингом на карцином грлића материце (у 2022. години био је 2,80%)	Повећање процента корисница од 25-69 год обухваћених скринингом на карцином грлића материце за 3%.	План је у потпуности остварен. Забележено је повећање процента корисница од 25-64 године обухваћених скринингом на карцином грлића материце-10,89%(у 2022. години био је 2,80%)		
9.	Оснивање саветовалишта за остеопорозу Оснивање саветовалишта за дијабетес Оснивање саветовалишта за преддијабетес Оснивање саветовалишта за ментално здравље	Формирана саветовалишта која пружају услуге	План је у потпуности остварен. Формирана саветовалишта која пружају услуге (саветовалиште за остеопорозу, саветовалиште за психолошку подршку родитељима адолесцената, психолошко саветовалиште за рад са женама у поступку БМО, саветовалиште за меланом, саветовалиште за подршку дојењу...)		

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 корисника који су на питање да ли су урадили скрининг на карцином дебелог црева дали негативан одговор У 2022. год. тај проценат је био 59,5%	Смањење процента за 5%	План делимично остварен. У 2023. години тај проценат је био 56,4%. Смањење процента негативних одговора за 3,1%.		Недовољан одзив корисника због недовољне мотивисаности.
2.	Смањење процента корисника који су на питање да ли су урадили скрининг на карцином грлића материце дали негативан одговор. У 2022. год. тај проценат је био 31,6%.	Смањење процента за 5%	План није остварен. У 2023. години тај проценат је био 32,0%.		Недовољан одзив жена због недовољне мотивисаности и недовољно развијене здравствене свести о значају превентивних прегледа.
3.	Смањење процента корисника који на питање да ли су урадили скрининг на рак дојке дали негативан одговор У 2022. год. тај проценат је био 50,0%.	Смањење процента за 5%	План делимично остварен. У 2023. години тај проценат је био 46,9%. Смањење процента негативних одговора за 3,1%.		Недовољан одзив жена због недовољне мотивисаности и недовољно развијене здравствене свести о значају превентивних прегледа.
4.	Смањење процента корисника који на питање да ли су урадили	Смањење процента за 5%	План је у потпуности остварен.		

	скрининг на КВБ дали негативан одговор У 2022. год. тај проценат је био 63,3%.		У 2023. години тај проценат је био 53,6%. Смањење процента негативних одговора за 9,7%.		
5.	Смањење процента корисника који на питање да ли су урадили скрининг на ДМ тип 2 дали негативан одговор. У 2022. год. тај проценат је био 57,2%	Смањење процента за 5%	План је у потпуности остварен. У 2023. години тај проценат је био 46,6%. Смањење процента негативних одговора за 10,6%.		

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.	Смањење процента запослених који су приликом обављања посла напети, под стресом или притиском. У 2022. години да је под стресом изјавило је 36,5% запослених, а у условима ковида под стресом у 2022. години било је 38,7%	Смањење оних који су приликом обављања изјавили да су под стресом или притиском за 5%	План делимично остварен. У 2023.години да је под стресом изјавило је 33,1% запослених. Смањење процента негативних одговора за 3,4%.		

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

Датум редовне провере _____ 07.11.2022. године спроведена редовна спољна 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.	Безбедност пацијената	Висока безбедност пацијената Повећање броја пријављених нежељених догађаја Мере које се предузимају након разматрања нежељеног догађаја	Достигнут резултат у смислу повећаног пријављивања нежељених догађаја. Пријављено 6 нежељених догађаја у 2023. години. Урађена анализа нежељених догађаја и донете одлуке о мерама корекције		

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	Већи проценат заказаних у односу на незаказане пацијенте	Остварен план. Постигнуто повећање процента заказаних у односу на незаказане пацијенте.		
2.	Редовно пријављивање нежељених догађаја у свим службама.	Повећање броја пријављених нежељених догађаја и адекватно претварање података у информације које ће служити за	Остварен план. Пријављено 6 нежељених догађаја у 2023. години. Анализа нежељених догађаја и доношење одлука и мера корекције		

		доношење одлука и мера корекције			
3.	Континуирана циљана едукација запослених на основу уочених потреба корисника	Повећање броја акредитованих предавања Бољи параметри учинка, веће задовољство и запослених и корисника, смањење броја упута за специјалистичко консултативне прегледе Бољи здравствени исходи	Остварен план. Повећање броја акредитованих предавања запослених. Формирана Комисија за КМЕ. Одржавају се акредитована предавања у установи.		
4	Унапређење вођења медицинске документације	Унапређење вођења медицинске документације према законским регулативама и акредитацијским стандардима	План делимично остварен. Континуиран рад на унапређењу вођења медицинске документације.		Преоптерећеност лекара посетама и услугама на дневном нивоу. Високи административни захтеви. Вођење двојне медицинске документације.
5	Повећање процента превентивних прегледа у свим службама	Повећање превентивних прегледа 5% на годишњем нивоу	Остварен план. Повећање процента превентивних прегледа у већини служби.		

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

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. 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: 1.Депресија – 5.850 2.ДМ – 3355 3.КВБ –2336 4.Карцином колона – 8500 5.Спровођење имунизације -16388	Скрининзи: 1. Депресија-10473 (179.03%) 2. ДМ – 5359 (159.73%) 3. КВБ- 3344 (143.15%) 4. Карцином колона -4149 (48.81%) 5. Спровођење имунизације 10655 (65.02%)	На почетку 2023.год. се кренуло са спровођењем плана рада. Кроз редован рад изабраног лекара, прављен је план за сваки тим посебно и наложено је шефовима амбуланти да квартално анализирају достигнуте резултате.	У 2023. је направљен план превентивних прегледа. Начелница Службе је на основу плана направила план превентиве по амбулантама, а шефови амбуланти план по лекару. Дат је предлог мера да се повећа обухват становништва превентивним прегледима. Већина скрининга је урађена изнад плана јер је план направљен на основу извршења из 2022. када је због актуелне епидемиолошке ситуације велики број лекара био ангажован у ковид амбуланти.
2.	Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа	Скрининзи: 1.Депресија – 5.850 2.ДМ – 3355 3.КВБ –2336 4.Карцином колона – 8500 5.Спровођење имунизације -16388 Превентивни прегледи:	Скрининзи: 1. Депресија-10473 (179.03%) 2. ДМ – 5359 (159.73%) 3. КВБ- 3344 (143.15%) 4. Карцином колона -4149 (48.81%) 5. Спровођење имунизације 10655 (65.02%)	На почетку 2023.год. се кренуло са спровођењем плана рада. Кроз редован рад изабраног лекара, прављен је план за сваки	У 2023. је направљен план превентивних прегледа. Начелница Службе је на основу плана направила план превентиве по амбулантама, а шефови амбуланти план по лекару. Дат је предлог мера да се повећа обухват становништва превентивним прегледима. Већина скрининга је

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Од 19-34 године- 1930 2. 35 година и више- 5400 	<p>Превентивни прегледи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Превентивни преглед 19-34 год- 1469(76.11%) 2. Превентивни преглед 35 год и више-4447(82.35%) 	<p>тим посебно и наложено је шефовима амбуланти да квартално анализирају достигнуте резултате.</p>	<p>урађена изнад плана јер је план направљен на основу извршења из 2022. када је због актуелне епидемиолошке ситуације велики број лекара био ангажован у ковид амбуланти.</p>
3.	<p>Критеријум 1.3 Превентивни прегледи се планирају, а пацијенти се унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа</p>	<p>Скрининзи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Депресија – 5.850 2. ДМ – 3.355 3. КВБ – 1.800 4. Карцином колона – 7.200 5. Спровођење имунизације -81.865 <p>Превентивни прегледи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Од 19-34 године- 2.130 2. 35 година и више- 6.233 	<p>Скрининзи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Депресија-10473 (179.03%) 2. ДМ – 5359 (159.73%) 3. КВБ- 3344 (143.15%) 4. Карцином колона -4149 (48.81%) 5. Спровођење имунизације 10655 (65.02%) <p>Превентивни прегледи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Превентивни преглед 19-34 год- 1469(76.11%) 2. Превентивни преглед 35 год и више-4447(82.35%) 	<p>На почетку 2023.год. се кренуло са спровођењем плана рада. Кроз редован рад изабраног лекара, прављењем плана за сваки тим посебно, наложено је шефовима амбуланти да квартално анализирају достигнуте резултате.</p>	<p>У 2023. је направљен план превентивних прегледа. Начелница Службе је на основу плана направила план превентиве по амбулантама, а шефови амбуланти план по лекару. Дат је предлог мера да се повећа обухват становништва превентивним прегледима. Већина скрининга је урађена изнад плана јер је план направљен на основу извршења из 2022. када је због актуелне епидемиолошке ситуације велики број лекара био ангажован у ковид амбуланти.</p>
4.	<p>Критеријум 1.4 Истражује се и анализира одазив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одазива пацијената</p>	<p>Превентивни прегледи одрслих: Очекује се да број превентивних прегледа буде повећан за 10%.</p>	<p>У 2023. год. је већина скрининга урађена изнад плана. Превентивни прегледи, имунизација становништва и скрининг на рано откривање карцинома колона бележе значајан пораст у односу на 2022.</p>	<p>На почетку 2023.год. се кренуло са спровођењем плана рада. Кроз редован рад изабраног лекара, прављењем плана за сваки тим посебно, наложено је шефовима амбуланти да</p>	<p>У 2023. је направљен план превентивних прегледа. Начелница Службе је на основу плана направила план превентиве по амбулантама, а шефови амбуланти план по лекару. Дат је предлог мера да се повећа обухват становништва превентивним прегледима. Већина скрининга је урађена изнад плана јер је план направљен на основу извршења из 2022. када је због актуелне</p>

				квартално анализирају достигнуте резултате.	епидемиолошке ситуације велики број лекара био ангажован у ковид амбуланти.
5.	Критеријум 1.5 Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дебелог црева	План је урађен на основу СМУ ИЗЈЗ Батут у односу на демографску групу за скрининг (на исти начин као и у условима пре епидемије). Скрининг на карцином колона – 8500	У 2023. год. је већина скрининга урађена изнад плана. Превентивни прегледи, имунизација становништва и скрининг на рано откривање карцинома колона бележе значајан пораст у односу на 2022.	На почетку 2023.год. се кренуло са спровођењем плана рада. Кроз редован рад изабраног лекара, прављењем плана за сваки тим посебно, наложено је шефовима амбуланти да квартално анализирају достигнуте резултате.	У 2023. је направљен план превентивних прегледа. Начелница Службе је на основу плана направила план превентиве по амбулантама, а шефови амбуланти план по лекару. Дат је предлог мера да се повећа обухват становништва превентивним прегледима. Већина скрининга је урађена изнад плана јер је план направљен на основу извршења из 2022. када је због актуелне епидемиолошке ситуације велики број лекара био ангажован у ковид амбуланти.
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, који пружа информације о раду изабраног лекара.	Све мере су предузете. Све информације су биле доступне на огласним таблама, на сајту Дома здравља и средствима јавног информисања, као и путем кол центра.	Није било приговора и жалби пацијената и родбине.

7.	<p>Критеријум 3.1 Потребе пацијената у смислу примене мера превенције, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу</p>	<p>Очекује се да се на свим пунктова поштује процедура о информисаности о раду организационе јединице и поштовање Процедуре о тријажи пацијената.</p>	<p>Медицинска сестра тријажира пацијенте који нису заказали посету изабраном лекару. Лекар узима анамнезу, обавља физикални преглед, упућује на додатну дијагностику, обавља 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. Половином 2016. године увођењем електронског картона лекар има бољи увид у лечење и кретање пацијента кроз службе Дома здравља.</p>	<p>Све мере су предузете.</p>	<p>Није било приговора и жалби пацијената и родбине.</p>
8.	<p>Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента</p>	<p>Очекује се да се медицинска документација правилно води у 85 % картона</p>	<p>Медицинска документација се води по процедури. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у садржај картона.</p>	<p>Све мере су предузете, осим што ће ове године шефови ажурније контролисати вођење здравствене документације.</p>	<p>Недостатак времена због вођења електронског и класичног здравственог картона.</p>
9.	<p>Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом или са породицом пацијента. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено</p>	<p>Очекује се да се медицинска документација правилно води у 85 % картона</p>	<p>Медицинска документација се води по процедури. Увођењем електронског картона лекар има бољи увид у картон.</p>	<p>Све мере су предузете.</p>	<p>Недовољно је времена да се у картону евидентира оно што је разговарано са пацијентом због вођења двојне документације.</p>

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 анализира	Очекује се потпуно спровођење процедуре	Процедура се спроводи.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа.
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 90% 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: - Разлог за посету - Значајне налазе - Све обављене процедуре - Дијагнозу - Медикаментозну терапију и друге видове лечења	Очекује се да у 90% картона буде сагласност пацијента са печатом.	Очекивани резултат је достигнут.	Све мере су предузете.	Нема потешкоћа

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 95% 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 90% 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 буде упознат 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

19.01.2023.

Директор

Др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. 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.	<p>Критеријум 1.1</p> <p>Превенција се обавља у складу са Законом о здравственом осигурању («Сл. гласник РС» бр. 25/2019)</p>	<p>Повећање броја обављених превентивних 2% у односу на претходну годину.</p> <p>Скрининг/ Рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 година – повећати за 4% у односу на претходну годину.</p> <p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – повећати за 9% у односу на претходну годину.</p> <p>Превентивни преглед у вези са планирањем породице – повећати за 3% у односу на претходну годину.</p> <p>Превентивни преглед трудница – повећати за 3% у односу на претходну годину.</p> <p>Психофизичка припрема трудница за порођа 492 – наставити у истом континуитету као и претходне године.</p> <p>Превентивни преглед породиља – повећати за 3% у односу на претходну</p>	<p>У току 2023. године проценат превентивних прегледа је износио 3780 (60,18%).</p> <p>Скрининг/ Рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 година – 3828, што је 68,36%.</p> <p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 453 , што је 15,30%</p> <p>Превентивни преглед у вези са планирањем породице – 1953, што је 68,43%.</p> <p>Превентивни преглед трудница – 1398, што је 89,10%.</p> <p>Психофизичка припрема трудница за порођај – 554, што је 112,60%.</p> <p>Превентивни преглед породиља 570, што је 50,04%.</p> <p>Позивање се обавља по усвојеној процедури</p> <p>Одазив пацијенткиња се редовно прати</p>	<p>Неопходно је интензивирати и позивање пацијенткиња на превентивне прегледе како би остварили планирано.</p>	<p>Анализом одазива утврдили смо да је повећан проценат извршења, али је неопходно и даље радити на повећању одазива на превентивне прегледе. Разлози лошег одазива су били:</p> <ul style="list-style-type: none"> -губитак здравственог осигурања -наводно обављени превентивни прегледи у приватној пракси -страх од прегледа и -страх од добијања лошег резултата -нетачни бројеви телефона -нетачне адресе -организовани систематски прегледи преко фирми ван наше установе у другим Домовима здравља.

		<p>годину. Примена процедуре у свакодневном раду</p> <p>Праћење одазива</p>			
2.	<p>Критеријум 1.2</p> <p>Превенција се обавља кроз два типа прегледа:</p> <ul style="list-style-type: none"> • систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу • циљани прегледи 	<p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 2.960</p>	<p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 453 (15,30%)</p>	<p>Од Дома Здравља Крагујевац смо добили бежичне фиксне телефоне, како би олакшали позивање жена. У току 2023. године Министарств о здравља је планирало позивање пацијенткињ а на скрининг на карцином дојке позивом на кућну адресу, са потписом да је исти примила.</p>	<p>Нетачни бројеви телефона Нетачне адресе</p> <p>Недовољна информисаност о значају превентивних прегледа.</p>

3.	<p>Критеријум 1.3</p> <p>Превентивни прегледи се планирају, а пацијенткиње се унапред, писаним и телефонским путем обавештавају о датуму прегледа.</p>	<p>Скрининг/ Рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 година - 5600</p> <p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година -2960</p>	<p>Скрининг/ Рано откривање рака грлића материце код жена 25-64 година – 3828 (68,36%)</p> <p>Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 453 (15,30%)</p>	<p>Од Дома здравља Крагујевац смо добили бежичне фиксне телефоне, како би олакшали позивање жена. У току 2023.године Министарств о здравља је планирало позивање пацијенткиња на кућну адресу и предложило формирање 15 центара за скрининг грлића материце, један од њих је и наш Дом здравља. Овим се очекује већи обухват и одазив.</p>	<p>Нетачни бројеви телефона Нетачне адресе</p> <p>Недовољна информисаност о значају превентивних прегледа.</p>
4.	<p>Критеријум 1. 4</p> <p>Истражује се и анализира одзив пацијенткиња на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одзива пацијенткиња...</p>	<p>Редовно одржавање састанака где се прати одазив пацијенткиња на превентивне прегледе и праве планови за побољшање одазива.</p> <p>На нивоу службе раде се дневни, недељни,</p>	<p>Превентивни гинеколошки преглед: План: 6281 Одазив 3780</p> <p>Скрининг на рано откривање рака грлића материце: План: 5600 Одазив 3828</p>	<p>Шеф и главна медицинска сестра да анализирају месечни одазив пацијенткиња на све</p>	<p>Служба за здравствену заштиту жена постоји у пет организационих јединица који су умрежени и раде у ИЗИСУ од септембра 2016. год.</p>

		месечни, тромесечни, шестомесечни и годишњи извештаји у којима се прати одазив пацијенткиња.	Скрининг на карцином дојке: План: 2.960 Одазив: 453	врсте превентивних прегледа и дају предлоге тимовима који имају нешто нижи одазив како би се исти побољшао и уједначио на нивоу службе. Начелник службе и главна сестра дају предлоге за побољшање одазива на све превентивне прегледе на свака три месеца.	
5.	Критеријум 1.6 Спровode се скрининг програми за рано откривање карцинома дојке	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 2.960	Скрининг на карцином дојке код жена од 50-69 година – 453 (15,30%)-МЗ и ИЈЗ Батут организовали су рад мобилног мамографа у коме је учествовао Дом здравља Крагујевац	Од Дома здравља Крагујевац добили смо бежичне фиксне телефоне, како би олакшали позивање жена. У току 2023. године Министарство здравља је планирало	Нетачни бројеви телефона Нетачне адресе Недовољна информисаност о значају превентивних прегледа.

				позивање пацијенткиња на скрининг на карцином дојке позивом на кућну адресу, са потписом да је исти примила.	
6.	<p>Критеријум 2.1</p> <p>Прегледи се заказују. Пацијенткиње којима преглед није заказан примају се након тријаже. Малолетне пацијенткиње долазе у пратњи родитеља, односно старатеља</p>	<p>Прегледи у служби за здравствену заштиту жена се заказују свакодневно у ИЗИС-у лично, телефонским путем, преко апликације мој доктор.</p>	<p>У свим организационим јединицама наставиће се заказивање свих врста прегледа.</p>		<p>Проблем код заказивања прегледа понекад представљају хитни случајеви (жене са боловима, крварења) труднице које решавамо добром тријажом од стране тимских сестара.</p>
7.	<p>Критеријум 2.5</p> <p>Пацијенткињи, односно породици пацијенткиње пружају се информације о раду организационе јединице</p>	<p>Све важне информације везане за рад службе јасно истакнуте на свим огласним таблама службе за здравствену заштиту жена.</p> <p>Пацијенткиња могу да закажу свој преглед или да исти откажу и закажу нов термин.</p> <p>Изабрани тим има задатак да сваком од пацијената или чланова њихове породице објасни дијагнозу пацијента и план његовог даљег лечења.</p>	<p>Све важне информације везане за рад службе јасно истакнуте на свим огласним таблама службе за здравствену заштиту жена.</p>		<p>Служба за здравствену жену постоји у пет организационих јединица који су умрежене и раде у ИЗИСУ од септембра 2016. год.</p>

8.	<p>Критеријум 3.6</p> <p>План лечења се јасно евидентира у здравственом и електронском картону пацијенткиње.</p>	<p>Сви лекари јасно у својим здравственим и електронским картонима евидентирају план лечења пацијената и о истом га обавештавају.</p>			
9.	<p>Критеријум 3.7</p> <p>План лечења се разматра са пацијенткињом, односно породицом. У здравственом и електронском картону се евидентира да је ово разматрање обављено.</p>	<p>У здравственим и електронским картонима евидентира се долазак пацијената са чланом или члановима породице или долазак некога од чланова породице у случају немогућности доласка самог пацијента.</p>	<p>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</p>		
10.	<p>Критеријум 4.1</p> <p>Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијенткиње Лица одговорна за спровођење лечења су евидентирана у здравственом картону пацијенткиње Свака промена лица одговорног за лечење се евидентира у здравственом картону пацијенткиње Запослени су упознати с тим које лице је одговорно за лечење пацијенткиње</p>	<p>У свим организационим јединицама службе за здравствену заштиту жена постоје видно истакнути тимови лекара који раде у тој служби и који могу бити изабрани од стране пацијента. Такође на видном месту- огласној табли постоји јасно истакнуто и који лекар мења изабраног лекара у случају његовог дужег одсуствовања.</p>	<p>У свим организационим јединицама службе за здравствену заштиту жена постоје видно истакнути тимови лекара који раде у тој служби и који могу бити изабрани од стране пацијента. Такође на видном месту- огласној табли постоји јасно истакнуто и који лекар мења изабраног лекара у случају његовог дужег одсуствовања.</p>		<p>Понекад у појединим организационим јединицама немамо изабраног лекара (болест, коришћење годишњег одмора), а на свим огласним таблама је истакнуто обавештење која организациона јединица прима пацијенте одсутног лекара.</p>
	<p>Критеријум 4.3</p>	<p>План лечења видно истакнут у здравственом картону пацијената. Са</p>	<p>План лечења видно истакнут у здравственом картону пацијената. Са планом лечења упознат је</p>		

11.	План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијенткиње	планом лечења упознат је пацијент и тимска медицинска сестра.	пацијент и тимска медицинска сестра		
12.	Критеријум 4.4 Лечење се спроводи према предходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. водичи добре клиничке праксе, пут лечења и др.)	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.		
13.	Критеријум 4.6 Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.	Сви запослени су упознати са садржајима Етичког кодекса о чему постоји писани документ.	На првом колегијуму лекара и сестара у служби увек се прочита Етички кодекс понашања када се сви запослени још једном упознају са садржајем истог што сви приступи својим потписима и потврде.		
14.	Критеријум 4.9 Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентира се у здравственом картону пацијенткиње.	Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентира се у здравственом и електронском картону пацијенткиње.	Шеф и главна сестра месечно обилазе неколико организационих јединица и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		
15.	Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира.	План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са	Шеф и главна сестра месечно обилазе неколико организационих јединица и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		

		изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређеног организационе јединице.			
16.	<p>Критеријум 5.2</p> <p>Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону.</p>	Циљ лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог и електронског картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређене организационе јединице.	Шеф и главна сестра месечно обиђу неколико организационих јединица и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		
17.	<p>Критеријум 5.3</p> <p>Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону.</p>	План лечења се редовно анализира. На колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређене организационе јединице.	Шеф и главна сестра месечно обиђу неколико организационих јединица и контролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		
	Критеријум 5.4	План лечења се редовно анализира. На	Шеф и главна сестра месечно обиђу неколико организационих		

18.	Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијенткиње обавештавају се о променама у плану лечења	колегијумима лекара и сестара се инсистира на процедури за вођење здравственог картона са изношењем примера које су главна сестра и шеф службе пронашли у контроли одређене организационе јединице.	јединица и контролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		
19.	Критеријум 5.5 Промене плана лечења разматрају се са пацијенткињом односно породицом пацијенткиње	Овај критеријум од посете акредитационе комисије се доследно примењује и више пута на састанцима колегијума је инсистирано на истом.	Шеф и главна сестра месечно обиђу неколико организационих јединица и контролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената.		
20.	Критеријум 6.1 У здравствени и електронски картон пацијенткиње уноси се резиме лечења који обухвата #Разлог за посету #Значајне налазе #Све обављене процедуре #Дијагнозу #Медикаментну терапију и друге видове лечења	У здравствени и електронски картон пацијенткиње по завршетку лечења уноси се резиме лечења са фотокопијама отпусних листа пацијенткиње.	Шеф и главна сестра месечно обиђу неколико организационих јединица и контролишу да ли су у здравственом картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената		
21.	Критеријум 6.5 Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе.	У здравствени и електронски картон пацијенткиње по завршетку лечења уноси се резиме лечења са фотокопијама отпусних листа пацијенткиње.	Шеф и главна сестра месечно обиђу један од пунктова и контролишу да ли су у здравственом и електронском картону уписани сви битни параметри везани за лечење пацијената		
	Критеријум 7.1	Обезбедити прилаз у свим организационим	У две организационе јединице (Станово и Централни диспансер)	У три организацио	У наредном периоду инсистираћемо на налажењу

22.	Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан. Постоји улаз за особе са инвалидитетом. Локација здравствене установе и улаз у организационе јединице обележени су одговарајућим ознакама	јединицама за особе са инвалидитетом . У две организационе јединице (Станово и Централни диспанзер) постоји адекватан прилаз за особе са инвалидитетом који је јасно обележен.	постоји адекватан прилаз за особе са инвалидитетом који је јасно обележен.	не јединице не постоји адекватан прилаз за особе са инвалидитетом.	средстава за проналажење решења овог проблема.
23.	Критеријум 7.2 Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме	Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме	Главна сестра службе и надзорна сестра службе прате списак опреме и распоред одржавања и баждарења сваког дела опреме. Једном годишње директор Дома здравља одређује пописну комисију која одпрати да ли су сви уређаји у реду, да ли су прописно севисирани и баждарени. На нивоу Дома здравља постоји лице за безбедност и заштиту на раду које је задужено за распоред и план сервисирања и баждарења апарата.		
24.	Критеријум 7.3 Бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења	Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме	Главна сестра службе и надзорна сестра службе прате списак опреме и распоред одржавања и баждарења сваког дела опреме. Једном годишње директор Дома здравља одређује пописну комисију која одпрати да ли су сви уређаји у реду, да ли су прописно севисирани и баждарени. На нивоу дома здравља постоји лице за безбедност и заштиту на раду које је задужено за распоред и план сервисирања и баждарења апарата.		
25.	Критеријум 8.1 Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене	Сви запослени су упознати са садржајима стратешког плана о чему постоји писани документ.	Члан тима из наше организационе јединице нас обавештава о свим променама на нивоу установе и помаже нам при прављењу		

	установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.		Годишњег плана везаног за квалитет.		
26.	<p>Критеријум 8.2</p> <p>Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.</p>	<p>Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.</p> <p>На изради плана унапређења квалитета учествовали сви чланови тима за акредитацију уз консултацију Комисије за квалитет на нивоу установе.</p>	Члан тима из наше организационе јединице нас обавештава о свим променама на нивоу установе и помаже нам при прављењу годишњег плана везаног за квалитет.		
27.	<p>Критеријум 8.3</p> <p>Планом за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента одређују се области које би требало побољшати, мере које би требало предузети, као и резултати и праћење истих.</p>	<p>Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.</p> <p>На изради плана унапређења квалитета учествовали сви чланови тима за акредитацију уз консултацију Комисије за квалитет на нивоу установе.</p>	Члан тима из наше организационе јединице нас обавештава о свим променама на нивоу установе и помаже нам при прављењу годишњег плана везаног за квалитет.		
28.	<p>Критеријум 8.4</p> <p>Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.</p>	Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.	На првом колегијуму лекара и сестара у служби увек се прочита план унапређења квалитета рада како би се сви запослени још једном упознали садржајем истог. На колегијуму присуствује члан комисије за унапређење квалитета који обавести све запослене који су главни циљеви за квалитет у тој години.		

29.	<p>Критеријум 8.5</p> <p>Показатељи квалитета рада и безбедности пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета. Одређени су подаци који се прикупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података.</p>	<p>Показатељи квалитета рада и безбедности пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета. Одређени су подаци који се прикупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података.</p>	<p>Редовно се прате утврђени показатељи</p>		
30.	<p>Критеријум 8.6</p> <p>Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. При одабиру запослених који ће учествовати и посебним активностима на плану унапређења квалитета разматрају се природа активности на плану квалитета рада и безбедности, као и радно оптерећење запослених. Све активности које се односе на квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређени.</p>	<p>Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. При одабиру запослених који ће учествовати и посебним активностима на плану унапређења квалитета разматрају се природа активности на плану квалитета рада и безбедности, као и радно оптерећење запослених. Све активности које се односе на квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређени.</p>	<p>Одређене су особе које учествују у активностима на плану унапређења квалитета рада водећи рачуна о радном оптерећењу и квалификацијама</p>		

Извештај урадили:
Тим службе за здравствену заштиту жена
Начелник службе др Ивица Магдић
Главна сестра службе: вмс Јелена Стојановић

Датум:
01.02.2024.

Директор:
др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. 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.	<p>Критеријум 1.1 Превенција се обавља у складу са законом Потребно је поштовање законских одредби при планирању и обављању превентивних прегледа</p> <p>Критеријум 1.2 Превенција се обавља кроз два типа прегледа: -систематски прегледи -циљани прегледи</p>	<p>1. Све усвојене процедуре се примењују у пракси</p> <p>2.Према показатељима квалитета за 2023. у педијатрији је 88,72% извршења превентивних прегледа</p>	<p>- Поштовање задатог плана превентивних прегледа и процедуре</p> <p>- Извршење се прати периодично, на три месеца, подаци се достављају Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада</p> <p>- Извршење за 2023.г у оквиру целе педијатрије према показатељима квалитета, проценат превентивних прегледа у укупном броју посета код лекара показује пораст у односу на претходну годину</p>	Све мере и активности предузете	Епидемиолошка ситуација услед вируса Ковид 19 условила је смањење одзива деце на прегледе У току 2023 године одзив на превентивне прегледе повећан за 10%
2.	<p>Критеријум 2.2 Обавља се тријажа на месту контакта,како би пацијент био збринут</p> <p>Критеријум 3.2 Утврђује се и свединтира у здравственом картону, потреба за</p>	<p>Сви запослени поштују процедуре за пријем и тријажу пацијената</p> <p>Повећање заказаних прегледа у куративи кроз електронски картон</p>	<p>- Први куративни преглед у педијатрији се не заказује</p> <p>-Поштује се процедура о заказивању прегледа, лекар заказује кроз електронски картон, приликом првих прегледа</p> <p>- Унутрашњим стручним надзором здравствених картона и медицинске документације утврђено повећање заказаних контролних куративних прегледа</p>	Све мере и активности предузете	Нема тешкоћа у заказивању, у 10% случајева не поштује се заказан термин прегледа

	<p>упућивање на дијагностичке тестове(лабораторија, дијагностичка снимања)</p> <p>Критеријум 3.3 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање лекару специјалисти</p> <p>Критеријум 3.4 Утврђује се и евидентира у здравственом картону, потреба за упућивање у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе</p> <p>Критеријум 3.5 Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпусту из друге здравствене установе</p> <p>Критеријум 3.6 План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента</p> <p>Критеријум 3.7 План лечења се разматра са пацијентом, односно порордицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено</p>	<p>Све усвојене процедуре се примењују у пракси</p> <p>2. Јасно приказан план лечења у 90% контролисаних здравствених картона</p> <p>3. План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу</p> <p>4. Уз писани план лечења евидентирана сагласност родитеља у 100% контролисаних картона</p> <p>5. У раду потпуно примењени водичи добре клиничке праксе</p>	<p>Сви запослени поштују процедуру вођења здравственог картона и медицинске документације.</p> <p>Увођењем електронског картона у свакодневни рад запослених потпуно испоштована процедура, јер електронски картон садржи све потребне параметре.</p> <p>Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање адекватно уписаних потреба за лабораторијским анализама, као и специјалистичким прегледима, сви извештаји, са бројем прописаних упута кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада</p>	<p>Све мере и активности предузете</p>	<p>Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум</p>
<p>3.</p>	<p>Критеријум 4.3</p> <p>План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу</p> <p>Критеријум 4.9</p> <p>Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента</p>	<p>. Све усвојене процедуре се примењују у пракси</p> <p>2. Јасно приказан план лечења у 90% здравственом картону</p> <p>3. План лечења у потпуности евидентиран и јасан свим запосленима који учествују у лечењу</p>	<p>Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона;</p> <p>Сви извештаји кавартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада</p>	<p>Све мере и активности предузете</p>	<p>Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум.</p>

<p>4.</p>	<p>Критеријум 5.1 План лечења се редовно анализира</p> <p>Критеријум 5.2 Промене циља лечења евидентирају се у здравственом картону</p> <p>Критеријум 5.3 Промене у плану лечења евидентирају се у здравственом картону</p> <p>Критеријум 5.4 Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијената обавештавају се у променама у плану лечења</p> <p>Критеријум 5.5 Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента</p>	<p>Сви запослени упознати са прописима и процедурама вођења медицинске документације и у потпуности их поштују</p> <p>2. У 90% контролисаних здравствених картона јасно уписани сви параметри</p>	<p>Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона;</p> <p>Имплементиран свакодневни рад свих запослених у електронском картону који садржи све потребне параметре.</p> <p>Сви извештаји квартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада</p>	<p>Све мере и активности предузете</p>	<p>Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум</p>
	<p>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</p>	<p>Потпуно и јасно вођење здравственог картона и медицинске документације</p> <p>У 90% контролисаних здравствених картона уписани уписани сви подаци</p>	<p>Унутрашњим стручним надзором здравствених картона утврђено постојање плана и циља лечења у 85 % прегледаних картона; сви извештаји квартално достављени Стручном савету и Комисији за унапређење квалитета рада</p>	<p>Све мере и активности предузете</p>	<p>Имплементацијом електронског картона задовољен критеријум</p>

5.	<p>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</p> <p>Критеријум 8.4 Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијената</p> <p>Критеријум 8.6 Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената</p>	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.
----	---	--	---	---------------------------------	--

План урадили:

Тим за здравствену заштиту деце и омладине
Др Мирјана Илић – вођа тима

Датум
20.01.2024.г

Директор
др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. 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.	<p>Критеријум 8.5</p> <p>Показатељи квалитета рада и безбедност пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности за унапређење квалитета</p> <p>% заказаних пацијената у ИЗИСУ. 2023. достигнут је ниво 70,88%.</p>	<p>60 % заказаних пацијента у ИЗИСУ-у до краја 2023. године у СКС, поштујући разлике по одељењима:</p> <p>Интерно, психијатрија, очно, ушно, кожно, пулмологија</p>	<p>Процент заказаних пацијената је повећан у односу на очекивани резултат из 2022.године.</p>	<p>Креирање дневних термина је обављено у пуном обиму посебно током првог квартала због епидемиолошке ситуације</p>	<p>Број дневних термина које лекар креира у ИЗИСУ.</p> <p>Усаглашеност рада лекара СКС и изабраног лекара.</p>

Извештај урадили
Тим за специјалистичко консултативну делатност
Др Гордана Николић, вођа тима

Датум
29.01.2024.

Директор
Др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

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.	<p>Критеријум 1.5 - 1.7</p> <p>Израда нових процедура које дефинишу рад у Саветовалишту за дојење, утврђивање потреба за патронажним посетама одојчету и одојчету под ризиком</p> <p>Израда нових процедура које дефинишу примену програма „Разиграно родитељство“ и „Брига о родитељима и старатељима“</p>	<p>Усвајање и примена процедура у редовном раду</p>	<p>Израђене четири нове процедуре :</p> <p>Процедура за рад патронажне сестре у Саветовалишту за дојење</p> <p>Процедура за утврђивање потреба за патронажним посетама одојчету и одојчету под ризиком</p> <p>Процедура за примену програма „Разиграно родитељство“ кроз активности које спроводи ППС</p> <p>Процедура за примену Програма „Брига о родитељима и старатељима“ кроз активности које спроводи ППС</p> <p>Процедуре се примењују у редовном раду, квартални извештај о квалитету рада службе</p>	<p>Предузете су све планиране мере и активности</p>	<p>Нема утврђених потешкоћа</p>

Извештај урадили:

Тим за поливалентну патронажу
ВМС Славица Николић, вођа тима

Датум:
28.01.2024.

Директор
др Василије Антић

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

Датум последње акредитациске посете: 18.11.2021

Тим за радиолошку 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.	<p>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.</p>	<p>Унапређење квалитета рада, брига за безбедност пацијената, у складу са пандемијом Ковид -19, организација и рад у Амбуланти за фебрилна стања и респираторне инфекције. Унапређење квалитета рентген , уз и мамографских прегледа не ковид пацијената, као и скрининг мамографских прегледа.</p>	<p>План испуњен у високом проценту.</p>	<p>Предузете су све планиране мере и активности.</p>	<p>Недостатак радиолога</p>
2.	<p>Критеријум 2.2 План дијагностичких процедура и лечење пацијената су засновани на потребама пацијента.</p>	<p>Унапређење и побољшање рада у служби. Усклађивање за рад у Амбуланти за фебрилна стања и респираторне инфекције и рада са не ковид пацијентима рентгенских, уз и мамографских прегледа.</p>	<p>Ревидиране процедуре прилагођене лечењу пацијената према исказаним потребама Амбуланти за фебрилна стања и респираторне инфекције и за потребе не ковид пацијената.</p>	<p>Предузете су све планиране мере и активности</p>	<p>Недостатак радиолога</p>

3.	<p>Критеријум 4.2</p> <p>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</p>	<p>Унапређење и побољшање рада у служби.</p>	<p>Ради се према усвојени процедурама, а уз подршку информационог радиолошког система</p>		
4.	<p>Критеријум 8.1</p> <p>Организациона јединица има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијената. Планом идентификовати области за унапређење.</p>	<p>Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.</p>	<p>Служба има План за унапређење квалитета рада и безбедности пацијената за 2023. Састанци запослених на тему унапређења квалитета.</p>	<p>Предузете су све планиране мере и активности</p>	
5.	<p>Критеријум 8.2</p> <p>Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента. Израдити план унапређења квалитета рада по областима</p>	<p>Унапређење квалитета и безбедности рада Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.</p>	<p>Служба има План за унапређење квалитета рада и безбедности за 2023. и поступа према планираним мерама и активностима. Састанци запослених на тему унапређења квалитета.</p>	<p>Предузете су све мере и активности</p>	

6.	<p>Критеријум 8.3</p> <p>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</p>	<p>Унапређење квалитета и безбедности рада</p> <p>Подизање нивоа задовољства пацијената и запослених.</p>	<p>Показатељи се прате квартално, анализира се извршење и предлажу мере за унапређење у случају потребе</p>		
7.	<p>Критеријум 8.4</p> <p>Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. Упознати запослене са активностима на унапређењу квалитета рада</p>	<p>Да сви запослени буду упућени у план унапређења квалитета рада</p>	<p>Редовно се одржавају састанци запослених на тему унапређења квалитета и сви запослени су упознати са планираним активностима као и са својим задацима на унапређењу квалитета рада и безбедности</p>		
8.	<p>Критеријум 8.6</p> <p>Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао. Предузимати активности на унапређењу задовољства запослених</p>	<p>Унапређење квалитета и безбедности рада</p> <p>Подизање нивоа задовољства запослених.</p>	<p>Ради се анализа задовољства запослених и пацијената и предлажу мере за унапређење</p>		

Извештај израдили:
Тим за радиолошку дијагностику
Др Светлана Маринковић

Датум
01.02.2024

Директор
Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. Тим 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.	Критеријум 3.5 Постоји руководилац лабораторијске службе који има одговарајуће квалификације за то радно место	Руковођење службом од стране лица које подлеже и поседује професионалне, саветодавне, организационе, административне карактеристике предвиђене актом о систематизацији и описом послова. Руковођење подјединицама од стране стручних лица која имају лиценцу за рад у лабораторији	Службом руководи лице које подлеже лиценцирању и поседује професионалне, саветодавне, организационе, административне карактеристике предвиђене актом о систематизацији и описом послова. Подјединицама руководе стручна лица која имају лиценцу за рад у лабораторији		
2.	Критеријум 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	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, Урађена је пројектна документација Просторије за пријем пацијената за које се сумња да имају Covid-19 су у непосредној близини Амбуланта за фебрилна стања и респираторне инфекције, издвојене су, у приземљу, са посебним улазом и садрже чекаоницу, простор за	Није почела реализација пројекта изградње новог објекта	Недостатак финансијских средстава

<p>организационој јединици лабораторијске дијагностике постоје одговарајуће и адекватно обележене просторије за пријем, отпремање и руковање узорцима, укључујући и простор за 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</p> <p>Обезбедити простор у складу са критеријумом</p>		<p>пријем пацијената и сакупљање примарних узорака, одвојен део за обраду и анализу узорака. Простор је опремљен рачунарима који су умрежени у информациони систем Дома здравља. Пријем пацијената са сумњом на <i>COVID 19</i> се обавља без одлагања и резултати издају одмах.</p> <p>Делимичном реорганизацијом простора у склопу централне лабораторије Дома здравља Крагујевац омогућили смо квалитетнији и ефикаснији пријем пацијената одвојене радне целине, у којима се налазе нови савремени лабораторијски аналјзери, ефикаснији безбеднији и удобнији рад. Истовремено запослени су добили и одвојену заједничку просторију за одмор и гардеробу. У оквиру простора који нам је сада на располагању постоји и део где се адекватно чува један део реагенаса. Због потребе адекватног чувања контролних материјала и калибратора, лабораторија има могућност њиховог замрзавања на -20°C. Реагенси контролни матријал и узорци се чувају и у фрижидерима на 2°C-8°C на начин који је</p>		
---	--	--	--	--

			за то прописан у процедурама.		
3.	<p>Критеријум 5.2</p> <p>Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторије и усклађености са потребама организационе јединице. Процена ће утврдити недостатке и мере за отклањање истих.</p> <p>Критеријум увести у примену</p>	<p>Редовне периодичне контроле стања просторија</p> <p>Унапређење квалитета рада и безбедности пацијената и запослених</p>	<p>Ради се редовна контрола процене стања просторија и њихове функционалности у сарадњи са службом заштите на раду по утврђеним процедурама.</p> <p>У току су преговори са локалном управом о обезбеђењу локације и финансијских средстава за изградњу централизоване лабораторије Дома здравља</p>		
4.	<p>Критеријум 8.1</p> <p>Организациона јединица лабораторијске дијагностике има план за стално унапређење квалитета рада и безбедност пацијената. 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.</p> <p>Усталити праксу</p>	<p>Побољшање квалитета рада и безбедности (спречавање контаминације биолошких узорака, хемолIZE, смањивање утицаја спољашњих фактора). Брзи проток информација са електронским извештајима лабораторијских резултата (за један сат је извештај доступан ординирајућем лекару). Хитни упути се приоритетирају и прослеђују одмах на обраду и као извештаји</p>	<p>Прати се квалитет узорака свакодневним праћењем броја хемолизираних, липемичних, узорака са присутном нежељеном коагулацијом. Број се анализира на месечном нивоу и упоређују се добијени резултати на различитим пунктoвима и на основу тога предузимају све потребне мере за смањење истих, а у циљу добијења правовремено што тачнијих резултата. Уведена је електронска евиденција за пријем и издавање реагенаса 1. јуна 2022.</p> <p>Поред спровођења унутрашње контроле тачности и прецизности резултата добијених биохемијским и хематолошким анализама у нашој лабораторији, радимо и поређење са</p>		

			<p>результатима који су добијени анализама у лабораторији Клиничког центра Крагујевац и Дома здравља Кнић. У плану нам је да упоређивење резултата буде и у одговарајућим временским интервалима јер су то установе којима најчешће гравитирају наши пацијенти. Поред међулабораторијске контроле квалитета аналитичког рада апарата, од марта 2024.године радиће се и редовна спољашња контрола квалитета за хематолошке, хемостазне и биохемијске апарате и методе.Различито у односу на почетак предходног лиценцног периода је и то да сада у Служби лабораторијске дијагностике постоји Лабораторијски Информациони Систем ЛИС који нам је обезбедио брзину и тачност приликом пријема и идентификације пацијената, у току аналитичких поступака на лабораторијским инструментима и приликом извештаваља о добијеним резултатима анализа и тд. Увођењем у употребу вакум система за узорковање крви смо унапредили квалитет рада, безбедност пацијената и запослених.</p>		
--	--	--	--	--	--

5.	<p>Критерију 8.8</p> <p>Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао</p>	<p>Унапређење квалитета рада запослених</p> <p>Виши ниво задовољства запослених</p>	<p>На састанцима се разменом мишљења и поделом задужења налазе најбоља решења за актуелне проблеме и задатке. Међусобном сарадњом учесника у различитим даловима процеса рада у лабораторији остварује се потпуна примена процедура приликом лабораторијских испитивања.</p> <p>Анкете о задовољству запослених се прате на нивоу Службе и Дома здравља и њихови се резултати редовно анализирају, на основу којих се доносе мере које воде унапређењу квалитета рада Службе лабораторијске дијагностике Дома здравља Крагујевац.</p>		
----	---	---	---	--	--

Извештај урадили:
Тим за лабораторијску дијагностику
Др Весна Ерац, вођа тима

Датум
24. 01. 2024.

Директор
Др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

Тим за заштиту животне средине

Р.бр.	Предмет унапређења	Очекивани резултат	Достигнути резултати	Мере и активности	Утврђене тешкоће/ препреке
0	1	2		3	4
1.	Критеријум 20.1 Стерилизатори су смештени у засебну зону у односу на зону обраде	Адекватна стерилизације	Адаптиран простор и набављен стерилизатор	У складу са просторним и материјалним могућностима ДЗ, обезбеђен је простор, адаптиран и набављен стерилизатор .	Услед финансијске ограничености технички део иде мало спорије.

План урадили:

Тим заштите животне средине
Славица Вукосављевић, вођа тима

Датум
22.1.2024.год.

Директор
Др Василије Антић

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

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. 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	Сигурнији и безбеднији рад запослених	Извештаји о обављеним прегледима и контролама у складу са законом и правилником	Све потребне мере и активности су предузете.	Нема потешкоћа

Извршење урадили:
Тим за Људске ресурсе
Данијела Новаковић, вођа тима

Датум
20.01.2024.год.

в.д. Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021.

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.	<p>Критеријум 1.1</p> <p>Садржај здр.документације урађен је према смерницама Владе РС</p> <p>Наставити са активностима које унапређују вођење медицинске документације.</p>	<p>Медицинска документација се води у складу са законском регулативом</p> <p>Правовремено информисање запослених о променама у законској регулативи за вођење мед. документације</p> <p>Тим за УИ отклања евентуалне неправилности по процедури, обезбеђена сва мед.документација</p> <p>Правовремено уочавање неправилности и њихово отклањање</p> <p>Примена и поштовање усвојених процедура</p>	<p>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.</p> <p>2. Уведено је прослеђивање информација Е-путем, додељене су е-маил адресе одговорним лицима.</p> <p>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</p>	<p>Поједини радни процеси који се односе на административни рад нису у потпуности покривени е-пословањем</p>	<p>Сви запослени 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</p>
2.	<p>Критеријум 1.2</p>	<p>У свим објектима ДЗ уведен Ел.здравствени картон</p> <p>Ефикаснији рад услед брже доступности података, прослеђивање информација и обавештења електронским путем, електронско плаћање</p>	<p>1. Уведен Е-картон у свим организационим јединицама ДЗ</p> <p>2. Уведен Лабораторијски информациони систем у свим организационим јединицама ДЗ</p> <p>3. Уведен је Радиолошки информациони систем и интегрисан за е-картоном</p>	<p>Набавка нове рачунаске опреме и периферних уређаја</p>	<p>Недостатак финансијских средстава за редовно занављање технолошке и ИТ опреме.</p>

	Уколико је уведена електронска документација, урађена је према предвиђеним стандардима МЗ	Унапређење квалитета рада, правремена информисаност, смањење непотребног штампања и копирања материјала	<p>4. Уведен нови софтвер за административне послове (магацин, књиговодство, кадрови, обрачун зарада) и у потпуности имплементирано електронско плаћање.</p> <p>5. Сви објекти ДЗ умрежени, стари сервери замењени новим</p> <p>6. Информације и обавештења се прослеђују Е-путем у организационе јединице, у Р. заједници уведено е-пословање по процедури.</p> <p>7. Све информације се прослеђују Е-путем</p> <p>8. Усвојен акт о безбедности информација у складу са Законом</p> <p>9. Усвојен План интегритета установе у складу са Законом.</p>		
3.	<p>Критеријум 1.4</p> <p>По отпугу пацијената здравствена документација се комплетира и у предвиђеном року архивира</p> <p>Наставити са активностима на даљем унапређењу система архиве</p>	<p>Сва документација се архивира према усвојеним процедурама</p> <p>Поштовање и примена процедура</p> <p>Спроведена едукација и доедукација у Градском архиву</p> <p>Подизање ефикасности рада, бржи приступ подацима</p>	<p>1. Формирана Централна архива, сва документација се архивира према усвојеним процедурама, систематизована радна места за 3 архивара, према Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији.</p>		

4.	<p>Критеријум 2.4 Подаци добијени помоћу показатеља се:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сакупљају, • сумирају, • анализирају и тумаче, • презентују по налогу, • користе за унапређење рада. <p>Користити прикупљене податке за унапређење квалитета рада</p>	Активно укључивање запослених у процес прикупљања података за процес унапређења квалитета рада	Сви запослени активно укључени у процес прикупљања података за процес унапређења квалитета рада		
----	---	--	---	--	--

Извештај урадили:

Тим за управљање информацијама
Данијела Петровић, вођа тима
Дејан Стевановић, информатичар

Датум
20.01.2024.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете: 18.11.2021. 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.	<p>Критеријум 3.2</p> <p>Постоје поступци по којима се врши усклађивање постојећих ресурса са потребама корисника услуга</p>	<p>Виши ниво усклађености ресурса. Достављени извештаји.</p>	<p>Редовно се достављају потребни извештаји, прате се резултати рада и исказне потебе и на основу њих одлучује о адекватном распоређивању ресурса</p>	<p>Све активности су реализоване</p>	<p>Недостатак финансијских средстава за набавку свих предложених добара и опреме</p>
2.	<p>Критеријум 7.4</p> <p>У случају потребе за побољшањем учинка, руководство предузима одговарајуће мере у циљу</p>	<p>Побољшање учинка и постизање планираних резултата</p>	<p>Сви руководиоци у Дому здравља редовно прате извршење Плана рада, извештавају менаџмент који доноси одговарајуће мере како би се учинак побољшао</p>	<p>Све активности се реализују према предвиђеној динамици</p>	

	постизања побољшања учинка, на основу показатеља				
3.	Критеријум 8.1 Утврђене су политика и процедуре рада здравствене установе	Поштовање усвојених процедура и протокола у свакодневном раду	Праћене су све законске измене и у складу са са њима процедуре су ревидиране. Унутрашња и спољашња контрола показује да запослени поступају у свакодневном раду по усвојеним процедурама и протоколима.	Све активности се реализују према предвиђеној динамици	Све активности су реализоване
4.	Критеријум 8.4 Процедуре се ревидирају и мењају у складу а потребама	Све процедуре се примењују 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, а комплетна ревизија процедура обављена је током 2023. године	Све активности су реализоване	

Извештај урадили:

Тим за руковођење
др Василије Антић, вођа тима

Датум
28.01.2024.

Директор
др Василије Антић

Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије

Датум последње акредитацијске посете : 18.11.2021. Тим за стандарде управљања

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 4.4 Управни одбор поступа и доноси одлуке на основу добијених информација	Управни одбор разматра и доноси одговарајуће одлуке према исказаним поребама	Управни одбор разматра и доноси одлуке према исказаним потребама	Планиране мере и активности су испуњене	

Извештај урадили:

Тим за стандарде управљања
Горан Љубисављевић, вођа тима

Датум
28.01.2024.

Директор
др Василије Антић