



Република Србија

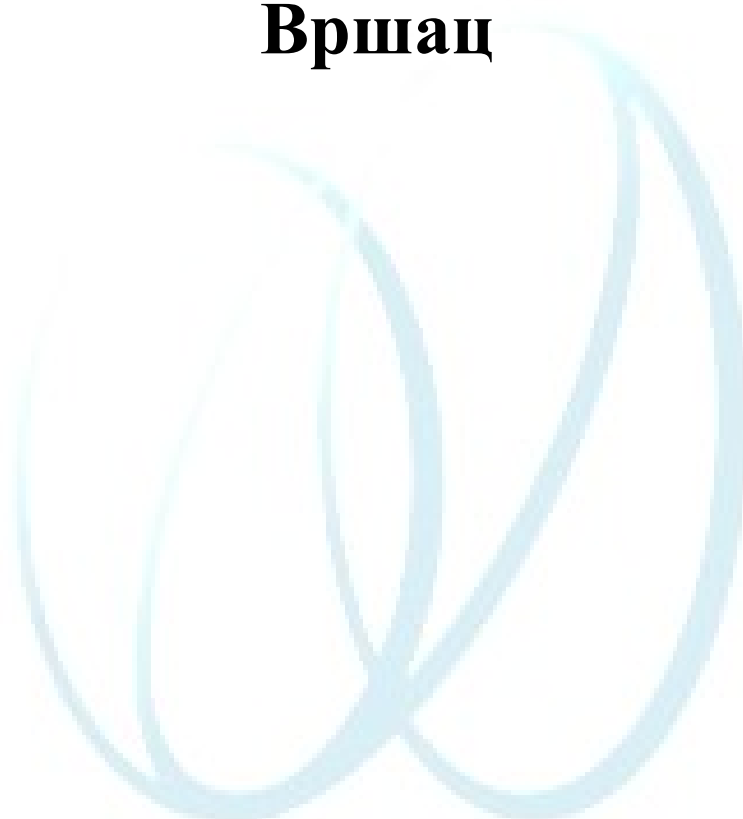
Извештај спољашњих оцењивача о другој редовној посети



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

за дом здравља

Вршац



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

Садржај

1. Увод.....	4
2. Табела 5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије.....	5
3. Стање према захтевима АЗУС-а.....	27
4. Општи утисак након редовне посете.....	35

1. Увод

Редовна посета здравственој установи спроводи се у складу са законом , након годину дана од спољашњег оцењивања, а за време периода трајања акредитације здравствене установе.

Здравствена установа **дом здравља Вршац** стекла је акредитацијски статус на период од **3 године**, и додељен јој је сертификат број **A-118-09/2013**.

Редовна посета је обављена 17.11..2015. године од стране др Милене Ђукић.

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

ДОМ ЗДРАВЉА ВРШАЦ

У ТАБЕЛАМА БОЛДОВАТИ ЈЕДАН ОД ДВА ПОНУЂЕНА ОДГОВОРА. У ДЕЛУ ПРЕДВИЂЕНОМ ЗА КОМЕНТАР ЈАСНО, У КРАТКИМ ЦРТАМА НАВЕДИТЕ НЕДОСТАТКЕ ИЛИ ПОХВАЛЕ.

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	ЗЗО 1.3 наставити са активностима на унапређењу превентивног рада и пацијенткиње позивати писменим путем	1	Позивање пацијената на превентивне прегледе писменим путем на кућну адресу	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Повећање броја превентивних прегледа за 10%
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: кренуло се са позивањем на превентивне прегледе писменим путем. Наставити са активностима за писмено позивање на превентивне прегледе и повећање извршења превентивних прегледа.		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: донет План превентивних активности се прати и предлажу се мере за повећање одазива пацијената.		
			Наставити са писменим позивањем на кућне адресе али и преко огласне табле 31.12.2015. и путем сеоских месних заједница. Унапредити недељну организацију вршења прев.прегледа по изаб.лекару		Др Весна Авејић Начелник СОМ	Повећање броја превент. прегледа за 10%
			Наставити са позивањем пацијената на прев.прегледе. Даље унапређење организације вршења прев.прегледа по службама 31.12.2016.		Начелници служби	Повећање броја превент. прегледа за 10%

2	ЗЗО 1.4 анализирати план мера за унапређење одазива пацијената	1	Израдити годишњи План позивања пацијената и анализирати га на 3 месеца	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Повећање броја превентивних прегледа за 10%
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности				
		Израдити План позивања за 01.02.2015. и на састанцима службе анализирати план и ревиди- рати га по потреби 31.12.2015		Др Весна Авејић Начелник СОМ Повећање броја превент. прегледа за 10%		
3	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: донет План превентивних активности се прати и предлажу се мере за повећање одазива пацијената.		
		Израдити План позивања за 01.02.2016. анализирати план на састанцима службе и ревидирати га по потреби 31.12.2016.		Др Весна Авејић Начелник СОМ Повећање броја превент. прегледа за 10%		
	ЗЗО 2.2 унапредити тимски рад	2	Побољшати сарадњу Тима лекар - сестра	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Повећање задовољства корисника и смањење времена чекања на преглед,не дуже од 10 дана
3	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: тимски рад унапређен у складу са просторним могућностима.		
		Наставак активности на унапређењу Тимског рада са пружањем услуга свим корисницима, кроз отварање нове амбуланте ДЗ,уз развијање поверења тима лекар-сестра 31.12.2015.		Др Весна Авејић Начелник СОМ Повећање броја задовољних корисника и смањење чекања на преглед-не дуже од 10 дана		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: континуирано се спроводе активности за унапређење тимског рада	
			Наставак активности на унапређењу Тимског рада и отварање нове гарнизонске амбуланте ДЗ, уз развијање поверења пацијената са тимом лекар-сестра 31.12.2016.		Др Весна Авејић Начелник СОМ	Повећање броја задовољних корисника и смањење чекања на преглед-не дуже од 10 дана
4	ЗЗО 2.4 унапредити тимски рад	2	Побољшати сарадњу Тима лекар - сестра	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Повећање задовољства корисника и смањење времена чекања на преглед,не дуже од 10 дана
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: тимски рад унапређен у складу са просторним могућностима.	
			Наставак активности на унапређењу Тимског рада са пружањем услуга свим корисницима, кроз отварање нове амбуланте ДЗ,уз развијање поверења тима лекар-сестра 31.12.2015.		Др Весна Авејић Начелник СОМ	Повећање броја задовољних корисника и смањење чекања на преглед-не дуже од 10 дана
1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: континуирано се спроводе активности за унапређење тимског рада			
	Наставак активности на унапређењу Тимског рада и отварање нове гарнизонске амбуланте ДЗ, уз унапређење поверења пацијената са тимом лекар-сестра 31.12.2016.		Др Весна Авејић Начелник СОМ	Повећање броја задовољних корисника и смањење чекања на преглед-не дуже од 10 дана		
5	ЗЗО 4.4 пратити примену водича и клиничких путева	2	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	30.06.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Унапређење квалитета рада изабраних лекара и повећање задовољства корисника пруженом услугом

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: водичи добре клиничке праксе постављени на локални сервер инфо лекар. Похваљује се функционисање локалног сервера инфо лекар.	
			Наставак унапређ.имплементације Кли.путева у пракси Изаб.лекара и Размена информација путем Инфо-лекара 31.12.2015.		Др Весна Авејић Начелник СОМ Унапређење квал.рада, већи број задовољних корисника	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: свим запосленим преко локалног сервера – инфо лекар доступни су водичи добре клиничке праксе.	
			Наставак унапређ.имплементације Кли.путева у пракси Изаб.лекара и Размена информација путем Инфо-лекара са унапређењем постојеће комуникације 31.12.2016.		Др Весна Авејић Начелник СОМ Унапређење квал.рада, већи број задовољних корисника	
6	ЗЗО 4.9 уједначити вођење здравственог картона	1	Унапредити вођење медицинске документације у писаном облику и указати запосленима на обавезу вођења електронског картона	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Ажурна и уредно вођена медицинска докумантација у писаном и електронском облику
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: медицинска документација се води у електронској и папирној форми у складу са прописима. Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације	
			Наставити даље ажурирање података у ел.картону и унапредити вођење докум.у папирној форми у складу са прописима 31.12.2015.		Др Весна Авејић Начелник СОМ Ажурна и уредно вођена документација у писаном и електронском облику	
e	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације	
			Унапређење вођења докум.у папирној и електронској форми у складу са прописима 31.12.2016.		Др Весна Авејић Начелник СОМ Ажурна и уредно вођена документација у писаном и електронском облику	

7	ЗЗО 5.1 уједначити вођење здравственог картона	1	Унапредити вођење медицинске документације у писаном облику и указати запосленима на обавезу вођења електронског картона	31.12.2014.	др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Ажурна и уредно вођена медицинска документација у писаном и електронском облику
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставити даље ажурирање података у ел.картону и унапредити вођење докум.у папирној форми у складу са прописима 31.12.2015.		Коментар: медицинска документација се води у електронској и папирној форми у складу са прописима, али неуједињено. Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Весна Авејић Начелник СОМ Ажурна и уредно вођена документација у писаном и електронском облику		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Унапређење вођења докум.у папирној и електронској форми у складу са прописима 31.12.2016.		Коментар: Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Весна Авејић Начелник СОМ Ажурна и уредно вођена документација у писаном и електронском облику		
8	ЗЗО 6.1 уједначити вођење здравственог картона	1	Унапредити вођење медицинске документације у писаном облику и указати запосленима на обавезу вођења електронског картона	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Ажурна и уредно вођена медицинска документација у писаном и електронском облику
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставити даље ажурирање података у ел.картону и унапредити вођење докум.у папирној форми у складу са прописима 31.12.2015.		Коментар: Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Весна Авејић Начелник СОМ Ажурна и уредно вођена документација у писаном и електронском облику		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације	
			Унапређење вођења докум.у папирној и електронској форми у складу са прописима 31.12.2016.		Др Весна Авејић Начелник СОМ	Ажурна и уредно вођена документација у писаном и електронском облику
9	ЗЗО 7.2 донети план сервисирања и баждарења опреме	1	Израда Плана сервисирања и баждарења опреме у служби и добијање евиденције о извршеном прегледу опреме	30.06.2014.	Игор Робуљ референт БЗНР	Исправна опрема за рад и повећање безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Допунити план сервисирања и баждарења опреме обрасцем и свеском евиденције у оквиру службе 31.12.2015.		Игор Робуљ Референт БЗНР	Исправна и безбедна опрема
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Даља примена Плана сервисирања и баждарења опреме и употреба обрасца и свеске евиденције у оквиру службе 31.12.2016.		Игор Робуљ Референт БЗНР	Исправна и безбедна опрема
10	ЗЗО 7.3 донети план сервисирања и баждарења опреме	1	Израда Плана сервисирања и баждарења опреме у служби и добијање евиденције о извршеном прегледу опреме	30.06.2014.	Игор Робуљ референт БЗНР	Исправна опрема за рад и повећање безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Допунити план сервисирања и баждарења опреме обрасцем и свеском евиденције у оквиру службе 31.12.2015.		Игор Робуљ Референт БЗНР	Исправна и безбедна опрема

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе 2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Даља примена Плана сервисирања и бажарења опреме и употреба обрасца и свеске евиденције у оквиру службе 31.12.2016.		Коментар: план сервисирања и бажарења је унапређен уз табеларни приказ по службама Игор Робуљ Исправна и безбедна Референт БЗНР опрема		
11	ЗЗО 8.1 ускладити план унапређења квалитета рада са јасно дефинисаним стратешким планом и радити на даљој имплементацији стратешких циљева у план	1	Измена Стратешког плана са посебним освртом на циклус стратешког планирања и усклађивање са ИПУК-ом и побољшање сарадње између начелника служби и Комисије за квалитет	30.06.2014.	Александар Ананијев дипл.правник др Рајна Душанов председник Комисије за квалитет Унапређење квалитета рада изменом Стратешког плана и реализација ИПУК-а по службама Дома здравља
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Израда новог Стратешког плана 01.2015. и наставак активности на чешћем састајању Комисије за квалитет и Начелника служби 31.12.2015.		Коментар: стратешки циљеви установе су дефинисани, али се планира доношење новог Стратешког плана почетком 2015.год. Наставити са имплементацијом стратешких циљева у план унапређења квалитета рада. Александар Ананијев Унапређење дипл.правник квалитета рада по Др Рајна Душанов службама ДЗ пред.Комисије за квалитет
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Спровођење циљева из Стратешког и Оперативног плана и наставак активности на чешћем састајању Комисије за квалитет и Начелника служби 31.12.2016		Коментар: донет је нов Стратешки план за период 2015-2019 године. Такође су донети и Оперативни планови на годишњем нивоу по службама Александар Ананијев Унапређење дипл.правник квалитета рада по Др Рајна Душанов службама ДЗ пред.Комисије за квалитет

	ЗЗО 8.3 препоручује се едукација и активније учешће запослених на праћењу показатеља квалитета рада	1	Указати запосленима на обавезу вођења показатеља квалитета рада који им је доступан у ел.форми кроз програм за фактурисање услуга	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Унапређење квалитета рада у оквиру службе и целог Дома здравља
12	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Наставак активности на праћењу показатеља квал.рада и чешће састајање начелника са Ком. за квалитет 31.12.2015.		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада. Др Весна Авејић Унапређење квалитета Начелник СОМ рада по службама ДЗ		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Наставак активности на праћењу показатеља квал.рада и чешће састајање начелника са Ком. за квалитет 31.12.2016.		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Др Весна Авејић Унапређење квалитета Начелник СОМ рада по службама ДЗ		
	ЗЗО 8.4 препоручује се едукација и активније учешће запослених на праћењу показатеља квалитета рада	1	Указати запосленима на обавезу вођења показатеља квалитета рада који им је доступан у ел.форми кроз програм за фактурисање услуга	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине	Унапређење квалитета рада у оквиру службе и целог Дома здравља
13	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Наставак активности на праћењу показатеља квал.рада и чешће састајање начелника са Ком. за квалитет 31.12.2015.		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада. Др Весна Авејић Унапређење квалитета Начелник СОМ рада по службама ДЗ		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на праћењу показатеља квал.рада и чешће састајање начелника са Ком. за квалитет 31.12.2016.		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Др Весна Авејић Начелник СОМ Унапређење квалитета рада по службама ДЗ
14	ЗЗО 8.6 укључити све запослене у активности на унапређењу квалитета рада	1	Указати запосленима на обавезу вођења показатеља квалитета рада који им је доступан у ел.форми кроз програм за фактурисање услуга	31.12.2014.	Др Весна Авејић начелник службе Опште медицине Унапређење квалитета рада у оквиру службе и целог Дома здравља
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на праћењу показатеља квал.рада и чешће састајање начелника са Ком. за квалитет,унапређење ефикасности рада изаб.лекара издавањем терапије на двомесечном нивоу 31.12.2016.		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада. Др Весна Авејић Начелник СОМ Унапређење квалитета рада по службама ДЗ
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на праћењу показатеља квал.рада и чешће састајање начелника са Ком. за квалитет,унапређење ефикасности рада изаб.лекара издавањем терапије на двомесечном нивоу 31.12.2016.		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Др Весна Авејић Начелник СОМ Унапређење квалитета рада по службама ДЗ

15	33Ж 1.6 наставити са унапређењем скрининг програма	1	Позивање пацијенткиња на скрининг прегледе писменим путем на кућне адресе,преко радних организација и сеоских месних канцеларија	31.12.2014.	Др Дениса Грауре- Линца, начелник службе за здрав.заштиту жена	Повећање броја позиваних пацијената на скрининг и повећање превентивних прегледа за 10%
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности писменог позивања на кућне адресе али и преко огласне табле,радних организ. и месних заједница 31.12.2015.		Коментар: пацијенткиње се позивају на превентивне прегледе писменим путем. Наставити са активностима за повећање извршења превентивних пегледа. Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Повећање броја превентив. прегледа за 10%		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставити са позивањем пацијената на прев.прегледе. Даље унапређење организације вршења прев.прегледа 31.12.2016.		Коментар: наставити са активностима за повећање извршења превентивних пегледа. Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Повећање броја превентив. прегледа за 10%		
16	33Ж 2.4 унапредити тимски рад	1	Побољшати сарадњу Тима лекар - сестра	31.12.2014.	Др Дениса Грауре- Линца, начелник службе за здрав.заштиту жена	Повећање задовољства корисника и смањење времена чекања на преглед,не дуже од 10 дана
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређ. тимског рада кроз пружање услуга свим корисницима и унапређење комуникације лекар-сестра 31.12.2015.		Коментар: тимски рад унапређен у складу са просторним и кадровским могућностима. Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Повећање броја задовољних корисника и смањење времена чекања на преглед,не дуже од 10 д.		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу Тимског рада уз унапређење поверења пацијената са тимом лекар-сестра 31.12.2016. Коментар: континуирано се спроводе активности за унапређење тимског рада Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ корисника и чекања Повећање броја задовољних смањење времена на преглед,не дуже од 10 д			
17	ЗЗЖ 3.6 уједначити вођење здравственог картона	1	Унапредити вођење медицинске документације у писаном облику и указати запосленима на обавезу вођења електронског картона	31.12.2014.	Др Дениса Грауре-Линца, начелник службе за здрав.заштиту жена	Ажурна и уредно вођена медицинска докумантација у писаном и електронском облику
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на пуној имплем. електорнске документације и вођење папирне форме у складу са прописима у оквиру службе 31.12.2015.		Коментар: медицинска документација се води у електронској и папирној форми у складу са прописима,али неуједначено. Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Ажурно вођена документација	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу електорнске и папирне форме документације у складу са прописима 31.12.2016.		Коментар: наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Ажурно вођена документација	

18	33Ж 4.8 наставити са активностима	1	Упознавање свих запослених са брошуром - Имате право - преко локалног веб сервера Инфо лекар	30.06.2014.	Др Дениса Грауре-Линца, начелник службе за здрав.заштиту жена	Унапређење рада и комуникације са пацијентима и поштовање њихових права
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Упознавање пацијената са могућношћу коришћења лифта кроз Упутство за употребу 31.12.2015		Коментар: похваљује се изградња лифта и прилаза за инвалидна лица у циљу унапређења права пацијената. Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Унапређење комуникације са пацијентима и поштовање њихових права		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на безбедној употреби лифта за пацијенте и њиховом правовременом информисању 31.12.2016.		Коментар: континуирана примена критеријума Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Игор Робуљ лице за БЗНР Унапређење комуникације са пацијентима и поштовање њихових права		
19	33Ж 5.1 уједначити вођење здравственог картона	1	Унапредити вођење медицинске документације у писаном облику и указати запосленима на обавезу вођења електронског картона	31.12.2014.	Др Дениса Грауре-Линца, начелник службе за здрав.заштиту жена	Ажурна и уредно вођена медицинска докумантација у писаном и електронском облику
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на пуној имплем. електронске документације и вођење папирне форме у складу са прописима у оквиру службе 31.12.2015.		Коментар: медицинска документација се води у електронској и папирној форми у складу са прописима, али неуједначено. Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Ажурно и уредно вођена документација у писаном и електрон.облику		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу електронске и папирне форме документације у складу са прописима 31.12.2016.		Коментар: наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске Др Денис Г-Линца Начелник СЗЖ Ажурно и уредно вођена документација у писаном и електрон.облику	
20	ЗЗЖ 7.2 наставити са применом критеријума	1	Добијање евиденције о извршеном прегледу опреме и контрола инвентарских листи опреме	30.06.2014.	Игор Робуљ референт БЗНР	Исправна опрема за рад и повећање безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Допуна Плана сервисирања и баждарења опреме обрасцем и свеском евиденције У оквиру службе 31.12.2015.		Коментар: план сервисирања и баждарења опреме је непотпун. Унапредити планове сервисирања опреме. Игор Робуљ Исправна и безбедна Референт БЗНР опрема	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Даља примена Плана сервисирања и баждарења опреме и употреба обрасца и свеске евиденције у оквиру службе 31.12.2016.		Коментар: План сервисирања и баждарења је унапређен уз табеларни приказ по службама Игор Робуљ Исправна и безбедна Референт БЗНР опрема	
21	ЗЗЖ 7.3 донети план сервисирања и баждарења опреме на нивоу службе	1	Израда Плана сервисирања и баждарења опреме у служби и добијање евиденције о извршеном прегледу опреме	30.06.2014.	Игор Робуљ референт БЗНР	Исправна опрема за рад и повећање безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Допуна Плана сервисирања и баждарења опреме обрасцем и свеском евиденције У оквиру службе 31.12.2015.		Коментар: план сервисирања и баждарења опреме је непотпун. Унапредити планове сервисирања опреме. Игор Робуљ Исправна и безбедна Референт БЗНР опрема	

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности	Коментар: План сервисирања и баждарења је унапређен уз табеларни приказ по службама	
		Даља примена Плана сервисирања и баждарења опреме и употреба обрасца и свеске евиденције у оквиру службе 31.12.2016.	Игор Робуљ Референт БЗНР	Исправна и безбедна опрема
22	33Ж 8.1 ускладити план унапређења квалитета рада са јасно дефинисаним стратешким планом и радити на даљој имплементацији стратешких циљева у план	1	Измена Стратешког плана са посебним освртом на циклус стратешког планирања и усклађивање са ИПУК-ом, као и побољшање сарадње између начелника служби и Комисије за квалитет	30.06.2014.
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности	Коментар: стратешки циљеви установе су дефинисани, али се планира доношење новог Стратешког плана почетком 2015.год. Наставити са имплементацијом стратешких циљева у план унапређењл квалитета рада.	
		Израда новог Стратешког плана –01.2015. и наставак активности на чешћем састајању Комисије за квалитет и начелника служби 31.12.2015.	Александар Ананијев дипл.правник Др Рајна Душанов пред.Комисије за квал.	Унапређење квалитета рада по службама ДЗ
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности	Коментар: донет је нов Стратешки план за период 2015-2019 године. Такође су донети и Оперативни планови на годишњем нивоу по службама	
		Спровођење циљева из Стратешког и Оперативног плана и наставак активности на чешћем састајању Комисије за квалитет и Начелника служби 31.12.2016.	Александар Ананијев дипл.правник Др Рајна Душанов пред.Комисије за квал.	Унапређење квалитета рада по службама ДЗ

	33Ж 8.2 потребно је унапредити план за унапређење квалитета рада и безбедности на нивоу службе	1	Указати запосленима на обавезу вођења показатеља квалитета рада који им је доступан у ел.форми кроз програм за фактурисање услуга	31.12.2014.	Др Дениса Грауре-Линца, начелник службе за здрав.заштиту жена	Унапређење квалитета рада у оквиру службе и целог Дома здравља
23	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада.		
		Наставак активности на чешћем састанку Комисије за квалитет и начелника служби и праћењу показатеља квалитета 31.12.2015		Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Унапређење квалитета рада у оквиру службе Др Рајна Душанов пред.Комисије за квал.		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се.		
		Наставак активности на праћењу показатеља квал.рада и чешће састанке начелника са Ком. за квалитет 31.12.2016.		Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Унапређење квалитета рада у оквиру службе Др Рајна Душанов пред.Комисије за квал.		
24	33Ж 8.3 потребно је унапредити план за унапређење квалитета рада и безбедности на нивоу службе као и укључити све запослене у активности на унапређењу квалитета рада	1	Указати запосленима на обавезу вођења показатеља квалитета рада који им је доступан у ел.форми кроз програм за фактурисање услуга	31.12.2014.	Др Дениса Грауре-Линца, начелник службе за здрав.заштиту жена	Унапређење квалитета рада у оквиру службе и целог Дома здравља

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља Др Дениса Г-Линца Начелник СЗЗЖ Унапређење квалитета рада у оквиру службе Др Рајна Душанов пред.Комисије за квал.	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		Наставак активности на чешћем састајању Комисије за квалитет и начелника служби и праћењу показатеља квалитета 31.12.2015			
25	ЗЗД 2.4 унапредити тимски рад		2	Тим лекар-сестра да пуца услуге свим опредељеним осигураницима са посебним акцентом на превентивне прегледе	31.12.2014.	Др Илеана Пекурар Начелник Службе за здравствену заштиту деце Повећање задовољства корисника и обављање прегледа уи што краћем временском периоду
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређ. тимског рада кроз пружање услуга свим корисницима и унапређење комуникације лекар-сестра 31.12.2015.		Коментар: организован тимски рад Др Илеана Пекурар Начелник СЗЗД Повећање броја задовољних корисника	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређ. тимског рада и побољшању комуникације лекар-сестра 31.12.2016.		Коментар: континуирано се спроводе активности за унапређење тимског рада Др Илеана Пекурар Начелник СЗЗД Повећање броја задовољних корисника	

	33Д 3.6 униформисати начин евиденција	1	Вођење и унапређење вођења медицинске документације у складу са прописима у писаној и електронској форми	31.12.2014.	Др Илеана Пекурар начелник Службе за здравствену заштиту деце	Ажурна и уредно вођена медицинска документација у писаном и електронском облику
26	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Наставак активности на пуној имплем. електронске документације и вођење папирне форме у складу са прописима у оквиру службе 31.12.2015.		Коментар: медицинска документација се води у електронској и папирној форми у складу са прописима, али неуједначено. Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Илеана Пекурар Начелник СЗЗД Ажурна и уредно вођена докум.у писаном и електон. облику		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Наставак активности на унапређењу Тимског рада, уз развијање поверења пацијената са тимом лекар-сестра 31.12.2016.		Коментар: наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Илеана Пекурар Начелник СЗЗД Ажурна и уредно вођена докум.у писаном и електон. облику		
	33Д 7.1 наставити са активностима за оспособљавање прилаза лифтом	2	Обезбеђење прилаза служби за особе у инвалидским колицима	30.06.2014.	Василије Исајлу шеф одсека за економско финансијске послове	Повећање задовољства корисника доступношћу службе за 10%
27	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Наставак активности за функционисање приступне рампе за особе са инвалидитетом 31.12.15.		Коментар: похваљује се изградња и пуштање лифта у функцију који је био неопходан особама са инвалидитетом за прилаз службама. Др Илеана Пекурар Начелник СЗЗД Повећање доступности и задовољства корисника		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Илеана Пекурар Повећање доступности и Начелник СЗД задовољства корисника	
	3ЗД 7.2 направити план баждарења опреме	1	Израда Плана сервисирања и баждарења опреме у служби и добијање евиденције о извршеном прегледу опреме	30.06.2014.	Игор Робуљ референт БЗНР	Исправна опрема за рад и повећање безбедности
28	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Допуна Плана сервисирања и баждарења опреме обрасцем и свеском евиденције У оквиру службе	31.12.2015.	Коментар: :план сервисирања и баждарења опреме је непотпун. Унапредити планове сервисирања Игор Робуљ Исправна и безбедна Референт БЗНР опрема	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Даља примена Плана сервисирања и баждарења опреме и употреба обрасца и свеске евиденције у оквиру службе	31.12.2016.	Коментар: План сервисирања и баждарења је унапређен уз табеларни приказ по службама Игор Робуљ Исправна и безбедна Референт БЗНР опрема	
29	3ЗД 8.1 са јасно дефинисаним стратешким планом ускладити план унапређења квалитета рада	30.06.2014.	Измена Стратешког плана са посебним освртом на циклус стратешког планирања и усклађивање са ИПУК-ом и побољшање сарадње између начелника служби и Комисије за квалитет	31.12.2014.	Др Илеана Пекурар начелник Службе за здравствену заштиту деце	Унапређење квалитета рада изменом Стратешког плана и реализација ИПУК-а по службама Дома здравља

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада.	
			Израда новог Стратешког плана 01.2015. и наставак активности на чешћем састајању Комисије за квалитет и Начелника служби 31.12.2015.		Александар Ананијев дипл.правник Др Рајна Душанов пред.Комисије за квал.	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се.	
			Спровођење циљева из Стратешког и Оперативног плана и наставак активности на чешћем састајању Комисије за квалитет и Начелника служби 31.12.2016.		Александар Ананијев дипл.правник Др Рајна Душанов пред.Комисије за квал.	
30	ПП 4.3 унапредити примену	1	Исцрпно евидентирање промене плана патронажних посета у картону ППС	31.12.2014.	Зорица Милићев- главна сестра Службе патронаже	Унапређење сарадње са пацијентом и породицом
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности евидентирања промена Плана патронажних посета са увођењем нових и ревизијом постојећих процедура 31.12.2015.		Коментар: унапређено евидентирање промене плана патронажних посета. Зорица Милићев Главна сестра ППС	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности праћења Плана патронажних посета и унапређење истог 31.12.2016.		Коментар: донета је једна нова и ревидиране четри процедуре Наставити са активностима Зорица Милићев Главна сестра ППС	

31	ПП 8.3 унапредити примену	1	Промену плана здравствено васпитног рада писмено евидентирати	31.12.2014.	Зорица Милићев- главна сестра Службе патронаже	Унапређење рада са локалном заједницом
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности евидентирања промена здр.васп.рада 31.12.2015.		Коментар: унапређена примена Зорица Милићев Унапређење сарадње Главна сестра ППС са пацијентом и породицом у лок.заједн.		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на праћењу и унапређењу здр.васп.рада 31.12.2016.		Коментар: донета је једна нова и ревидиране четри процедуре. Наставити са активностима Зорица Милићев Унапређење сарадње Главна сестра ППС са пацијентом и породицом у лок.заједн		
32	ПП 9.2 унапредити план квалитета рада и безбедности пацијената	1	Увођење статистичких графикона у оцену здравств. васпитног рада и редовно анализирање	31.12.2014.	Зорица Милићев- главна сестра Службе патронаже	Унапређење квалитета рада и безбодности пацијената
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на Статистичким Графиконима у области ЗВР 31.12.2015.		Коментар: унапређена примена критеријума Зорица Милићев Унапређење квалитета Главна сестра ППС рада и безбед.пацијента		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности за унапређење статистике у области ЗВР 31.12.2016.		Коментар: донета је једна нова и ревидиране четри процедуре. Наставити са активностима Зорица Милићев Унапређење квалитета Главна сестра ППС рада и безбед.пацијента		
33	ЖС 3.1 наставити са применом критеријума	1	Примењивање критеријума за рад Комисије за интрахоспиталне инфекције и унапређење сарадње са ЗЗЈЗ	31.12.2014.	др Родика Петку директор	Држање интрахоспиталних инфекција под контролом

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: унапређен рад Комисије за болничке инфекције уз редовно уредно вођене записнике.	
			Наставак активности на унапређењу рада Комисије за интахосп.инф. 31.12.2015		Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интахосп.инфекција	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: донет је и усвојен План за спречавање интрахоспиталних инфекција за 2015.годину. Редовно се одржавају састанци Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција.	
			Наставак активности на унапређењу рада Комисије за интахосп.инф. 31.12.2016.		Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интахосп.инфекција	
34	ЖС 3.3 обезбедити доказе	1	Унапређење сарадње са ЗЗЈЗ Панчево и Институтом Батут	31.12.2014.	др Родика Петку директор	Држање интрахоспиталних инфекција под контролом
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: унапређен рад Комисије за болничке инфекције уз редовно уредно вођене записнике.	
			Наставак унапређења сарадње са ЗЗЈЗП и Институтом Батут 31.12.2015.		Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интахосп.инфекција	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: редовно се одржавају састанци Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција уз уредно вођене записнике	
			Наставак унапређења сарадње са ЗЗЈЗП и Институтом Батут 31.12.2016.		Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интахосп.инфекција	
35	ЖС 3.4 обезбедити доказе	1	Састајање Комисије за интрахоспиталне инфекције у континуитету	31.12.2014.	др Родика Петку директор	Држање интрахоспиталних инфекција под контролом
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: унапређен рад Комисије за болничке инфекције уз редовно уредно вођене записнике.	
				Наставак активности на унапређењу рада Комисије за интахосп.инф. 31.12.2015		Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интахосп.инфекција

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу рада Комисије за интахосп.инф. 31.12.2016.		Коментар: редовно се одржавају састанци Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција уз уредно вођрне записнике Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интрахосп.инфекција	
36	ЖС 3.5 обезбедити доказе	1	Састајање Комисије за интрахоспиталне инфекције у континуитету	31.12.2014.	др Родика Петку директор	Држање интрахоспиталних инфекција под контролом
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу рада Комисије за интахосп.инф. 31.12.2015		Коментар: унапређен рад Комисије за болничке инфекције уз редовно уредно вођене записнике. Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интрахосп.инфекција	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу рада Комисије за интахосп.инф. 31.12.2016.		Коментар: редовно се одржавају састанци Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција уз уредно вођрне записнике Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интрахосп.инфекција	
37	ЖС 3.6 обезбедити доказе	1	Унапређење сарадње са ЗЗЈЗ Панчево и Институтот Батут и састајање Комисије за квалитет у континуитету	31.12.2014.	др Родика Петку директор	Држање интрахоспиталних инфекција под контролом
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак унапређења сарадње са ЗЗЈЗП и Институтот Батут 31.12.2015.		Коментар: унапређен рад Комисије за болничке инфекције уз редовно уредно вођене записнике. Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интрахосп.инфекција	

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак унапређења сарадње са ЗЗЈЗП и Институтот Батут 31.12.2016.		Коментар: редовно се одржавају састанци Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција уз уредно вођрне записнике Др Родика Петку Директор ДЗ Држање под контролом интрахосп.инфекција
	ЖС 4.3 поштовати процедуру	1	Детаљно упознавање свих запослених са Процедуром о управљању медицинским отпадом и поштовање исте	31.12.2014.	др Родика Петку директор Реализовање правилног управљања медицинским отпадом и повећање безбедности
38	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Редовно праћење свих процедура и Њихово ревидирање по потреби 31.12.2015		Коментар: донета је нова Процедура одређивања путање и дневног распореда одлагања отпада ,са којом су упознати запослени. Др Родика Петку Директор ДЗ Правилно управљање мед.отпадом и унапређење безбедности
1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Редовно праћење свих процедура и предузетих мера са ревидирањем по потреби 31.12.2016.		Коментар: испоштовани су сви параметри предвиђени процедурама Др Родика Петку Директор ДЗ Правилно управљање мед.отпадом и безбедности		
39	ЖС 5.6 поштовати распоред за одлагање отпада	1	Изменити Процедуру о одређивању путање и дневног распореда транспорта отпада	31.12.2014.	Јасмина Пронић лице одговорно за медицински отпад Унапређење вођења чек листи и повећање безбедности

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: донета је нова Процедура одређивања путање и дневног распореда одлагања отпада, са којом су упознати запослени и која се поштује.	
			Редовно праћење свих процедура и њихово ревидирање по потреби 31.12.2015		Јасмина Пронић Лице одговорно за мед.отпад	Правилно управљање мед.отпадом и унапређење безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: испоштовани су сви параметри предвиђени процедурама	
			Редовно праћење свих процедура и предузетих мера са ревидирањем по потреби 31.12.2016.		Јасмина Пронић Лице одговорно за мед.отпад	Правилно управљање мед.отпадом и унапређење безбедности
40	ЖС 6.1 поштовати процедуру	1	Примена Процедуре о одређивању путање дневног распореда транспорта отпада како је прописано	31.12.2014.	Јасмина Пронић лице одговорно за медицински отпад	Адекватна примена процедуре и повећање безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: донета је нова Процедура одређивања путање и дневног распореда одлагања отпада, са којом су упознати запослени и која се поштује.	
			Путања дневног трансп.отпада прописана је процедуром,редовно се прати, евидентира,ревидира и унапређује 31.12.2015.		Јасмина Пронић Лице одговорно за мед.отпад	Правилно управљање мед.отпадом и унапређење безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: испоштовани су сви параметри предвиђени процедурама	
			Редовно праћење свих процедура и предузетих мера са ревидирањем и унапређењем по потреби 31.12.2016.		Јасмина Пронић Лице одговорно за мед.отпад	Правилно управљање мед.отпадом и унапређење безбедности

41	ЖС 7.5 обезбедити доказе	1	Унапређење сарадње лица одговорног за медицински отпад и локалне самоуправе	31.12.2014.	Јасмина Пронић лице одговорно за медицински отпад	Активно учешће у локалној радној групи за заштиту животне средине
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на сарадњи са лок.самоуправом 31.12.2015.		Коментар: унапређена је сарадња Јасмина Пронић Учешће у лок.радној групи Лице одговорно и повећање безбедности за мед.отпад		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на сарадњи са лок.самоуправом по примерима добре праксе 31.12.2016.		Коментар: настављена је добра сарадња са локалном самоуправом Јасмина Пронић Учешће у лок.радној групи Лице одговорно и повећање безбедности за мед.отпад		
42	ЖС 13.5 наставити са применом критеријума у потпуности	1	Континуиран увид лица одговорног за медицински отпад у Товарне листе	31.12.2014.	Јасмина Пронић лице одговорно за медицински отпад	Адекватно попуњен товарни лист
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Континуирано унапређење вођења евиденције у Чек листама и Товарном листу 31.12.2015		Коментар: Контролна листа уклањања медицинског отпада за понеки месец делимично попуњена. Јасмина Пронић Правилно управљање Лице одговорно мед.отпадом и унапређење за мед.отпад безбедности		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Континуирано унапређење даљег вођења евиденције у Чек листама и Товарном листу 31.12.2016.		Коментар: чек листе и товарни листови попуњавају се уредно и контролишу од стране одговорног лица Јасмина Пронић Правилно управљање Лице одговорно мед.отпадом и унапређење за мед.отпад безбедности		

	ЖС 15.1 наставити са периодичном ревизијом плана за случај масовних несрећа	1	Израда записника о извршеној ревизији Плана на сваких 6 месеци и увид одговорног лица	30.06.2014.	Предраг Рибаров главни техничар Службе ХМП	Унапређење нивоа функционисања служби ДЗ у случају масовних несрећа
43	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: похваљује се ревизија плана реаговања у ванредним ситуацијама.		
		Наставак активности на праћењу и ревидирању плана по потреби 31.12.2015.		Предраг Рибаров Унапређење рада служби ДЗ Гл.техн.СХМП у случају масовних несрећа		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: нове измене плана нису биле потребне. Купљено је ново теренско возило за тешко приступачне терене.		
		Наставак активности на праћењу унапређењу и ревидирању плана по потреби 31.12.2016.		Предраг Рибаров Унапређење рада служби ДЗ Гл.техн.СХМП у случају масовних несрећа		
	ЖС 20.4 уједначити вођење свески за стерилизацију	1	Едукација медиц.сестара о начину вођења свеске за контролу стерилизације	30.06.2014.	Драгица Ђорђевић главна сестра ДЗ	Правилно и прецизно евидентирање процеса стерилизације
44	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: вођење свески за контролу стерилизације је уједначено .		
		Наставак активности на праћењу евиденције свески стерилизације у складу са прописима 31.12.2015.		Драгица Ђорђевић Правилно и прецизно Главна сестра ДЗ евидентирање процеса стерилизације		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: континуирана примена критеријума		
		Наставак активности на праћењу евиденције стерилизације у складу са прописима 31.12.2016.		Јасмина Пронић Правилно и прецизно Главна сестра ДЗ евидентирање процеса стерилизације		
45	ЉР 3.1 у потпуности применити процедуру и по потреби је ревидирати	1	Примена Процедуре за оцену рада запослених у свим службама ДЗ	30.06.2014.	Др Родика Петку директор	Адекватно оцењивање рада запослених

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Редовно праћење свих процедура и њихово ревидирање по потреби 31.12.2015		Коментар: процедура у потпуности примењена у свим службама Др Родика Петку Директор Адекватно оцењивање запослених и несметано вршење процеса рада
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Праћење и унапређење свих процедура и њихово ревидирање по потреби 31.12.2016.		Коментар: процедура у потпуности у примени Др Родика Петку Директор Адекватно оцењивање запослених и несметано вршење процеса рада
46	ЉР 3.5 у потпуности применити процедуру и по потреби је ревидирати	1	Изменити процедуру и додати коментар радника	30.06.2014.	Др Родика Петку директор Адекватно оцењивање рада запослених
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Редовно праћење свих процедура и њихово ревидирање по потреби 31.12.2015		Коментар: процедура у потпуности примењена у свим службама Др Родика Петку Директор Адекватно оцењивање запослених и несметано вршење процеса рада
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Праћење и унапређење свих процедура и њихово ревидирање по потреби 31.12.2016.		Коментар: процедура у потпуности у примени Др Родика Петку Директор Адекватно оцењивање запослених и несметано вршење процеса рада
47	ЉР 4.1 обезбедити адекватне доказе	2	Израда Плана едукације запослених	31.12.2014.	Др Родика Петку директор Адекватна и правовремена едукација запослених

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Израда Плана едукације за 2015. -Јан.2015 и уједначавање Плана по службама на прописаном обрасцу		Коментар: планови едукације су неуједначени по службама. Уједначити планове за стручно усавршаање по службама. Др Сања Вукајловић Адекватна и унапређена пред.Стручног савета едукација запослених	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Израда Плана едукације ДЗ за 2016 и Плана стручног усавршавања по службама ДЗ на прописаном обрасцу 31.01..2016.		Коментар: донет је унапређен План стручног усавршавања по службама Др Коста Лазаревић Адекватна и унапређена пред.Стручног савета едукација запослених	
48	ЉР 7.3 планом активности обухватити све службе	2	Израда Плана задовољства запослених	31.12.2014.	Др Родика Петку директор	Унапређење нивоа задовољства запослених
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу спровођења анкете задовољства запослених 31.12.2015.		Коментар: постоји анкета задовољства запослених. Наставити са анализом анкете и предлогом активности за унапређење задовољства Др Родика Петку Унапређење нивоа Директор ДЗ задовољства запослених	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу спровођења анкете задовољства запослених и израда Плана активности за повећање задовољства запослених 31.12.2016.		Коментар: наставити са анализом анкете задовољства запослених и предлогом активности за унапређење задовољства Др Родика Петку Унапређење нивоа Директор ДЗ задовољства запослених	

49	УИ 1.1 препоручује се вођење медицинске документације према важећим прописима и усвојеним процедурама	1	Унапредити вођење медицинске документације у писаном облику и указати запосленима на обавезу вођења електронског картона	31.12.2014.	Др Родика Петку директор	Ажурна и уредно вођена медицинска докумантација у писаном и електронском облику
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на пуној имплем. електорнске документације и вођење папирне форме у скалду са прописима у оквиру служби ДЗ 31.12.2015.		Коментар: медицинска документација се води у електронској и папирној форми у складу са прописима, али неуједначено. Наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Родика Петку Ажурна и уредно вођена Директор ДЗ докум.у писаном и електон. облику		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу вођења докум.у папирној и електронској форми у складу са прописима 31.12.2016.		Коментар: наставити са активностима на унапређењу вођења медицинске документације Др Родика Петку Ажурна и уредно вођена Директор ДЗ докум.у писаном и електон. облику		
50	УИ 1.2 имплементирати електронски картон у свим службама	1	Унапредити вођење медицинске документације у електронском облику и започети имплементацију електронског картона у Служби за здрав.заштиту жена	31.12.2014.	Др Родика Петку директор	Поптпуна имплементација електронског картона у службама Дома здравља
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на пуној имплем. електорнске документације и вођење ел.документације у скалду са прописима у оквиру служби ДЗ 31.12.2015.		Коментар: уведен је електронски картон у службама. Наставити са даљом имплементацијом информационог система. Др Родика Петку Ажурна и уредно вођена Директор ДЗ документација и даља имплемен.ел.картона		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унапређењу вођења докум.у папирној и електронској форми у складу са прописима 31.12.2016.		Коментар: поставити са даљом имплементацијом информационог система. Др Родика Петку Директор ДЗ Ажурна и уредно вођена документација и даља имплемен.ел.картона
51	УИ 2.3 уједначити сакупљање и тумачење и анализу података	1	Додатна едукација лица одговорног за статистику и састављање извештаја и чешће састајање одговорног лица за статистику са начелницима и гл.сестрама служби	31.12.2014.	Надица Бошњак референт статистике Унапређење квалитета рада у области сакупљања, тумачења и анализе података
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унап.квалитета рада у ел. и писаној форми уз сарадњу са реф.статистике и чешће састајање начелника служби са Комисијом за квалитет 31.12.2015.		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада. Начелници служби Јасмина Пронић Реф.статистике Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет Унапређ.квалитета рада у области сакупљања и тумачења података
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на унап.квалитета рада у ел. и писаној форми уз сарадњу са реф.статистике и чешће састајање начелника служби са Комисијом за квалитет 31.12.2016.		Коментар: поставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада. Начелници служби Јасмина Пронић Реф.статистике Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет Унапређ.квалитета рада у области сакупљања и тумачења података

	УИ 2.4 анализиране податке користити за унапређење квалитета рада	1	Додатна едукација лица одговорног за квалитет и чешће састајање Комисије за квалитет са начелницима и гл.сестрама служби	31.12.2014.	др Рајна Душанов председник Комисије за квалитет	Адекватна употреба података за унапређење квалитета рада
52	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и праће се. Наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада.		
		Унапређење сарадње и чешће састајање начелника служби са Комисијом за квалитет 31.12.2015		Начелници служби Унапређ.квалитета рада Јасмина Пронић у области сакупљања и Реф.статистике тумачења података Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: наставити са активним учешћем запослених на праћењу показатеља квалитета рада.		
		Унапређење сарадње и чешће састајање начелника служби са Комисијом за квалитет 31.12.2016.		Начелници служби Унапређ.квалитета рада Јасмина Пронић у области сакупљања и Реф.статистике тумачења података Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет		
53	РУ 1.1 обезбедити доказе	1	Извршити измену Стратешког плана и ускладити га са Ипук- ом	30.06.2014.	Александар Ананијев- дипл.правник	Унапређење квалитета рада изменом Стратешког плана и реализација ИПУК-а по службама Дома здравља
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: утврђени су стратешки циљеви,али се планира доношење новог Стратешког плана почетком 2015.године.		
		Израда новог Стратешког Плана За период 2015 – 2019 30.01.2015.		Менаџмент ДЗ Унапређ.квалитета рада израдом новог Стратешког Плана и реализација ИПУКа по службама ДЗ		

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: донет је нов Стратешки план за период 2015-2019 године. Такође је донет и Оперативни план на годишњем нивоу Менаџмент ДЗ Унапређ.квалитета рада реализацијом Стратешког и Оперативног Плана и реализација ИПУКа по службама ДЗ	
54	РУ 2.1 наставити са ажурирањем оперативног плана по службама	1	Извршити измену Оперативног плана са посебним освртом на претходну реализацију	30.06.2014.	Александар Ананијев-дипл.правник	Спровођење и реализација сегмената Оперативног плана по службама
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Оперативни план ажуриран по службама Менаџмент ДЗ Унапређ.квалитета рада изразом новог Оперативног плана Начелници служби	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: на основу новог Стратешког плана донет је Оперативни план за 2015.годину усклађен по службама Менаџмент ДЗ Унапређ.квалитета рада реализацијом Стратешког и изразом Оперативног Плана за 2016. Начелници сл.	
55	РУ 2.5 пратити и ревидирати план по потреби	1	Чешће састајање Комисије за квалитет,начелника служби и менаџмента са праћењем реализације и потребе за ревизијом плана	31.12.2014.	Александар Ананијев-дипл.правник и начелници служби	Унапређење плана и превремена реализација и ревизија

1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Оперативни план ажуриран по службама. Наставити сарадњу комисије за унапређење квалитета ,начелника и менаџмента у циљу праћења потреба за ревизијом плана. Менаџмент ДЗ Начелници служби Унапређ.квалитета рада Јасмина Пронић правовремена реализација Реф.статистике и ревизија Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет	
1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: на основу новог Стратешког плана донет је Оперативни план за 2015.годину усклађен по службама Менаџмент ДЗ Начелници служби Унапређ.квалитета рада Јасмина Пронић правовремена реализација Реф.статистике и ревизија Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет	
РУ 2.6 наставити са активностима на реализацији оперативног плана	1	Чешће састајање Комисије за квалитет,начелника служби и менаџмента са праћењем реализације и потребе за ревизијом плана	31.12.2014.	Александар Ананијев- дипл.правник и начелници служби	Унапређење плана и превовремена реализација и ревизија
1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Оперативни план ажуриран по службама. Наставити сарадњу комисије за унапређење квалитета ,начелника и менаџмента у циљу праћења потреба за ревизијом плана. Менаџмент ДЗ Начелници служби Унапређ.квалитета рада Јасмина Пронић правовремена реализација Реф.статистике и ревизија Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет	
		Перманентно унапређење сарадње и чешће састајање Комисије за квал. и начелника сужби са праћењем реализације 31.12.2015.			

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Унапређење сарадње и чешће састајање Комисије за квалитет и начелника сужби са праћењем реализације и циљева Плана 31.12.2016.		Коментар: на основу новог Стратешког плана донет је Оперативни план за 2015.годину усклађен по службама Менаџмент ДЗ Начелници служби Унапређ.квалитета рада Јасмина Пронић правовремена реализација Реф.статистике и ревизија Др Рајна Душанов Пред.Комисије за квалитет	
57	РУ 3.3 унапредити поступке извештавања	1	По потреби извршити ревизију Процедуре за проверу усклађености постојећих ресурса са потребама корисника услуга	31.12.2014.	Александар Ананијев-дипл.правник	Унапређење квалитета и повећање безбедности пацијената
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Правовремена ревизија постојећих Процедура и увођење у употребу новопрописаних 31.12.2015.		Коментар: донете су нове процедуре које омогућавају праћење искоришћености свих ресурса. Александар Ананијев Унапређење квалитета, дипл.правник повећање безбедности корисника услуга	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Правовремена ревизија постојећих Процедура и увођење у употребу новопрописаних 31.12.2016.		Коментар: у претходних годину дана донете су две нове процедуре ,а пет их је ревидирано Александар Ананијев Унапређење квалитета, дипл.правник повећање безбедности корисника услуга	
58	РУ 4.6 дефинисати висину средстава за управљање ризиком	1	Висину средстава ускладити са финансијским планом установе	31.12.2014.	Исајлу Василије-дипл.еџ.	Обезбеђење потребних средстава и смањење постојећих ризика
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Доношење Финансијског плана 31.01.2015 за 2015.год. и унапређење сарадње са локал.самоупр. 31.12.2015		Коментар: донета је Процедура за поступање у случају финансијског ризика Исајлу Василије Обезбеђење потребних дипл.еџ. средстава и смањење постојећих ризика	

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: унапређење сарадње са локалном самоуправом је трајни задатак	
			Доношење Финансијског плана 31.01.2016 за 2016.год. и унапређење сарадње са локал.самоупр.	31.12.2016.	Исајлу Василије дипл.еци.	Обезбеђење потребних средстава и унапређење комуникације са локал. самоуправом
59	РУ 5.1 наставити са упознавањем и применом процедуре	1	Свим запосленима уз потпис уручити Процедуру о нежењеним догађајима и указати на обавезу спровођења исте	31.12.2014.	Александар Ананијев-дипл.правник	Смањење броја нежељених догађаја
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: интерна комуникација је знатно унапређена , нарочито увођењем интерног сајта инфо лекар	
			Наставак имплементације електронске и индивидуалне сарадње и комуникације међу запосленима са циљем превентивног деловања	31.12.2015.	Александар Ананијев дипл.правник	Унапређење квалитета, повећање безбедности корисника услуга
60	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: даљом имплементацијом локалног сервера инфо лекар унапређује се интерна комуникација међу запосленима	
			Наставак активности на унапређењу локалне комуникације преко web сервера	31.12.2016.	Александар Ананијев дипл.правник	Унапређење квалитета и примера добре комуникације
					Драгомир Николић информатичар	
60	РУ 5.3 подстицати запослене да пријављују нежељене догађаје и анализирају их	1	Свим запосленима уз потпис уручити Процедуру о нежењеним догађајима и указати на обавезу спровођења исте	31.12.2014.	Александар Ананијев-дипл.правник	Смањење броја нежељених догађаја и рад на спречавању истих

	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: нежељени догађаји се пријављују и анализирају. Наставити са применом Плана за отклањање нежељених догађаја Александар Ананијев дипл.правник Начелници Служби ДЗ Повећање безбедности корисника услуга и смањење боја нежељ. догађаја	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Процедура о пријави нежељених догађаја је ревидирана. Нежељени догађаји се уписују, анализирају и предузимају активности за отклањање истих Александар Ананијев дипл.правник Начелници Служби ДЗ Повећање безбедности корисника услуга и смањење боја нежељ. догађаја	
61	РУ 5.4 наставити са активностима за отклањање узрока који су довели до нежељених догађаја	1	На нивоу служби израдити План за отклањање нежељених догађаја	31.12.2014.	Александар Ананијев-дипл.правник и начелници служби	Смањење броја нежељених догађаја и рад на спречавању истих
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: нежељени догађаји се пријављују и анализирају. Наставити са применом Плана за отклањање нежељених догађаја Александар Ананијев дипл.правник Начелници Служби ДЗ Повећање безбедности корисника услуга и смањење боја нежељ. догађаја	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе		2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности		Коментар: Процедура о пријави нежељених догађаја је ревидирана. Нежељени догађаји се уписују, анализирају и предузимају активности за отклањање истих Александар Ананијев дипл.правник Начелници Служби ДЗ Повећање безбедности корисника услуга и смањење боја нежељ. догађаја	

62	РУ 8.4 наставити са применом и ревидирањем процедура по потреби	1	Изменити процедуру по потреби кроз праћење њене усклађености у пракси	31.12.2014.	Александар Ананијев- дипл.правник	Унапређење квалитета рада и задовољства корисника са повећањем безбедности
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Правовремена ревизија постојећих Процедура и увођење у употребу новопрописаних 31.12.2015.			Коментар: структура и садржај процедура су унапређени. Донете су нове процедуре ,а неке старе су ревидиране. Александар Ананијев Унапређење квалитета, дипл.правник повећање безбедности корисника услуга	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Правовремена ревизија постојећих Процедура и увођење у употребу новопрописаних 31.12.2016.			Коментар: у претходних годину дана донете су две нове процедуре ,а пет их је ревидирано Александар Ананијев Унапређење квалитета, дипл.правник повећање безбедности корисника услуга	
63	РУ 9.5 обезбедити доказе	2	Састајање заштитника пацијентових права са начелницима и гл.сестрама служби и боље упознавање запослених са правима пацијената	31.12.2014.	Александар Ананијев- дипл.правник	Унапређење квалитета рада са пацијентима и поштовање пацијентових права
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Унапређење сарадње правника- заштитника права и чешће састајање и присуство на састанцима начелника Служби ДЗ 31.12.2015.			Коментар: донета је Процедура за управљањем ризиком од тужбе (лекарске грешке) Александар Ананијев Унапређење квалитета, дипл.правник повећање безбедности корисника и поштва- ње пацијентових права	
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спровode	2. Активности на унапређењу квалитета се спровode према плану активности Унапређење сарадње правника- заштитника права и чешће састајање и присуство на састанцима начелника Служби ДЗ 31.12.2016.			Коментар: унапређена је сарадња заштитника права пацијената и начелника служби Александар Ананијев Унапређење квалитета, дипл.правник повећање безбедности корисника и поштва- ње пацијентових права	

64	СУ 1.6 Наставити са применом критеријума	2	Управни одбор периодично анализира изјаву о мисији и визији	31.12.2014.	Александар Ананијев-дипл.правник	Унапређење квалитета рада Дома здравља
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Ревизија постојеће Изјаве о Мисији и визији од стране Управног одбора и даље периодично праћење 31.12.2015.		Коментар: неки чланови Управног одбора су промењени. Наставити са периодичним анализама изјава о мисији и визији. Александар Ананијев дипл.правник Унапређење квалитета рада		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Даље периодично праћење постојеће Изјаве о Мисији и визији од стране Управног одбора 31.12.2016.		Коментар: ревидиране су Изјаве о мисији и визији Александар Ананијев дипл.правник Унапређење квалитета рада		
65	СУ 3.4 наставити са даљом имплементацијом процедуре	2	Управни одбор периодично оцењује рад директора и прати реализацију Плана рада	31.12.2014.	Драган Костадиновски-председник Управног одбора	Унапређење квалитета рада Дома здравља са унапређењем рада директора установе
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на праћењу рада Директора и ревизија процедуре по Потреби 31.12.2015.		Коментар: Управни одбор прати реализацију Плана рада и оцењује рад директора Мр ЗорицаПавков председник УО Унапређење квалитета рада установе		
	1.Активности на унапређењу квалитета се не спроводе	2. Активности на унапређењу квалитета се спроводе према плану активности Наставак активности на праћењу Плана рада и оцењивање рада Директора од стране УО 31.12.2016.		Коментар: Управни одбор прати реализацију Плана рада и оцењује рад директора Наставити са оценом рада директора Мр ЗорицаПавков председник УО Унапређење квалитета рада установе		

3. Стање према захтевима АЗУС-а

У ТАБЕЛАМА БОЛДОВАТИ ЈЕДАН ОД ТРИ ПОНУЂЕНА ОДГОВОРА. У ДЕЛУ ПРЕДВИЂЕНОМ ЗА КОМЕНТАР ЈАСНО, У КРАТКИМ ЦРТАМА НАВЕДИТЕ НЕДОСТАТКЕ ИЛИ ПОХВАЛЕ.

1.	Здравствена установа поступа у складу са планом за унапређење квалитета		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: У установи се примењује Интегрисани план унапређења квалитета рада . Показатељи квалитета рада су доступни запосленима у електронској форми и прате се. У свакој служби постоје месечни извештаји о праћењу показатеља квалитета рада, који се анализирају.		
	Здравствена установа поступа у складу са планом за унапређење квалитета		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: У Дому здравља се примењује интегрисани план унапређења квалитета рада. У свакој служби постоје месечни извештаји о праћењу показатеља квалитета рада , који се анализирају, уз предлог мера за унапређење. У установи се посвећује велика пажња унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената		

2.	Квалитет и безбедност пацијента се редовно прате и унапређују на свим нивоима		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар:		
	Квалитет и безбедност пацијената се редовно прате, Извештаји се анализирају и предлажу мере унапређења. Уведена је и Процедура за регистрацију занемаривања и злостављања деце и одраслих Похваљује се изградња и пуштање лифта у функцију, као и изградња косе равни за инвалиде, који су били неопходни особама са инвалидитетом за прилаз службама.		
	Квалитет и безбедност пацијента се редовно прате и унапређују на свим нивоима		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Квалитет и безбедност пацијената се у потпуности редовно прате и унапређују на свим нивоима Редовни унутрашњи надзори по службама, веома садржајни извештаји, адекватна анализа и мере за побољшање значајно су унапредиле рад у појединим службама. Донете процедуре се примењују и поштују. Уведене су и нове процедуре ,а неке старе су ревидиране. Период чекања на заказивање прегледа је смањено. Изградњом лифта и косих равни омогућен је комфоран приступ свим службама. Планови сервисирања и баждарења опреме су унапређени, као и Планови за стручно усавршавање. Донет је нов Стратешки план за период 2015-2019.године,а у складу са њим и Оперативни план. Хигијена у установи је на завидном нивоу,све комисије и тимови(за контролу с терилизације, ширење заразних обољења, контролу болничких инфекција, контролу противпожарне заштите,и др.) уредно се састају и доносе мере за унапређење. .		

3.	У установи се примењују усвојени протоколи и процедуре		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар: Увидом у медицинску документацију као и приликом обиласка установе констатовано је доношење неких нових процедура као и ревидирање постојећих. Предлаже се дсље ревидирање процедура према потребама, а у циљу сталног унапређења квалитета рада као и безбедности.		
	У установи се примењују усвојени протоколи и процедуре		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Донете процедуре се примењују и поштују. Уведене су и нове процедуре ,а неке старе су ревидиране.		

4.	Примењује се систем управљања ризиком		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар: Систем за управљање ризиком се веома успешно примењује на свим нивоима што се закључује како из приказане документације тако и приликом обилска установе Донет је План реаговања у ванредним ситуацијама, као и неке нове процедуре.		
	Примењује се систем управљања ризиком		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Систем за управљање ризиком се континуирано успешно примењује на свим нивоима . Рад Комисије за спречавање интрахоспиталних инфекција је унапређен. Планови за сервисирање и баждарење опреме су комплетирани кроз табеларне приказе. Купљено је ново теренско возило за тешко приступачне терене.		

5.	Хигијена у здравственој установи је задовољавајућа.		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Хигијени у установи се посвећује велика пажња. Похваљује се набавка опреме за одржавање хигијене (машина за прање подова и покретна колица за спремачице).		
	Хигијена у здравственој установи је задовољавајућа.		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Хигијена у установи је и даље на завидном нивоу.		

6.	Поштују се и доследно примењују процедуре о безбедном руковању лековима		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар:		
	Процедуре о безбедном руковању лековима се поштују и примењују		
	Поштују се и доследно примењују процедуре о безбедном руковању лековима		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар:		
	Процедуре о безбедном руковању лековима се поштују и примењују		

7.	Примењује се систем за идентификацију пацијената		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар:		
	У оквиру стандарда за управљање ризиком , примењује се и систем за идентификацију пацијената.		
	Примењује се систем за идентификацију пацијената		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар: У оквиру стандарда за управљање ризиком , примењује се процедура за идентификацију пацијената.
--	---

8.	У установи се примењује систем који лако препознаје нежељене догађаје(праћење, евидентирање, анализа и предузимање активности на основу урађене анализе)		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: У установи се редовно прате ,евидентирају ,анализирају нежељени догађаји уз предлог мера за отклањање истих. Препоручује се даље стално праћење нежељених догађаја на свим нивоима.		
	У установи се примењује систем који лако препознаје нежељене догађаје(праћење, евидентирање, анализа и предузимање активности на основу урађене анализе)		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Процедура о пријави нежељених догађаја је ревидирана. Наставити са редовним праћењем и анализом нежељених догађаја уз предлог мера за њихово отклањање.		

9.	Примењује се јасно дефинисана политика у спречавању инфекција повезаних са здравственим интервенцијама		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар: У установи се у потпуности примењују мере предвиђене Правилником о инфекцијама повезаним са здравственим интервенцијама. Унапређен је рад Комисије за болничке инфекције, као и уједначено праћење контроле стерилизације. Хигијена је и даље приоритет дома здравља		
	Примењује се јасно дефинисана политика у спречавању инфекција повезаних са здравственим интервенцијама		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Примењује се јасно дефинисана политика у спречавању инфекција повезаних са здравственим интервенцијама Састанци Комисије за интрахоспиталне инфекције су редовни о чему сведоче уредно вођени записници.		

10.	Поштују се усвојене процедуре које у складу са важећом правном регулативом дефинишу раздвајање, одлагање, транспорт и стерилизацију медицинског отпада		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Доследном применом усвојених и ревидираних процедура медицински отпад се раздваја, одлаже, транспортује и стерилише уз поштовање правне регулативе. Ревидирана је Процедура одређивања путање и дневног распореда одлагања отпада.		
	Поштују се усвојене процедуре које у складу са важећом правном регулативом дефинишу раздвајање, одлагање, транспорт и стерилизацију медицинског отпада		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар: Континуирано се примењују усвојене и ревидиране процедуре раздвајања, одлагања, транспорта и стерилизације медицинског отпада у складу са важећом правном регулативом Чек листе и товарни листови попуњавају се уредно и контролишу од стране одговорног лица. Настављена је сарадња са локалном самоуправом.
--	--

11.	Стерилизација - поштују се и примењују усвојене процедуре		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Стерилизацији се посвећује изузетна пажња уз стрктно пштовање свих усвојених и ревидираних процедура. Унапређена је и уједначена контрпла стерилизације.		
	Стерилизација - поштују се и примењују усвојене процедуре		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Стерилизацији се континуирано посвећује изузетна пажња уз стрктно пштовање свих усвојених и ревидираних процедура.		

12.	У установи се доследно примењују усвојени протоколи, процедуре, упутства у циљу безбедног руковања опремом, материјалом, уређајима и простором		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар: Опрема се редовно сервисира и баждари, али не постоји План сервисирања и баждарења на нивоу служби. Донети План сервисирања и баждарења опреме на нивоу служби.		
	У установи се доследно примењују усвојени протоколи, процедуре, упутства у циљу безбедног руковања опремом, материјалом, уређајима и простором		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: План сервисирања и баждарења опреме је унапређен уз табеларни приказ по службама.		

13.	Установа се придржава важећих законских прописа у области противпожарне заштите и спроводи се обука запослених		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: У оквиру стратегије управљања ризиком констатује се доследно поштовање свих важећих законских прописа и донетих процедура у области противпожарне заштите. Редовно се води евиденција о обуци запослених из ове области, као и контрола противпожарних апарата.		
	Установа се придржава важећих законских прописа у области противпожарне заштите и спроводи се обука запослених		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Установа се придржава у потпуности важећих законских прописа у области противпожарне заштите и спроводи се обука запослених. Постоји тим за управљање противпожарном заштитом, обука се уредно спроводи, противпожарни апарати се уредно сервисирају		

14.	Вођење , чување и архивирање медицинске документације у складу је са важећом правном регулативом		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Медицинска документација се води у електронској и папирној форми. Архивира се по правилнику о архивској грађи за вођење и чување документације.али не у потпуности. Предлажу се даље активности на унапређењу чувања и архивирања медицинске документације		
	Вођење , чување и архивирање медицинске документације у складу је са важећом правном регулативом		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: Вођење , чување и архивирање медицинске документације у складу је са важећом правном регулативом.		

15.	Постоје и поштују се усвојене процедуре у области људских ресурса (лиценце, професионална оспособљеност запослених, резултати рада запослених, едукација, усавршавање, заштита на раду, задовољство запослених).		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: У области људских права поштују се усвојене процедуре о поседовању и обнављању лиценци за све здравствене раднике.. Установи је ревидирана процедура за неометтан рад установе у случају прекида рада стручних лица која не подлежу лиценцирању. Иновiran је образац за оцењивање резултата рада запослених ,који је саставни део радног досијеа. Потребно је уједначити планове за стручно усавршавање по службама. Прати се и анализира задовољство запослених.		
	Постоје и поштују се усвојене процедуре у области људских ресурса (лиценце, професионална оспособљеност запослених, резултати рада запослених, едукација, усавршавање, заштита на раду, задовољство запослених).		
	У потпуности	Делимично	Не

	Коментар: Све усвојене процедуре се поштују а неке су и унапређене. План стручног усавршавања на ниву Дома здравља и по службама је унапређен.
--	---

16.	Примењују се Национални водичи добре клиничке праксе и клинички путеви (набројати)		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: У установи се примењују Национални водичи добре клиничке праксе, који су доступни у електронској форми.		
	Примењују се Национални водичи добре клиничке праксе и клинички путеви (набројати)		
	У потпуности	Делимично	Не
	Коментар: У установи се примењују Национални водичи добре клиничке праксе, који су доступни у електронској форми		

4. Општи утисак након редовне посете

Приликом редовне посете Дому здравља Вршац констатовано је да се при раду поштују акредитацијски стандарди и усвојене процедуре.

Донете су нове процедуре ,а постојеће су ревидиране и унапређене.

Посебна пажња у установи се посвећује унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената. За похвалу је изградња лифта, који омогућава инвалидним лицима и осталим пацијентима лакши приступ службама.

Усвојен је и у свим службама редовно се прати Интегрисани план за унапређење квалитета.

Интерна комуникација путем интерног сајта Инфо лекар је знатно унапређена.

Примењују се Национални водичи добре клиничке праксе .

Такође се детаљно спроводи план за управљање ризиком уз доношење и Плана реаговања у ванредним ситуацијама.

Поједине службе су реновиране , уз одговарајућу адаптацију простора и набавку нове опреме.

Увидом у приложену документацију као и на основу обиласка установе закључено је да је у последњих годину дана дошло до видног унапређења нивоа квалитета рада, уз изузетну подршку топ менаџера, менаџмента и запослених.

2 Посета:

Приликом друге редовне посете Дому здравља Вршац, констатован је континуитет у поштовању акредитацијских стандарда, чиме је значајно унапређен рад запослених.

Поједине процедуре су ревидиране, а неке нове и донете.

Донет је нов Стратешки план за период 2015-2019.године.

Квалитет и безбедност је нешто што је у установи препознато као значајан фактор у развоју здравствене заштите и на томе се посебно инсистира.

Повећана је приступачност здравствене заштите корисницима ,смањене су листе чекања , унапређен је План сервисирања и баждарења опреме као и План стручног усавршавања.

Поједине службе су просторно и организационо унапређене, а набављена су и нова возила од којих је једно за тешко приступачне терене.

Општи је утисак да су сталне активности на унапређењу квалитета рада и безбедности уз значајну подршку менаџмента допринеле порасту задовољства како запослених тако и пацијената.