



Република Србија



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

**Завршни извештај о
акредитацији
за
Дом здравља Богатић**

A-97-07/2013

Београд , Новембар 2013.

Садржај

Сажетак.....	5
1. Подаци о здравственој установи.....	6
1.1. Општи подаци	6
1.2. Циљеви здравствене установе у вези са акредитационим процесом	6
1.3. Мисија.....	6
1.4. Визија	7
1.5. Вредности	7
1.6. Стратешки план (сажети преглед).....	7
1.7. Опис заједнице / популације којој су намењене услуге здравствене установе	8
1.8. Преглед нивоа активности здравствене установе	8
2. Процес акредитације	9
2.1. Уговарање акредитације.....	9
2.2. Самооцењивање	9
2.3. Спољашње оцењивање	10
3. Оцењивање.....	11
3.1. Обим оцењивања.....	11
4. Методе рада.....	12
4.1. Скала за оцењивање	12
5. Акредитацијски статус.....	13
6. Налаз спољашњих оцењивача	14
6.1. Опис нађеног стања	14
6.2. Главна достигнућа и потенцијали установе	14
6.3. Препоруке за унапређење.....	15
6.4. Посета периферних амбуланти	16

6.5. Фокус групе	17
6.6 Налази по службама.....	19
Анекс 1: Оцене за поједине критеријуме (самооцењивање и спољашње оцењивање.....	26
Анекс 2: Процентуална заступљеност оцена.....	31
Анекс 3: Листа свих коментара, препорука и похвала	33
Анекс 4: Састав тимова за самооцењивање	42
Анекс 5: Састав тима за спољашње оцењивање.....	46
Анекс 6: План оцењивања	47
Референтна документа.....	52

Сажетак

Општи подаци, циљеви здравствене установе у вези са акредитационим процесом, мисија, визија, вредности установе, стратешки план, опис заједнице и преглед нивоа активности Дома здравља Богатић.

1. Подаци о здравственој установи

1.1. Општи подаци

Дом здравља Богатић основан је 1954. године. Његова укупна површина је 2800 м² на 6 локација. Пружа примарну здравствену заштиту становништву на територији Општине Богатић. На овој територији по попису из 2004. године живи 32000 становника.

Здравствена установа пружа услуге примарне здравствене заштите. Медицинске службе су: служба за здравствену заштиту одраслог становништва са одсеком хитног медицинског пријема, служба за заштиту деце и омладине, служба за заштиту жена и трудница, служба поливалентне патронаже, специјалистичко консултативна служба, служба стоматологије. Службе медицинске подршке : служба РТГ дијагностике, служба лабораторијске дијагностике. Немедицинске службе у оквиру здравствене установе су : служба за немедицинске послове (правни одсек, економско – финансијски одсек, технички одсек).

Укупан број запослених у Дому здравља Богатић је 183, од чега 138 запослених припада медицинском, а 45 немедицинском кадру.

1.2. Циљеви здравствене установе у вези са акредитационим процесом

Да у свим областима рада, наш учинак максимално приближимо предвиђеним, жељеним стандардима.

1.3. Мисија

Дом здравља обезбеђује најбоље могуће исходе по здравље породице и заједнице пружањем здравствених услуга високог квалитета и ефикасности становништву општине Богатић.)

1.4. Визија

Развој ка установи, која ће уз подршку система, свеобухватне, интегрисане, ефикасне и квалитетне здравствене заштите, кроз тимски рад, професионално уважавање, сарадњу и изградњу поверења бити лидер у очувању и унапређењу здравља породице и заједнице становника општине Богатић.

1.5. Вредности

Наши највећи успеси у последњих годину дана су: реконструисање свих здравствених станица са увођењем централног грејања, опремање возног парка, опремање лабораторије савременим апаратима, увођење информационог система, набавка ултразвука за све службе које се баве ултразвучном дијагностиком, добијање савременог мамографа донацијом Јапанске владе, опремање новим намештајем.

У оквиру унапређења квалитета рада, и безбедности пацијента свака служба је израдила свој план, а након интеграције урађен је и план на нивоу целе установе. Комисија за унапређење квалитета рада израдила је Интегрисани план за 2013. год., са свим роковима за реализацију, циљевима, мерама и активностима као и одговорним особама. Израђен је план превентивних прегледа, донете мере и предузете активности за повећање одзива пацијената, уведен скрининг програм на депресију, рано откривање дијабета, рано откривање кардиоваскуларног ризика, скрининг кукова код деце, скрининг на карцином дебелог црева.

1.6. Стратешки план (сажети преглед)

Стратешки план установе садржи 6 стратешких циљева:

- Акредитовање ДЗ
- Унапређење квалитета рада и процеса контроле квалитета рада
- Изградња нових објеката и потребна санација постојећих
- Унапређење превентивних програма здравствене заштите вулнерабилних популационих група и палијативне неге
- Подизање степена задовољства запослених
- Подизање степена задовољства корисника

1.7. Опис заједнице / популације којој су намењене услуге здравствене установе

Дом здравља Богатић основан је 1954 године и то је здравствена установа која здравствене услуге пружа првенствено становницима општине Богатић. Општина Богатић се налази на крајњем северозападу у централној Србији и припада Мачванском округу. Она заузима површину од 384 км (од чега је 30651 ха пољопривредне површине и 2948 ха шумске површине). Центар општине је насеље Богатић, а општина има 14 насеља: Бадовинци, Баново Поље, Белотић, Богатић, Глоговац, Глушци, Дубље, Клење, Метковић, Очаге, Салаш Црнобарски, Совљак, Узвеће и Црна Бара. У општини живи 29 000 становника од чега је око 6 000 деце до 18 година. Број запослених становника је 4 689, а општина има 14 основних и 1 средњу школу.

1.8. Преглед нивоа активности здравствене установе

1	Просечан број посета по лекару	38
2	Просечан број опредељених пацијената по лекару	1620
3	Процент превентивних посета у укупном броју посета код лекара	16%
4	Обухват вакцинацијом против грипа особа старијих од 65 година	13%

2. Процес акредитације

2.1. Уговарање акредитације

Уговор о акредитацији број А-97-02 је потписан дана 12.07.2012. године. Потребан материјал и усмене инструкције за процес самооцењивања је испоручен здравственој установи 31.10.2012. године.

2.2. Самооцењивање

У Дому здравља Богатић је у периоду од 22.11.2012. до 21.06.2013. урађен процес самооцењивања. У процесу самооцењивања учествовало је 12 тимова који су бројали (од 3 до 11 чланова). У тимовима су били заступљени запослени свих нивоа образовања и свих нивоа одговорности у датој служби. Сваки тим је имао вођу тима за самооцењивање који су били одговорни за рад тимова и комуникацију са координатором за акредитацију. Оцене за поједине критеријуме су дате у Анексу 1. Тим за самооцењивање је био састављен од : (Састав свих тимова је дат у Анексу 2).

Координатор за акредитацију: др Анка Пузић
Вође тимова за самооцењивање: <ol style="list-style-type: none">1. др Светлана Кнежевић2. Горан Стекић3. Ђорђе Јуришић4. др Мирјана Давидовић5. др Данка Мишковић6. др Драгана Поповић7. др Весна Станојчић8. др Мирослав Мијаиловић9. др Мирјана Давидовић10. др Анка Пузић11. др Горан Петровић12. Снежана Павловић

Извештај о самооцењивању је достављен Агенцији дана 12.07.2013. године.

2.3. Спољашње оцењивање

Акредитацијска посета спољашњих оцењивача је почела 20.10.2013. године и трајала је 2 дана. У процес спољашњег оцењивања је било укључено четири спољашња оцењивача. Спољашњи оцењивачи су податке самооцењивања добили од Агенције за акредитацију двадесет два дана пре акредитацијске посете. Након завршетка акредитацијске посете Спољашњи оцењивачи су доставили извештај о спољашњем оцењивању дана 08.11.2013. под бројем А-97-06. Оцене за поједине критеријуме су дате у Анексу 1.

3. Оцењивање

3.1. Обим оцењивања

Оцењивањем су обухваћени следећи сетови стандарда:

(необухваћене стандарде избрисати у следећој табели)

Поглавља стандарда	Ознаке	Број стандарда	Број критеријума
Здравствена заштита одраслог становништва	ЗЗО	8	54
Здравствена заштита жена	ЗЗЖ	8	55
Здравствена заштита деце	ЗЗД	8	54
Специјалистичко консултативна служба	СК	8	51
Поливалентна патронажа	ПП	9	49
Дијагностичка радиологија	ДР	8	39
Лабораторијска служба	ЛАБ	8	39
Животна средина	ЖС	22	106
Људски ресурси	ЉР	7	27
Управљање информацијама	УИ	3	13
Руковођење	РУ	10	50
Стандарди управљања	СУ	5	22

4. Методе рада

Спољашње оцењивање је спроведено у здравственој установи и реализовано:

- прегледом припремљене документације и здравствене документације;
- разговором са органима управљања здравствене установе;
- разговором са запосленима који су учествовали у поступку самооцењивања (тимови за самооцењивање квалитета рада здравствене установе);
- обиласком здравствене установе и прегледом просторних капацитета;
- прегледом опремљености здравствене установе медицинском опремом;
- разговором са пацијентима и запосленима;
- завршним састанком на коме се органи управљања и запослени информишу о обављеној акредитацијској посети.

4.1. Скала за оцењивање

Квалитет рада је оцењиван према унапред утврђеним акредитацијским стандардима на основу скале за оцењивање испуњености.

Скала за оцењивање испуњености критеријума садржи оцене 1-5, и то:

- 1) оцена 1 која подразумева да критеријум није уведен у примену;
- 2) оцена 2 која подразумева да се критеријум уводи у примену;
- 3) оцена 3 која подразумева да се критеријум примењује;
- 4) оцена 4 која подразумева унапређену примену критеријума;
- 5) оцена 5 која подразумева најбољу примену критеријума;
- 6) без одговора - у случају када је немогуће у датој здравственој установи применити неки критеријум.

5. Акредитацијски статус

Према члану 18, Правилника о акредитацији ("Сл.гласник РС", бр. 112/2009) први потребан услов за добијање сертификата о акредитацији је да ниједан критеријум који се односи на безбедност пацијента није оцењен оценом мањом од 4 док је утицај остала два услова који се тичу најбољих и најлошијих оцена приказан у следећој табели:

	Оцене 4 и 5 <=40%	Оцене 4 и 5 >40% и <50%	Оцене 4 и 5 >50% и <70%	Оцене 4 и 5 >70%
Оцене 1 и 2 >=20%	Не	Не	Не	Не
Оцене 1 и 2 <20%	Не	1 година	1 година	1 година
Оцене 1 и 2 <15%	Не	1 година	3 године	3 године
Оцене 1 и 2 <10%	Не	1 година	3 године	7 година

На основу процентуалне заступљености добијених оцена (Анекс 1), директор Агенције, ће на основу члана 18. Правилника о акредитацији здравствених установа донети решење о издавању сертификата о акредитацији Дому здравља Богатић на период од 3 године.

6. Налаз спољашњих оцењивача

Тим спољашњих оцењивача сачињавали су: вођа тима Др Милена Ђукић, специјалиста офтамолог ДЗ Ниш, Ружица Николић, мр пх спец. Фармацеутска комора Србије, Радош Топаловић, дипл. правник ЗЦ Ужице, Горан Николић, виши медицински техничар ЗЦ Ужице.

6.1. Опис нађеног стања

Дом здравља Богатић је установа примарне здравствене заштите ,која спада у ред мањих колектива са добро организованим радом. Запслени су процес акредитације схватили као могућност за даље унапређење квалитета рада и безбедности пацијената. Акредитацијска посета је добро организована,а рад спољашњих оцењивача је био олакшан сарадњом са тимовима за самооцењивање

Запслени ,као и представници локалне самоуправе и локалне заједнице исказали су своју подршку Стратешким циљевима дома здравља у циљу пружања што квалитетније здравствене заштите

Менаџмент Дома здравља је својим ангажовањем пружио знатну подршку процесу акредитације.

6.2. Главна достигнућа и потенцијали установе

- ❖ у Дому здравља Богатић се пружају здравствене услуге предвиђене за примарни ниво здравствене заштите
- ❖ процедуре су јасно дефинисане и регулишу све фазе у лечењу пацијената
- ❖ видљиви су напори који се улажу за стално унапређење квалитета рада
- ❖ тимови за самооцењивање као и остали запслени су показали изузетан ентузијазам и посвећеност процесу акредитације
- ❖ поклања се одговарајућа пажња безбедном руковању медицинским отпадом
- ❖ сви запслени су подржани у перманентној едукацији од стране менаџмента

- ❖ опрема је савремена и редовно се сервисира и баждари
- ❖ изузетна пажња се посвећује уређењу и одржавању објекта
- ❖ постоји добра сарадња са локалном самоуправом и заједницом
- ❖ значајан је допринос менаџмента процесу акредитације и унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената

6.3. Препоруке за унапређење

- Вођење медицинске документације је регулисано законом. Увидом у припремљене доказе констатовано је да се медицинска документација и праћење тока лечења у њој не води увек на адекватан начин (картони, протоколи, извештаји).

Уједначити вођење медицинске документације у складу са законом.

- Превенција се обавља у складу са законом и процењује се здравствено стање становништва. У појединим службама не постоје докази о позивању као и анализа одзива.

Препоручују се даље активности на унапређењу превентивних прегледа.

- Прегледом документације као и приликом обиласка установе констатовано је да је донет велики број писаних процедура али да су неуједначене по форми и садржају.

Препоручује се уједначавање писања и овера процедура на нивоу установе, као и да се у будућности користе уз контролу њиховог спровођења и ревидирања по потреби.

- У установи постоји интегрисан план унапређења квалитета рада, али службе имају неуједначене планове за унапређење квалитета.

Потребно је унапредити планове за унапређење квалитета на нивоу служби као и укључити све запослене у активности на унапређењу квалитета рада.

- Постоји план и процедуре за управљање ризиком на нивоу Дома здравља.
Наставити са активностима на унапређењу процедуре за управљање ризиком и њеном применом.

- Оперативни план који се заснива на Стратешком плану је недавно донет и усвојен.
Наставити са активностима за реализацију Оперативног плана на годишњем нивоу.

- Електронски картон постоји и у току је имплементација информационог система.
Наставити са имплементацијом електронског картона и електронског система.

6.4. Посета периферних амбуланти

У оквиру акредитацијске посете тим за спољашње оцењивање је 22.10.2013. године посетио амбуланту Бадовинци , која је функционална и у складу са Уредбом о плану мреже здравствених установа.

Рад ове амбуланте се одвија у две смене ,са два лекарска тима , који задовољавају потребе корисника услуга.

Медицинска документација се уредно води. У амбуланти постоје потребне процедуре за рад.

У разговору са пацијентима стекли смо утисак да су задовољни начином на који задовољавају своје потребе у овој амбуланти.

6.5. Фокус групе

Фокус група пацијенти

Фокус групу пацијената су чинили корисници услуга неколико служби: опште медицине, педијатрије и гинекологије.

Сви присутни имају своје изабране лекаре и сматрају да опредељење за изабраног лекара има само позитивне стране.

Као корисници услуга задовољни су односом лекара и сестара према њима. Упознати су са начином заказивања прегледа, а поштовање термина посебно похваљују.

Учесница фокус групе је констатовала бољу просторну организацију педијатријске службе са одвојеним делом за здраву и болесну децу и добрим простором за изолацију.

Присутне пацијенткиње су предложили даље активности на унапређењу превентивних прегледа уз могућност ултразвучног прегледа дојки.

Сви су упознати са постојањем заштитника пацијентових права али до сада нису имали потребе да му се обрате.

Фокус група локална заједница

Представници локалне самоуправе преко општинске управе, МУП-а, предшколске, школске и средњошколске установе као и Центра за социјални рад упознали су нас са сарадњом са Домом здравља.

Општина као оснивач обезбеђује потребна средства у буџету за материјалне трошкове. Такође препознаје унапређење квалитета рада кроз акредитацију обезбеђењем додатних средстава.

Дом здравља се успешно укључује у све активности везане за ванредне ситуације. Сарадња са школама и предшколском установом је благовремена и потпуна у свим доменама преко службе за ХМП дечије и специјалистичке службе. Спровode се превентивне активности у циљу едукације деце. Сарадња са МУП-ом је константна, као и са Центром за социјални рад посебно у збрињавању старије популације.

Фокус група запослени

Фокус групу запослених су чинили представници више служби дома здравља: Служба за заштиту здравља одраслих, заштиту здравља жена, Хитна медицинска служба и Правна служба.

Сви учесници разговора су имали прилику да говоре и изнесу своје утиске о раду у дому здравља. Заједничка је оцена да су се запослени позитивно изразили о значају акредитације дома здравља, да су активно учествовали у припремама које су текле, да је било доста посла и да им је драго да су резултати унапређен квалитет рада и безбедност, како особља тако и пацијената.

Увођење електронског картона је омогућило бржу, прецизнију и сигурнију комуникацију између служби у установи, о чему су се нарочито похвално изјаснили запослени хитне медицинске службе.

Запослени су врло заинтересовани за едукације и посећују их редовно у складу са својим обавезама и могућностима у оквиру дома здравља.

6.6 Налази по службама

ОПШТА МЕДИЦИНА

- Увидом у припремљену документацију, разговором са тимом и обиласком упознали смо се детаљно са радом службе.
- Добра је организација тимског рада .Тријажу врши медицинска сестра из тима.
- Прегледи се заказују што се види из уредно вођених свески за заказивање прегледа,а заказивање је повећало и задовољство пацијената.
- Служба располаже адекватним простором који је јасно обележен, а информације намењене пацијентима су видно истакнуте на огласним таблама.
- Медицински отпад се раздваја на месту настанка и о томе се води уредна евиденција.
- Посебно би похвалили редовно сервисирање и бажарење опреме уз прегледан табеларни приказ.
- У разговору са пацијентима закључује се да су задовољни здравственом заштитом коју добијају у служби опште медицине.
- Препоручује се уредније вођење медицинске документације (здравствених картона и протокола)

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ДЕЦЕ

- У служби се примењује велики број усвојених процедура на чијој даљој примени треба истрајати.
- Медицинска документација се води у електронској и папирној форми,из које се може стећи увид како у превентивни тако и куративни рад.
- Изузетна пажња се посвећује превентивном раду што резултира високим процентом остварења превентивних услуга и имунизације.

- Служба располаже изузетно великим и добро искоришћеним простором са посебним улазом за здраву и болесну децу и добрим простором за изолацију.
- У служби постоји књига и обрасци за пријаву нежељених догађаја, са чијом пријавом треба наставити.
- Медицинска документација се води у складу са законским одредбама, али неуједначено, са препоруком за уредније и детаљније вођење здравственог картона и протокола.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА

- Здравствену заштиту женама запослени пружају поштујући мисију и визију установе и својим радом показују јасну посвећеност сталном унапређењу квалитета рада и безбедности пацијената, што потврђује и одлична оцена капитационе формуле.
- Похваљујемо активности службе на спровођењу скрининг програма за рано откривање карцинома грлића материце. Додатне напоре треба уложити у позивање на превентивне прегледе писменим путем, што је и предвиђено усвојеним процедурама.
- Служба располаже добро искоришћеним простором и адекватном опремом, која се редовно одржава што се види из приложене документације.
- У служби се обавља колпоскопска, ултразвучна и цитолошка дијагностика.

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО КОНСУЛТАТИВНА СЛУЖБА

- Тим за акредитацију је припремио обимну документацију, која нам је уз разговор и обилазак службе пружила увид у начин рада.
- Служба се састоји од интерног одељења, пнеумофтизиологије, неурологије и психијатрије.
- У служби је организован тимски рад (лекар-сестра)
- Медицинска документација се води у складу са законским прописима.

- Простор се уредно одржава уз примену хигијенско епидемиолошки мера, одлагање отпада се врши на прописан начин.
- Уведен је информациони систем, што је довело до унапређења рада.
- За похвалу је примена система заказивања прегледа, чиме су обезбеђени бољи услови за рад запослених и повећано задовољство пацијената.
- За похвалу је такође сарадња психијатра са службама у оквиру дома здравља и патронажном службом кроз организовање предавања ученицима Средње Мачванске школе у вези здравих стилова живота.

ЛАБОРАТОРИЈСКА ДИЈАГНОСТИКА

- Лабораторијска служба је организационо заједно са рентген дијагностиком.
- Служба се састоји из одељења хематологије, биохемије, хемостазе, анализе урина и у служби се ради са прописаним стандардима и водичима.
- Руководилац лабораторије је лекар специјалиста биохемије и запослени у лабораторији су лиценцирани од одговарајућих комора.
- Лабораторијска опрема је сервисирана, а уз опрему су приложени сертификати и упутства за рад.
- Уведен информациони систем је унапредио начин рада лабораторије.
- За похвалу је начин организације рада у лабораторији, функционалан распоред и обележавање простора уз нов намештај са јасно означеним садржајем полица, фијока и плакара.
- Препорука је да се у складу са могућностима дома здравља побољшају услови одржавања температуре у просторијама са апаратима, као и да се повећа радни простор лабораторије и помоћне просторије за одмор запослених и радни простор за руководиоца лабораторије.

РАДИОЛОШКА ДИЈАГНОСТИКА

- У радиолошкој служби се пружају услуге из области радиолошке дијагностике што је приказано у документацији израђеној према дефинисаним критеријумима.

- Служба нема специјалисту радиолога у сталном радном односу. До доласка лекара са специјализације повремено се ангажује радиолог из друге здравствене установе.
- Запослени су у потпуности посвећени пружању квалитетне здравствене услуге пацијентима.
- Зоне зрачења су обележене.
- Запослени одлазе на редовне систематске прегледе и носе дозиметре, који се уредно контролишу и налазе се под редовном контролом Агенције за контролу јонизујућег зрачења.
- Хигијена и вентилација се обављају на адекватан начин, а медицинским отпадом се управља по пропису.

ПОЛИВАЛЕНТНА ПАТРОНАЖА

- Тим је припремио обимну и садржајну документацију за процес акредитације.
- Рад у служби се одвија према дефинисаним и усвојеним процедурама.
- Обухват популационих група је коректно планиран и извршен.
- Планови се израђују према потребама, а њихова реализација је у предвиђеним роковима.
- Обележава се календар здравља у складу са могућностима.
- Кадровска структура је задовољавајућа у односу на број становника.
- Сарадња службе са другим службама у установи, локалном заједницом, Заводом за јавно здравље Шабац и школом је на високом нивоу.
- Похваљујемо учешће службе у превентивним активностима установе као и начин комуникације са терцијарним нивоом здравствене заштите“ Институтом за онкологију и радиологију“.

ЖИВОТНА СРЕДИНА

- Тим за самооцењивање је припремио обимну документацију.

- Тим за контролу и спречавање ширења инфекција ради у складу са важећим прописима.
- Истакнута је сарадња са епидемиолозима Завода за јавно здравље Шабац.
- Пријава заразних болести се врши у складу са законом.
- Ново уређени простор централне стерилизације је у складу са стандардима, одговара намени, а његово одржавање је одговарајуће.
- Препоручује се распоређивање аутоклава у посебну просторију од просторије за припрему стерилизације.
- Одлагање и путеви свих врста отпада насталих у установи се спроводе по јасно дефинисаним процедурама.
- Систем заштите од пожара се уредно одржава и сервисира.
- Одржавање опреме ,њено сервисирање и бажарење се спроводи према тачно утврђеном плану.
- Потребно је унапредити начин руковања лековима (евиденције,назив произвођача,начин чувања,обележавање).

УПРАВЉАЊЕ ИНФОРМАЦИЈАМА

- Здравствена документација се води у складу са важећим прописима али неуједначено по службама.
- Предлаже се уредније вођење медицинске документације.
- Остварено је побољшање квалитета са увођењем електронског картона, чиме се обезбеђује паралелно вођење документације,што похваљујемо, уз потребу даље имплементације информационог система.
- Пацијентима је омогућен приступ медицинској документацији кроз увид и добијања копија исте у складу са законским одредбама.
- Комисија за унапређење квалитета рада редовно прикупља и анализира показатеље уз израду плана за унапређење квалитета.
- Спроводи се унутрашњи и спољашњи надзор по службама.

- Медицинска документација се благовремено архивира, а смештајни услови за чување архивске грађе су добри.
- Статутом и правилником о систематизацији послова и давањем овлашћења одређено је лице за давање информација од значаја за установу.
- Установа има свој сајт.

ЉУДСКИ РЕСУРСИ

- Сходно правилнику о систематизацији послова запослени имају стручне квалификације за послове које обављају и сви поседују лиценце.
- Урађена је процедура којом се обезбеђује неометан рад установе у случају губитка лиценце неког стручног лица као и процедура за професионално оспособљавање запослених који нису обухваћени лиценцирању, коју похваљујемо.
- Усвојен је план стручног усавршавања и вођење евиденције извршења плана обавља се на нивоу служби и установе.
- Похваљујемо менаџмент за ефикасно праћење професионалног рада.
- Урађен је програм мера безбедности и заштите здравља на раду и акт о процени ризика свих радних места.
- Одговорно лице за безбедност и заштиту здравља има положен стручни испит из ове области.
- Усвојена је и спроводи се процедура за оцењивање рада запослених коју треба унапредити.
- Обавља се годишње истраживање задовољства запослених и пацијената, као и анализирање спроведених анкета.

УПРАВЉАЊЕ

- Изјава о мисији и визији установе садржи све потребне елементе
- Похваљујемо учешће Управног одбора у припреми Стратешког плана и изјаве о мисији и визији.

- Седнице управног одбора су добро припремљене и вођене.
- Постоји добра сарадња управног одбора и руководства у решавању битних питања за рад установе.
- Управни одбор је донео све потребне планове за рад установе.
- Усвојени су критеријуми за оцену рада директора од стране Управног одбора као и оцену резултата свог рада.
- Управни одбор о свом раду редовно извештава Надзорни одбор.
- Седнице надзорног одбора би требало да буду чешће.

РУКОВОЂЕЊЕ

- Похваљујемо Стратешки план установе којим су дефинисани општи и специфични циљеви ,као и руководство установе у креирању Оперативног плана.
- Људски, физички и финансијски ресурси су добро распоређени у интересу корисника услуга.
- Постоји Правилник о безбедности и заштити здравља пацијената и запослених и спроводе се потребне обуке.
- Наведени су могући ризици кроз план и анализирају се извештаји.
- Комисија за унапређење квалитета рада врши анализу показатеља квалитета и извршења плана рада,коју треба унапредити по службама.
- Установа има потребне процедуре, које захтевају праћење и ревизију у наредном периоду.
- Похваљујемо процедуре и поступак за сервисирање и баждарење опреме.
- Систем у вези поступања по приговорима пацијената функционише добро што потврђује мали број писмених пријава.
- Унапредити процес који обухвата пријављивање,евидентирање,анализу и предузимање мера поводом нежељених догађаја уз охрабрење запослених да исте пријављују.

Анекс 1: Оцене за поједине критеријуме (самооцењивање и спољашње оцењивање)

330	Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
330	1.0	
	1,1	4 3
	1,2	4 3
	1,3	4 3
	1,4	4 3
	1,5	4 3
330	2.0	
	2,1	5 5
	2,2	5 5
	2,3	5 5
	2,4	5 5
	2,5	5 5
330	3.0	
	3,1	5 4
	3,2	5 4
	3,3	5 4
	3,4	5 4
	3,5	5 4
	3,6	5 3
	3,7	5 5
330	4.0	
	4,1	5 5
	4,2	5 5
	4,3	5 4
	4,4	4 3
	4,5	5 4
	4,6	5 5
	4,7	5 3
	4,8	5 4
	4,9	5 3
	4,10	5 3
	4,11 *	5 4
	4,1 *	5 4
330	5.0	
	5,1	5 3
	5,2	5 3
	5,3	5 3
	5,4	5 3
	5,5	5 3
330	6.0	
	6,1	5 3
	6,2	4 3
	6,3	5 5
	6,4	5 5
	6,5	5 2
	6,6	5 4
330	7.0	
	7,1	5 5
	7,2	5 4
	7,3	5 4
	7,4	5 4
	7,5	5 4
	7,6	5 5
330	8.0	
	8,1	5 4
	8,2	5 4
	8,3	5 3
	8,4	5 3
	8,5	5 3
	8,6	5 3
	8,7 *	5 5
	8,8 *	5 5

33Ж	Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
33Ж	1.0	
	1,1	5 4
	1,2	5 4
	1,3	5 3
	1,4	5 3
	1,5	5 3
	1,6	5 3
33Ж	2.0	
	2,1	5 5
	2,2	5 5
	2,3	5 5
	2,4	5 5
	2,5	5 5
33Ж	3.0	
	3,1	5 5
	3,2	5 4
	3,3	5 5
	3,4	5 5
	3,5	5 5
	3,6	5 3
	3,7	5 4
33Ж	4.0	
	4,1	5 5
	4,2	5 5
	4,3	5 5
	4,4	5 4
	4,5	5 3
	4,6	5 5
	4,7	5 5
	4,8	5 5
	4,9	5 3
	4,10	5 3
	4,11 *	5 4
	4,12 *	5 4
33Ж	5.0	
	5,1	5 3
	5,2	5 3
	5,3	5 3
	5,4	5 4
	5,5	5 5
33Ж	6.0	
	6,1	5 4
	6,2	5 3
	6,3	5 5
	6,4	5 5
	6,5	5 2
	6,6	5 5
33Ж	7.0	
	7,1	5 3
	7,2	5 5
	7,3	5 5
	7,4	5 5
	7,5	5 5
	7,6	5 5
33Ж	8.0	
	8,1	5 3
	8,2	5 4
	8,3	5 3
	8,4	5 4
	8,5	5 3
	8,6	5 4
	8,7 *	5 5
	8,8 *	5 5

33Д	Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
33Д	1.0	
	1,1	4 4
	1,2	4 4
	1,3	5 5
	1,4	3 3
	1,5	4 4
33Д	2.0	
	2,1	4 4
	2,2	5 5
	2,3	5 5
	2,4	4 4
	2,5	5 5
33Д	3.0	
	3,1	5 5
	3,2	5 4
	3,3	5 4
	3,4	5 4
	3,5	5 5
	3,6	5 3
	3,7	5 5
33Д	4.0	
	4,1	5 5
	4,2	5 5
	4,3	5 5
	4,4	5 4
	4,5	5 3
	4,6	5 5
	4,7	5 5
	4,8	5 5
	4,9	4 4
	4,10	5 4
	4,11 *	5 5
	4,12 *	4 5
33Д	5.0	
	5,1	5 3
	5,2	5 3
	5,3	5 3
	5,4	5 3
	5,5	5 3
33Д	6.0	
	6,1	5 3
	6,2	4 3
	6,3	5 5
	6,4	5 5
	6,5	4 2
	6,6	5 5
33Д	7.0	
	7,1	4 4
	7,2	4 4
	7,3	4 4
	7,4	4 4
	7,5	5 5
	7,6	5 5
33Д	8.0	
	8,1	5 4
	8,2	5 4
	8,3	4 3
	8,4	4 3
	8,5	4 3
	8,6	4 3
	8,7 *	5 5
	8,8 *	5 5

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

СК		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
СК	1.0		
	1,1	БО	БО
	1,2	БО	БО
СК	2.0		
	2,1	5	3
	2,2	5	3
	2,3	5	3
	2,4	5	3
	2,5	5	3
	2,6	5	3
СК	3.0		
	3,1	5	3
	3,2	5	3
	3,3	5	4
	3,4	5	4
	3,5	5	4
	3,6	5	4
СК	4.0		
	4,1	5	4
	4,2	5	5
	4,3	5	5
	4,4	5	3
	4,5	5	3
	4,6	5	4
	4,7	5	4
	4,8	5	4
	4,9	5	3
	4,10	5	3
	4,11 *	5	4
	4,12 *	5	4
СК	5.0		
	5,1	5	4
	5,2	5	4
	5,3	5	5
	5,4	5	3
	5,5	5	4
СК	6.0		
	6,1	5	5
	6,2	4	3
	6,3	5	5
	6,4	5	4
	6,5	4	3
	6,6	5	4
СК	7.0		
	7,1	5	3
	7,2	5	4
	7,3	5	3
	7,4	5	4
	7,5	5	4
	7,6	5	4
СК	8.0		
	8,1	5	4
	8,2	5	3
	8,3	5	3
	8,4	5	5
	8,5	5	3
	8,6	5	3
	8,7 *	5	4
	8,8 *	5	4

ПП		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ПП	1.0		
	1,1	4	4
	1,2	4	4
	1,3	4	4
	1,4	4	4
	1,5	5	3
	1,6	5	4
	1,7	5	4
	1,8	5	4
	1,9	5	4
	1,10	5	2
	1,11	5	3
ПП	2.0		
	2,1	5	4
	2,2	4	3
	2,3	5	3
	2,4	5	4
	2,5	4	3
ПП	3.0		
	3,1	5	4
	3,2	5	5
	3,3 *	5	5
	3,4	4	3
	3,5	5	4
ПП	4.0		
	4,1	5	4
	4,2	5	3
	4,3	5	3
ПП	5.0		
	5,1	5	4
	5,2	4	3
	5,3	5	4
	5,4	5	4
	5,5	5	3
ПП	6.0		
	6,1	5	3
	6,2	5	3
	6,3	5	5
ПП	7.0		
	7,1	5	5
	7,2	5	3
	7,3	5	3
	7,4	5	3
	7,5	5	4
	7,6	5	4
ПП	8.0		
	8,1	5	4
	8,2	5	3
	8,3	5	3
ПП	9.0		
	9,1	4	3
	9,2	5	4
	9,3	5	3
	9,4	4	3
	9,5	4	4
	9,6	4	2
	9,7 *	5	4
	9,8 *	5	4

РД		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
РД	1.0		
	1,1	3	3
	1,2	5	3
	1,3	5	3
	1,4	4	3
РД	2.0		
	2,1	5	2
	2,2	5	4
	2,3	4	3
	2,4	5	3
	2,5	5	4
	2,6 *	4	4
РД	3.0		
	3,1	3	3
	3,2	4	3
	3,3	5	4
	3,4	5	4
	3,5	5	2
	3,6	4	2
	3,7	5	5
	3,8	5	2
	3,9	5	3
	3,10	5	5
	3,11	5	5
РД	4.0		
	4,1 *	4	4
	4,2	5	3
РД	5.0		
	5,1	4	4
	5,2	4	4
РД	6.0		
	6,1	4	4
	6,2	4	4
	6,3	4	4
РД	7.0		
	7,1	БО	БО
	7,2	БО	БО
	7,3	БО	БО
	7,4	БО	БО
РД	8.0		
	8,1	4	4
	8,2	4	4
	8,3	4	4
	8,4	4	4
	8,5	5	3
	8,6	5	3

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

ЛАБ	Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ЛАБ 1.0		
1,1	5	4
1,2	5	4
1,3	5	4
1,4	5	3
ЛАБ 2.0		
2,1	5	4
2,2	5	4
2,3	4	3
2,4	5	3
2,5	5	4
2,6 *	4	4
ЛАБ 3.0		
3,1	5	4
3,2	5	3
3,3	5	4
3,4	4	3
3,5	5	5
3,6	4	4
3,7	4	4
3,8	4	4
3,9	5	5
3,10	5	5
ЛАБ 4.0		
4,1 *	4	4
4,2	5	3
ЛАБ 5.0		
5,1	3	2
5,2	4	3
ЛАБ 6.0		
6,1	5	3
6,2	5	3
6,3	5	4
ЛАБ 7.0		
7,1	4	3
7,2	3	2
7,3	5	3
7,4	4	3
ЛАБ 8.0		
8,1	4	4
8,2	4	4
8,3	4	3
8,4	4	3
8,5	4	4
8,6	3	3
8,7	2	2
8,8	5	3

ЖС	Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ЖС 1.0		
1,1	5	3
1,2 *	5	4
1,3 *	5	4
1,4	5	4
1,5	5	3
1,6	3	3
ЖС 2.0		
2,1	4	4
2,2	4	4
2,3	4	4
2,4	4	4
2,5	4	4
ЖС 3.0		
3,1	5	4
3,2	3	3
3,3	4	4
3,4	4	4
3,5	3	2
3,6	3	3
ЖС 4.0		
4,1	5	5
4,2	5	5
4,3	5	5
ЖС 5.0		
5,1	5	5
5,2	5	5
5,3	5	5
5,4	5	4
5,5	4	4
5,6	5	5
ЖС 6.0		
6,1	5	5
6,2	5	5
6,3	4	4
6,4	4	4
6,5	5	5
ЖС 7.0		
7,1	5	5
7,2	5	5
7,3	4	2
7,4	4	2
7,5	БО	БО

ЖС	Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ЖС 8.0		
8,1	БО	БО
8,2	БО	БО
8,3	БО	БО
ЖС 9.0		
9,1	БО	БО
9,2	БО	БО
9,3	БО	БО
9,4	БО	БО
9,5	БО	БО
9,6	БО	БО
9,7	БО	БО
ЖС 10.0		
10,1	БО	БО
10,2	БО	БО
10,3	БО	БО
10,4	БО	БО
10,5	БО	БО
ЖС 11.0		
11,1	БО	БО
11,2	БО	БО
11,3	БО	БО
ЖС 12.0		
12,1	БО	БО
12,2	БО	БО
12,3	БО	БО
12,4	БО	БО
12,5	БО	БО
ЖС 13.0		
13,1	4	3
13,2	5	4
13,3	5	5
13,4	5	5
13,5	5	5
ЖС 14.0		
14,1	5	4
14,2	5	4
14,3	5	4
14,4	5	4
14,5	5	4

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

ЖС		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ЖС	15.0		
	15.1	3	3
	15.2	БО	БО
ЖС	16.0		
	16.1 *	4	4
	16.2	4	4
	16.3	4	4
	16.4	4	4
	16.5	3	2
ЖС	17.0		
	17.1	4	3
	17.2	4	3
	17.3	4	3
ЖС	18.0		
	18.1	4	3
	18.2	БО	БО
	18.3	БО	БО
	18.4	4	2
	18.5	4	3
	18.6	4	3
ЖС	19.0		
	19.1	4	3
	19.2	4	3
	19.3	БО	БО
	19.4	БО	БО
	19.5	5	4
ЖС	20.0		
	20.1	4	2
	20.2	БО	БО
	20.3	5	4
	20.4	5	5
	20.5	4	4
	20.6	4	4
	20.7	4	4
	20.8	4	2
ЖС	21.0		
	21.1	5	4
	21.2	3	2
	21.3	3	3
	21.4	3	3
	21.5	3	3
ЖС	22.0		
	22.1	3	3
	22.2	3	3
	22.3	4	3

ЉР		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
ЉР	1.0		
	1,1	5	5
	1,2	4	4
	1,3	5	4
ЉР	2.0		
	2,1	5	5
	2,2	4	4
	2,3	4	4
ЉР	3.0		
	3,1	5	2
	3,2	5	4
	3,3	5	3
	3,4	5	2
	3,5	5	2
ЉР	4.0		
	4,1	5	5
	4,2	5	5
	4,3	4	3
	4,4	5	4
	4,5	5	4
	4,6	4	5
ЉР	5.0		
	5,1	5	5
	5,2	5	5
ЉР	6.0		
	6,1	5	5
	6,2	5	4
	6,3	5	4
	6,4	5	5
	6,5	5	5
ЉР	7.0		
	7,1	5	5
	7,2	5	5
	7,3	4	3
УИ		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
УИ	1.0		
	1,1	5	3
	1,2	5	3
	1,3	5	3
	1,4	5	5
	1,5	5	5
УИ	2.0		
	2,1	4	4
	2,2	4	3
	2,3	4	4
	2,4	4	3
	2,5	4	3
УИ	3.0		
	3,1	5	5
	3,2	5	5
	3,3	5	5

РУ		Оцене самооцењивање (1,2,3,4,5 или БО)	Оцене спољашње оцењивање (1,2,3,4,5 или БО)
РУ	1.0		
	1,1	5	4
	1,2	5	5
	1,3	5	4
РУ	2.0		
	2,1	5	4
	2,2	5	4
	2,3	5	4
	2,4	5	5
	2,5	5	3
	2,6	5	3
РУ	3.0		
	3,1	5	5
	3,2	5	4
	3,3	5	3
	3,4	5	4
	3,5	5	5
РУ	4.0		
	4,1 *	5	5
	4,2	5	4
	4,3	5	4
	4,4	5	5
	4,5	5	5
	4,6	5	5
	4,7	5	5
РУ	5.0		
	5,1	5	3
	5,2 *	5	5
	5,3	5	3
	5,4		3
РУ	6.0		
	6,1	5	5
	6,2	5	4
	6,3	5	5
	6,4	5	5
	6,5	5	3
	6,6	5	5
	6,7	5	5
	6,8	5	3
РУ	7.0		
	7,1	5	4
	7,2	5	5
	7,3	5	5
	7,4	5	3
	7,5	5	3
РУ	8.0		
	8,1	5	5
	8,2	5	5
	8,3	5	4
	8,4	5	3
РУ	9.0		
	9,1	5	5
	9,2	5	5
	9,3	5	5
	9,4	5	5
	9,5	5	5
РУ	10.0		
	10.1	БО	БО
	10.2	БО	БО
	10.3	БО	БО
	10.4	БО	БО

СУ		Одеље самооцењивање (1.2,3,4,5 или БО)	Одеље спољашње оцењивање (1.2,3,4,5 или БО)
СУ	1.0		
	1,1	5	5
	1,2	5	3
	1,3	5	5
	1,4	5	5
	1,5	5	4
	1,6	БО	БО
СУ	2.0		
	2,1	5	4
	2,2	5	5
	2,3	БО	БО
СУ	3.0		
	3,1	5	5
	3,2	5	5
	3,3	5	5
	3,4	5	3
	3,5	БО	3
СУ	4.0		
	4,1	5	5
	4,2	5	5
	4,3	5	4
	4,4	5	5
СУ	5.0		
	5,1	5	3
	5,2	5	3
	5,3	5	3
	5,4	5	3

Анекс 2: Процентуална заступљеност оцена

		Број критеријума	Безбедност	1	2	3	4	5	БО
	Укупно:	517	28	0	0	0	17	11	
ЗЗ одраслог становништва	ЗЗО	54	4	0	1	21	17	15	0
ЗЗ жена	ЗЗЖ	55	4	0	1	16	12	26	0
ЗЗ деце и школске деце	ЗЗД	54	4	0	1	14	17	22	0
Спец. консулт. делатност	СК	49	4	0	0	21	22	6	2
Полivalent. патронажа	ПП	49	3	0	2	20	23	4	0
Радиолошка дијагностика	РД	34	2	0	4	12	15	3	4
Лабораторијска дијагностика	ЛАБ	39	2	0	3	16	17	3	0
Фармацеутска здр. делатност	АПТ	0	0	0	0	0	0	0	0
Животна средина	ЖС	76	3	0	8	21	31	16	30
Људски ресурси	ЉР	27		0	3	3	9	12	0
Управљање информацијама	УИ	13		0	0	6	2	5	0
Руковођење	РУ	47	2	0	0	11	12	24	4
Управљање	СУ	20		0	0	7	3	10	2
			Збир-->	0	23	168	180	146	42
			Кориговани проценат-->	0,00%	4,45%	32,50%	34,82%	28,24%	
				4,45%		32,50%		63,06%	
				1 & 2		3		4 & 5	
ЗЗ одраслог становништва	ЗЗО			1,85%		38,89%		59,26%	
ЗЗ жена	ЗЗЖ			1,82%		29,09%		69,09%	
ЗЗ деце и школске деце	ЗЗД			1,85%		25,93%		72,22%	
Спец. консулт. делатност	СК			0,00%		42,86%		57,14%	
Полivalent. патронажа	ПП			4,08%		40,82%		55,10%	
Радиолошка дијагностика	РД			11,76%		35,29%		52,94%	
Лабораторијска дијагностика	ЛАБ			7,69%		41,03%		51,28%	
Фармацеутска здр. делатност	АПТ			нема оцена		нема оцена		нема оцена	
Животна средина	ЖС			10,53%		27,63%		61,84%	
Људски ресурси	ЉР			11,11%		11,11%		77,78%	
Управљање информацијама	УИ			0,00%		46,15%		53,85%	
Руковођење	РУ			0,00%		23,40%		76,60%	
Управљање	СУ			0,00%		35,00%		65,00%	



Графички приказ процентуалне заступљености оцена по поглављима

Анекс 3: Листа свих коментара, препорука и похвала

	КОМЕНТАР	ПРЕПОРУКА	ПОХВАЛА
330 1.1	постоји план превентивних прегледа, извештаји, али недостају докази о унапређењу	препоручују се даље активности на унапређењу превентивног рада	
330 1.2	постоји план превентивних прегледа, извештаји, али недостају докази о унапређењу	препоручују се даље активности на унапређењу превентивног рада	
330 1.3	не постоје докази о писменом позивању	увести писмено позивање пацијената на систематске прегледе	
330 1.4	довољно доказа о унапређењу	анализирати план мера за повећање одазива	
330 1.5	спровode се скрининг програми за рано откривање карцинома дебелог црева	наставити са активностима	
330 2.4			похваљује се организација тимског рада
330 3.6	не поштује се процедура вођења здравственог картона	доследно примењивати процедуру	
330 4.4	лечење се спроводи према утврђеним смерницама и Водичима добре клиничке праксе, али не и клиничким путевима	предлаже се имплементација и клиничких путева	
330 4.7	већина запослених се понаша у складу са етичким кодексом	наставити са поштовањем етичких кодекса	
330 4.9	не поштује се процедура вођења здравственог картона у потпуности	доследно применити процедуру	
330 4.10	евиденције о пријему и издавању лекова се воде компјутерски	препорука је да се подаци о лековима у информатичком систему и осталим документима допуне правилним обележавањем у смислу произвођача лекова, паковања и јачине у циљу безбедности	

330 5.1	не поштује се процедура вођења здравственог картона, у појединим картонима се види јасно план лечења	поштовати процедуру вођења здравственог картона	
330 5.2	не поштује се процедура вођења здравственог картона, у појединим картонима се види јасно план лечења	поштовати процедуру вођења здравственог картона	
330 5.3	не поштује се процедура вођења здравственог картона, у појединим картонима се види јасно план лечења	поштовати процедуру вођења здравственог картона	
330 5.4	не поштује се процедура вођења здравственог картона, у појединим картонима се види јасно план лечења	поштовати процедуру вођења здравственог картона	
330 5.5	не поштује се процедура вођења здравственог картона, у појединим картонима се види јасно план лечења	поштовати процедуру вођења здравственог картона	
330 6.1	не поштује се процедура вођења здравственог картона	поштовати процедуру вођења здравственог картона	
330 6.5	критеријум није адекватно уведен у примену	потребно је предложити мере и активности које ће се предузети да би се критеријум адекватно увео у примену	
330 8.3	непотпун план за унапређење квалитета	употпунити план мерама које би требало предузети за унапређење квалитета	
330 8.5	прате се утврђени показатељи	уједначити праћење показатеља и тежити електронском праћењу истих	
330 8.6	неуједначена кординација	укључити све запослене у активности на унапређење квалитета рада	
33Ж 3.6	неуједначено вођење медицинске документације	уједначити вођење медицинске документације у складу са законом	

33Ж 5.1	неуједначено вођење медицинске документације	уједначити вођење медицинске документације у складу са законом	
33Ж 6.5	критеријум није адекватно уведен у примену	потребно је предложити мере и активности које ће се предузети да би се критеријум адекватно увео у примену	
33Ж 7.5			Похваљује се добро организован и искоришћен простор као и опрема за преглед и лечење
33Ж 8.1	недостатак континуиране праксе	радити на даљој имплементацији стратешких циљева и оперативних планова у планове за унапређење квалитета рада	
33Ж 8.3	постоји интегрисан план унапређења квалитета		
33Ж 8.5	прате се утврђени показатељи	уједначити праћење показатеља и тежити електронском праћењу истих	
33Д 4.5	недостатак континуиране праксе		
33Д 5.1	неуједначено вођење медицинске документације	уједначити вођење медицинске документације	
33Д 5.2	неуједначено вођење медицинске документације	уједначити вођење медицинске документације	
33Д 8.4	недостатак континуиране праксе	препоручује се едукација и активније учешће запослених	
33Д 8.5	прате се утврђени показатељи	препоручује се едукација и активније учешће запослених	
СК 2.2	критеријум у примени	потребно је наставити са системом заказивања	
СК 4.10	постоји евиденција свих лекова али са непотпуним подацима	обезбедити следљивост лека правилним обележавањем, од улаза до пацијента	
СК 8.2	у установи постоји интегрисан план унапређења квалитета	унапредити план квалитета на нивоу службе	

СК 8.3	недостатак континуиране праксе		
СК 8.5	показатељи квалитета рада се прате	уједначити праћење показатеља и тежити електронском праћењу показатеља	
СК 8.6	недостатак континуиране праксе	препоручује се едукација и активније учешће запослених на праћењу показатеља рада	
ПП 1.10	недостатак адекватних доказа	обезбедити адекватне доказе	
ПП 2.2	протокол је кратко у примени	препоручује се унапређење припреме и евидентирања плана	
ПП 2.3	протокол је кратко у примени		
ПП 2.5	комуникација између патронажне сестре и изабраног лекара није увек благовремена	унапредити комуникацију између патронажне сестре и изабраног лекара	
ПП 4.2	нема адекватних доказа	препоручује се усвајање процедуре за ревизију плана посете и њена доследна примена	
ПП 4.3	нема адекватних доказа	препоручује се усвајање процедуре за ревизију плана посете и њена доследна примена	
ПП 6.1	недовољно доказа	обезбедити адекватне доказе	
ПП 6.2	приоритети нису прецизно дефинисани	прецизно одредити приоритете за здравствено васпитним програмима на основу потреба	
ПП 7.2	нису заступљени програми из свих области	програмима обухватити све области	
ПП 7.4	непотпуна документација	ажурирати садржај здравствено васпитних програма	
ПП 8.2	евидентирање измена здравствено васпитног рада није адекватно	унапредити евидентирање измена здравствено васпитног рада	
ПП 8.3	измене и комуникација са полазницима здравствено васпитних	унапредити начин доношења измена у здравствено васпитним	

	програма нису адекватни	програмима и преношење измена полазницима програма	
ПП 9.1	план унапређења квалитета рада није утврђен на основу стратешког плана	план унапређења квалитета рада и безбедности пацијената утврдити на основу стратешког плана	
ПП 9.3	план унапређења квалитета рада не укључује у довољној мери резултате и праћење процеса		
ПП 9.4	запослени нису у потпуности упознати са активностима у вези унапређења квалитета рада		
ПП 9.6	не постоје адекватни докази	обезбедити доказе	
РД 1.1	у служби се пружају одређене услуге из области радиолошке дијагностике	по доласку специјалисте радиолога са специјализације наставити са пружањем основних делатности свакодневно	
РД 1.2	нема адекватних доказа за ревизију	обезбедити доказе	
РД 1.4	служба нема стално запосленог радиолога		
РД 2.1	недостатак доказа	препоручује се учешће запослених у мултидисциплинарном приступу пружања услуга	
РД 2.3	недостатак доказа	обезбедити доказе	
РД 2.4	недостатак доказа	обезбедити доказе	
РД 3.1	постоји план запослених	унапредити план по доласку радиолога са специјализације	
РД 3.2	систематизацијом радних места предвиђено је место радиолога и радиолошких техничара	по доласку радиолога са специјализације наставити са усаглашавањем потреба	
РД 3.5	руководилац организационе јединице није лекар са лиценцом		

	за рад у радиолошкој дијагностици, јер се за рад у служби повремено ангажује радиолог из друге здравствене установе		
РД 3.6	служба нема специјалисту радиолога у сталном радном односу		
РД 3.8	критеријум уведен у примену	наставити са применом критеријума	
РД 3.9	план стручног усавршавања је непотпун	пратити спровођење плана	
РД 4.2	водичи и протоколи се примењују али нема доказа да се ревидирају	у наредном периоду обезбедити доказе	
РД 8.5	недостатак континуиране праксе	препоручује се едукација и активније учешће запослених на праћењу показатеља рада	
РД 8.6	задовољство запослених се прати	предузети активности за повећање задовољства запослених	
ЛАБ 1.4	план лабораторије је део интегралног плана рада дома здравља	унапређивати и пратити план рада лабораторије	
ЛАБ 2.3	не постоје адекватни докази	обезбедити доказе	
ЛАБ 2.4	не постоје адекватни докази	обезбедити доказе	
ЛАБ 3.2	постоји систематизација радних места	усаглашавати Правилник о унутрашњој организацији у складу са потребама	
ЛАБ 3.4	не постоје адекватни докази	обезбедити доказе	
ЛАБ 3.5			руководилац лабораторије је унапредио организацију, побољшао услове рада у лабораторији
ЛАБ 4.2	због кратког времена од доношења, процедуре нису ревидиране	у наредном периоду ревидирати процедуре по потреби	
ЛАБ 5.1	све просторије лабораторијске	унапредити радни простор лабораторије у	

	дијагностике не испуњавају услове за пружање услуга	складу са могућностима	
ЛАБ 5.2	не постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторија	дефинисати поступак за периодичну процену стања просторија и усклађености са потребама организационе јединице	
ЛАБ 6.1	критеријум уведен у примену	обратити пажњу на обележавање опреме	
ЛАБ 6.2	критеријум уведен у примену	наставити са даљом применом критеријума	
ЛАБ 7.1	непотпуна имплементација информационог система	наставити са активностима на комплетирању и даљој имплементацији информационог система	
ЛАБ 7.2	информациони систем у скоријој примени		
ЛАБ 7.4	критеријум уведен у примену	наставити са активностима за безбедно чување података	
ЛАБ 8.3	недовољно доказа	наставити са праћењем показатеља квалитета рада	
ЛАБ 8.4	недостатак континуиране праксе	препоручује се едукација и активније учешће запослених на праћењу показатеља рада	
ЛАБ 8.6	недостатак континуиране праксе		
ЛАБ 8.7	не постоје адекватни докази, планирано за наредни период	укључење у програме доводи до унапређења квалитета рада	
ЛАБ 8.8	задовољство запослених се прати	предузети активности за повећање задовољства запослених	
ЖС 3.5	предлози мера нису конкретизовани	конкретизовати предлоге	
ЖС 7.3	план активности није приложен	приложити план активности	
ЖС 7.4	уопштено извештавање	конкретизовати извештавање	
ЖС 13.1	план транспорта и сакупљања отпада није прецизно дефинисан	дефинисати прецизно план транспорта отпада	

ЖС 15.1	недостатак континуиране праксе	наставити са применом критеријума	
ЖС 16.5	недостаје списак обучених лица		
ЖС 17.1	зоне нису јасно разграничене	наставити са применом критеријума у потпуности	
ЖС 18.4	не постоји просторна одвојеност	применити критеријум у потпуности	
ЖС 18.5	врши се стерилизација само санитетског материјала		
ЖС 20.1	стерилизатори нису засебно смештени у односу на зону обраде	испоштовати критеријум у целости	
ЖС 20.8	на бази постоји само датум стерилизације	наставити са доследном применом критеријума	
ЖС 21.2	недостатак доказа	обезбедити доказе	
ЖС 22.1	критеријум је уведен у примену	потрбно је стално вођење евиденције и праћење	
ЉР 3.1	постоји процедура за праћење резултата рада запослених, али се тек уводи у примену	наставити са применом процедуре	
ЉР 3.3	нема адекватних доказа да су сви запослени упознати са циљевима рада	обезбедити писане доказе	
ЉР 3.4	постоји процедура за праћење резултата рада запослених али се тек уводи у примену		
УИ 1.1	процедура вођења здравственог картона и остале медицинске документације се не поштује у потпуности	поштовати законске одредбе за вођење медицинске документације	
УИ 1.2	уведен је електронски картон	наставити са имплементацијом информационог система	
УИ 1.3	врши се унутрашњи стручни надзор	предлаже се ангажовање на отклањању уочених недостатака нарочито при вођењу медицинске документације	
УИ 2.2	недовољно доказа	направити анализе учинка	

УИ 2.5	недостатак континуиране праксе у свим службама	обезбедити доказе	
РУ 2.5	План је кратко у примени да би се вршила ревизија	наставити са праћењем плана и ревизијом по потреби	
РУ 5.3	процедура кратко у примени	наставити са испитивањем узрока нежељених догађаја и анализирати их	
РУ 5.4	постоји мали број пријављених нежељених догађаја, процедура кратко у примени	подстицати запослене да прјављују нежељене догађаје и анализирају их	
РУ 6.5	спроводи се анкета о задовољству пацијената	предузети активности на основу резултата анкете	
РУ 6.8	постоји простор за унапређење	интензивније информисати јавност	
РУ 7.4	не постоје адекватни докази		
РУ 7.5	постоји простор за унапређење	интензивније информисати јавност	
РУ 8.4	критеријум кратко у примени	наставити са применом процедуре	
СУ 1.2	Управни одбор није спровео све активности предвиђене критеријумом	потребно је да Управни одбор предузме све предвиђене активности	
СУ 3.4	Постоје критеријуми за оцену рада директора	Наставити са применом процедуре	
СУ 5.1	Не постоје јасно дефинисани критеријуми	јасно дефинисати критеријуме	
СУ 5.2	не постоје докази за примену критеријума	приложити доказе	
СУ 5.3	не постоје докази за примену критеријума	приложити доказе	
СУ 5.4	не постоје докази за примену критеријума	приложити доказе	

Анекс 4: Састав тимова за самооцењивање

Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
др Светлана Кнежевић	Вођа тима стандарди управљања	Директор	Лекар специјалиста опште праксе
Др Мирјана Давидовић	Члан тима	Начелник спец. консулт. службе	Лекар специјалиста неурологије
Гордана Росић	Члан тима	Главна сестра опште праксе	Виша медицинска сестра
Жељко Јокић	Члан тима	Члан УО	
Милован Даничић	Члан тима	Члан УО	
Весна Гајић	Члан тима	Председник УО	
Горан Стекић	Вођа тима стандарди руковођења	Помоћник директора за финансијске послове	Дипломирани економиста
др Светлана Кнежевић	Члан тима	Директор	Лекар специјалиста опште праксе
Др Мирјана Давидовић	Члан тима	Начелник спец. консулт. службе	Лекар специјалиста неурологије
Светлана Малетић	Члан тима	Главна сестра Дома здравља	Виша медицинска сестра
Ђорђе Јуришић	Члан тима	Помоћник директора за правна питања	Дипломирани правник
Лукић Вукашин	Члан тима	Лице за БЗНР	Виши санитарни техничар
Ђорђе Јуришић	Вођа тима људски ресурси	Помоћник директора за правна питања	Дипломирани правник
Наташа Прелић	Члан тима	Секретар директора	Економски техничар
Вукашин Лукић	Члан тима	Лице за БЗНР	Виши санитарни техничар
Радинка Дражић	Члан тима	Благајник	Зубни техничар
др Мирјана Давидовић	Вођа тима управљање информацијма	Начелник спец. консулт. службе	Лекар специјалиста неурологије
Др Зора Виторовић	Члан тима	Лекар специјалиста педијатрије	Лекар специјалиста педијатрије
Сандра Ловчевић	Члан тима	Ликвидатор	Економиста
Бригита Бабић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
Ивана Ж. Срдановић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
Др Светлана	Члан тима	Директор	Лекар специјалиста

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

Кнежевић			опште праксе
Александар Милинковић	Члан тима	Систем администратор	Инг. електронике
др Данка Мишковић	Вођа тима животна средина	Лекар опште праксе	Доктор медицине
Др Радмила Јуришић	Члан тима	Специјалиста опште медицине	Специјалиста опште медицине
Др Мирослав Поповић	Члан тима	Лекар опште праксе	Доктор медицине
Светлана Малетић	Члан тима	Главна сестра Дома здравља	Виша медицинска сестра
Сања Давидовић	Члан тима	Главна сестра хитне	Виша медицинска сестра
Александар Милинковић	Члан тима	Систем администратор	Инг. електронике
Наташа Прелић	Члан тима	Секретар директора	Економски техничар
Вукашин Лукић	Члан тима	Лице за БЗНР	Виши санитарни техничар
Славољуб Андрић	Члан тима	Шеф возног парка	Ветеринарски техничар
Зоран Милићевић	Члан тима	Лаб. техничар	Лаб. техничар
Миланка Сарић	Члан тима	Спремачица	НКВ
др Драгана Поповић	Вођа тима ЗЗ одраслог становништва	Лекар опште праксе	Доктор медицине
Др Зоран Коларић	Члан тима	Специјалиста опште медицине	Специјалиста опште медицине
Др Љубица Драгишић	Члан тима	Лекар опште праксе	Доктор медицине
Др Анка Пузић	Члан тима	Специјалиста опште медицине	Специјалиста опште медицине
Др Бранка Малетић	Члан тима	Специјалиста опште медицине	Специјалиста опште медицине
Гордана Росић	Члан тима	Главна сестра опште праксе	Виша медицинска сестра
Зорица Ђурковић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
Сандра Бабић	Члан тима	Медицинска сестра	Физиотерапеут
Данијела Јовановић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
др Весна Станојчић	Вођа тима ЗЗ жена	Начелник гинеколошке службе	Специјалиста гинекологије и акушерства
Др Иван Берић	Члан тима	Специјалиста гинекологије и	Специјалиста гинекологије и

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

		акушерства	акушерства
Др Горан Макунчевић	Члан тима	Специјалиста гинекологије и акушерства	Специјалиста гинекологије и акушерства
Сузана Јуришић	Члан тима	Акушерска сестра	Акушерска сестра
Јелица Анџић	Члан тима	Акушерска сестра	Акушерска сестра
др Мирослав Мијаиловић	Вођа тима ЗЗ деце	Начелник ЗЗ деце и омладине	Специјалиста педијатрије
Др Зора Виторовић	Члан тима	Лекар специјалиста педијатрије	Лекар специјалиста педијатрије
Др Сања Станојчић	Члан тима	Лекар опште праксе	Доктор медицине
Душица Павић	Члан тима	Одговорна сестра у служби ЗЗ деце и омладине	Виша медицинска сестра
Снежана Лолић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
Драгана Пузић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
др Мирјана Давидовић	Вођа тима спец. консултат. служба	Начелник спец. консулт. службе	Лекар специјалиста неурологије
Др Раде Виторовић	Члан тима	Лекар специјалиста интерне медицине	Лекар специјалиста интерне медицине
Гордана Грујић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
Слађана Видаковић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
др Анка Пузић	Вођа тима дијагностичка радиологија	Специјалиста опште медицине	Специјалиста опште медицине
Др Снежана Цавнић	Члан тима		
Снежана Петровић	Члан тима	Рентген техничар	Рентген техничар
Живана ерцеговчевић	Члан тима	Рентген техничар	Рентген техничар
Зоран Милићевић	Члан тима	Лаб. техничар	Лаб. техничар
Дара Малетић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
др Горан Петровић	Вођа тима лабораторијска дијагностика	Начелник лабораторије	Специјалиста клиничке биохемије

Данијела Туфегџић	Члан тима	Лаб. техничар	Лаб. техничар
Данијела Јосиповић	Члан тима	Лаб. техничар	Лаб. техничар
Миленија Ковић	Члан тима	Лаб. техничар	Лаб. техничар
Снежана Павловић	Вођа тима поливалентна патронажа	Главна сестра патронаже	Виша медицинска сестра
Зорица Берић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра
Ивана Срдановић	Члан тима	Медицинска сестра	Медицинска сестра

Анекс 5: Састав тима за спољашње оцењивање

(Број: А-97-04/2013 од 16.09.2013. године)

Име и презиме	Вођа тима/Члан тима	Радно место	Занимање
Милена Ђукић	Вођа тима	Дом здравља	Спец .офталмолог
Ружица Николић	Члан тима	Фармацеутска комора	Мр.пх.специјалиста
Радос Топаловић	Члан тима	Здравствени центар Ужице	Дипл.правник
Горан Николић	Члан тима	Дом здравља Ужице	Виши мед.техничар

Анекс 6: План оцењивања

(Број: А-97-05/2013 од 16.09.2013. године)

**ПЛАН ОЦЕЊИВАЊА
за Дом здравља Богатић**

Време посете	Од 20. 10. 2013. до 22. 10. 2013. године
ТИМ ЗА СПОЉАШЊЕ ОЦЕЊИВАЊЕ:	
Вођа тима:	Др Милена Ђукић
Чланови тима:	Ружица Николић, мр пх спец Радош Топаловић, дипл.правник Горан Николић, вmt

Дом здравља Богатић - Координатор за акредитацију: Др Анка Пузић

Време:	Недеља 20. 10. 2013. година
14.00	Долазак Тима за спољашње оцењивање у здравствену установу. Састанак са представницима руководства
14.00-14.30	Презентација установе од стране руководства
14.30-15.30	РУЧАК
15.30-18.00	Преглед документације

Време:	Понедељак 21.10.2013.година						
08.00-09.30	Лечење пацијента Здравствена заштита одраслих становника			Поливалентна патронажа			
	Др Милена Ђукић Радош Топаловић, дипл.правник			Ружица Николић, мр пх спец Горан Николић, вmt			
	08.00-08.30	преглед документације		08.00-08.30	преглед документације		
	08.30-09.00	разговор са тимом		08.30-09.00	разговор са тимом у просторијама патронажне службе		
	09.00-09.30	обилазак службе		09.00-09.30	преглед документације – животна средина		
09.30-10.00	ПАУЗА						
10.00-11.30	Лечење пацијента Здравствена заштита деце и школске деце		Људски ресурси		Животна средина		
	Др Милена Ђукић		Радош Топаловић, дипл.правник		Ружица Николић, мр пх спец Горан Николић, вmt		
	10.00 - 10.30	преглед документације	10.00-10.30	преглед документације	10.00-10.45	преглед документације	
	10.30 - 11.00	разговор са тимом	10.30-10.45	разговор са тимом		10.45-11.05	разговор са тимом
			Управљање информацијама				
	11.00 - 11.30	обилазак службе	Радош Топаловић дипл.правник		11.05 - 11.30	обилазак установе	
10.45 - 11.15			преглед документације				
		11.15-11.30	разговор са тимом				
11.30-12.00	ПАУЗА						

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

Време:	ФОКУС ГРУПЕ			
12.00-13.00	Разговор са фокус групом -пацијенти		Разговор са фокус групом - запослени	
	Др Милена Ђукић		Ружица Николић, мр пх спец Горан Николић, вmt	
12.00-13.00			Разговор са фокус групом – партнери из локалне заједнице	
			Радош Топаловић, дипл. правник	
13.00-14.30	РУЧАК			
14.30-16.00	Радиолошка дијагностика		Лабораторија	
	Др Милена Ђукић Радош Топаловић, дипл. правник		Ружица Николић, мр пх спец Горан Николић, вmt	
	14.30-15.15	преглед документације	14.30-15.15	преглед документације
	15.15-15.45	разговор са тимом	15.15-15.45	разговор са тимом
	15.45-16.00	обилазак службе	15.45-16.00	обилазак службе
16.00-16.15	ПАУЗА			
16.15-17.45	Лечење пацијента Здравствена заштита жена		Специјалистичко-консултативна служба	
	Др Милена Ђукић Радош Топаловић, дипл. правник		Ружица Николић, мр пх спец Горан Николић, вmt	
	16.15-17.00	преглед документације	16.15-17.00	преглед документације
	17.00-17.15	разговор са тимом	17.00-17.15	разговор са тимом
	17.15-17.45	обилазак службе	17.15-17.45	обилазак службе
17.45-19.00	Уношење коментара и препорука			

Време:	Уторак 22.10.2013. год.	
08.00-09.30	08.00-08.45 Разговор са Тимом за Управљање	Обилазак амбуланте Бадовинци
	Др Милена Ђукић Радош Топаловић, дипл. правник	Ружица Николић, мр пх спец Горан Николић, врт
	08.45-09.30 Разговор са Тимом за Руковођењем	
	Др Милена Ђукић Радош Топаловић, дипл. правник	
	Тим за спољашње оцењивање	
09.30-12.15	Уношење коментара, препорука и оцена по службама. Припрема и писање информација за завршни састанак	
12.15-12.30	ПАУЗА	
12.30-13.00	ЗАВРШНИ САСТАНАК	
	Чланови Тима за спољашње оцењивање информишу руководство и запослене у здравственој установи о обављеној акредитацијској посети и општем утиску	
13.00-14.00	РУЧАК	

Референтна документа

1. Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“ бр. 107/2005 и 72/2009 – др. закон)
2. Правилник о акредитацији здравствених установа („Сл. гласник РС“ број 112/2009)
3. Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите („Сл.гласник РС“ број 28/11)
4. Водич за спољашње оцењиваче
5. Водич за самооцењивање

Агенција је припремила завршни извештај о акредитацији на основу:

- Извештаја о самооцењивању број А-97-03/2013
- Извештаја о спољашњем оцењивању број А-97-06/2013

У Београду,

15. новембар 2013. године

ДИРЕКТОР

Др Снежана Манић