

**ИНТЕГРИСАНИ ПЛАН СТАЛНОГ УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА РАДА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ  
ЗА 2017. ГОДИНУ**

Назив здравствене установе

Клинички центар КРАГУЈЕВАЦ

Назив здравствене установе у саставу \_\_\_\_\_

Табела 1. Показатељи квалитета здравствене заштите и квалитета рада

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	Процент пацијената који се прате по процесу здравствене неге и проценат сестринских отпусних писама	1	Увести процес здравствене неге и сестринска отпусна писма у све медицинске организационе јединице.	1.6.2017.	Главна сестра КЦ-а	Са вредности од 30.61% пацијената праћених по процесу здравствене неге поовећати на 60%; са 34.53% пацијената са сестринским писмима повећати на 60%
2	Стопа леталитета за цереброваскуларни инсулт на Клиници за неурологију.	1	Побољшати поступак са болесницима и повећати проценат пацијената са тромболитичком терапијом.	1.5.2017.	Директор Клинике за неурологију	Смањити стопу леталитета испод 25%
3	Процент порођаја уз присуство партнера 0%	2	Организовати присуство партнера на порођају тако да се не угрози процес и квалитет рада у породилишту. Боље информисати партнере о овој могућности.	1.10.2017.	Директор Клинике за гинекологију и акушерство.	Повећати проценат порођаја уз присуство партнера на 10%
4	Просечно чекање на први заказан преглед на Клиници за педијатрију је 27.23 дана.	2	Продужити рад амбуланти и одредити већи број лекара за амбулантни рад.	1.4.2017.	Директори Клинике за педијатрију	Смањити просечно чекање на први заказан преглед испод 15 дана.
5	Не постоји протокол за збрињавање тешких мултиплих траума у Ургентном центру	1	Написати и усвојити протокол на састанку стручног колегијума.	1.5. 2017.	Директор Ургентног центра	Написан и усвојен протокол.

6	Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу на Клиници за кардиологију је 32%	1	Анализирати узроке овако високог процента умирања у првих 48 сати и побољшати дијагностику и иницијалну терапију.	1.5.2017.	Директори Клиника из области интене медицине.	Процент умрлих у првих 48 сати на Клиници за кардиологију је испод 20%.
7	Просечан број медицинских сестара по заузетој постељи у КЦ-у је 0.68	2	Запослити нове медицинске сестре.	1.12.2017.	Директор КЦ-а и Министарство здравља.	Просечан број медицинских сестара по заузетој постељи у КЦ-у је 0.8
8	Стопа тромбоемболијских компликација на Клиници за пулмологију је 8.25%	1	Анализирати исправност и доследност спровођења профилаксе дубоке венске тромбозе	1.3.2017.	Директор Клинике за пулмологију.	Стопа тромбоемболијских компликација на Клиници за пулмологију је испод 2%
9	Просечан број сестара по заузетој болничкој постељи у Центру за онкологију и радиологију је 0.17	1	Примити 6 нових сестара у Центар за онкологију и радиологију	1.4.2017.	Директор КЦ-а и Министарство здравља.	Просечан број сестара по заузетој болничкој постељи у Центру за онкологију и радиологију је изнад 0.4

**Табела 2. Задовољство корисника (на основу анкете из 2016.)**

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	Здравствено особље не упозна око 22% пацијената о начину приговора и жалби у случају незадовољства услугама	1	Контролисати спровођење ове обавезе путем повремених анкета пацијената.	1.6.2017.	Директори и начелници организационих јединица, и главне сестре организационих јединица.	Мање од 10% пацијената није упознато.
2	Око 9% пацијената није задовољно опремљеношћу болесничких соба.	2	Предузети реконструкцију ентеријера у организационим јединицама које су у најгорем стању, нпр. Центар за физикалну медицину и рехабилитацију.	1.12.2017.	Директор КЦ-а Крагујевац и директор техничке службе	Реконструисан ентеријер најмање у једној организационој јединици КЦ-а.
3	Чистоћом тоалета није задовољно 10% пацијената.	1	Контролисати одржавање хигијене тоалета помоћу контролних листа.	1.4.2017.	Директори и начелници организационих јединица, и главне сестре организационих јединица.	Мање од 5% пацијената није задовољно чистоћом тоалета
4	Процент пацијената незадовољних укусом хране је био 14%, а проценат пацијената који нису ни задовољни ни незадовољни 21%.	2	Побољшати квалитет намирница које се набављају и начина припреме. Едуковати особље које сервира храну.	1.9.2017.	Главна сестра КЦ-а, руководилац кухиње КЦ-а и директор КЦ-а Крагујевац	Процент пацијената незадовољних храном испод 5%, а проценат пацијената који нису ни задовољни ни незадовољни испод 10%.
5	Процент пацијената незадовољних удобношћу постеље је 14%	2	Репарирати постојеће постеље, набавити квалитетније душеке и набавити нове постеље.	1.12.2017.	Главна сестра КЦ-а и директор КЦ-а Крагујевац	Процент пацијената незадовољних удобношћу постеље испод 10%.
6	Временом чекања у чекаоници специјалистичких амбуланти је незадовољно око 28% пацијената	2	Прецизније заказивати прегледе или организовати централизовану службу за заказивање.	1.4.2017.	Главне сестре клиника интернистичких грана. Директор КЦ-а Крагујевац.	Мање од 5% пацијената није задовољно временом чекања.
7	Временом чекања од тренутка заказивања до термина прегледа није задовољно 14% болесника	1	Организовати централизовану службу за заказивање.	1.6.2017.	Директор КЦ-а Крагујевац.	Мање од 5% пацијената није задовољно временом чекања.

8	Чистоћом и подобношћу чекаонице није задовољно 22% пацијената.	1	Боље одржавати чекаонице. Увести контролне листе за хигијену. Запослити нове раднике на одржавању хигијене.	1.5.2017.	Главна сестра КЦ-а и директор Клинике за интерне болести.	Мање од 5% пацијената није задовољно чистоћом и подобношћу чекаонице.
---	--	---	---	-----------	---	---

**Табела 3. Задовољство запослених (на основу анкете из 2016.)**

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временск и рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	Аутономијом у обављању посла није задовољно 22% запослених	1	Прецизније дефинисати надлежности и створити повољну климу за испољавање иницијативе запослених.	1.6.2017.	Директор КЦ-а, помоћници директора и директори организационих јединица КЦ-а	Смањење процента запослених који су незадовољни аутономијом у обављању посла испод 10%
2	Могућности професионалног развоја и континуиране едукације – није задовољно око 30% запослених	2	Формирати дугорочну стратегију професионалног развоја за запослене на нивоу сваке организационе јединице.	1.7.2017.	Директори и начелници свих организационих јединица КЦ-а Крагујевац	Дугорочне стратегије усвојене од стране стручних колегијума организационих јединица.
3	Финансијска надокнада за рад – незадовољно је 74% запослених	1	Формирати критеријуме на нивоу КЦ-а Крагујевац за финансијску стимулацију и дестимулацију запослених, како би се обезбедило праведније награђивање за рад	1.9.2017.	Директор КЦ-а и Управни одбор КЦ-а Крагујевац	Смањење процента запослених који су незадовољни финансијском надокнадом на испод 50%
4	Расположивим временом за рад са пацијентима – није задовољно 33% запослених	1	Побољшати организацију посла у свим организационим јединицама и поштовати радне норме.	1.8.2017.	Директор КЦ-а Крагујевац и директори организационих јединица	Смањење процента незадовољних запослених испод 15%.
5	Опремом за рад није задовољно 36% особља	2	Поправити стару и набавити нову опрему.	1.12.2017.	Директор КЦ-а и Управни одбор, Министарство здравља	Смањење незадовољног особља испод 15%.
6	Напетости, стресу или притиску на послу је изложено 60% запослених веома много или много	3	Променити организацију посла на нивоу организационих јединица. Запослити нови кадар како би се приближили стандардима.	1.12.2017.	Руководиоци организационих јединица. Директор КЦ-а и Управни одбор. Министарство здравља.	Смањење процента особља које је изложено напетости, стресу или притиску на послу испод 40%.
7	Уважавањем и вредновањем рада није задовољно 36% запослених.	1	Развити систем вредновања и награђивања резултата рада запослених.	1.6.2017.	Директор КЦ-а и Управни одбор.	Смањење незадовољног особља испод 20%.

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

**Датум редовне провере: У току 2016. године није спроведена редовна спољња провера квалитета стручног рада.**

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

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

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временск и рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	Набавити ОЦТ апарат за дијагностику на Клиници за офталмологију.	1	Спровести јавну набавку.	1.9.2017.	Директор Клинике за офталмологију и Директор КЦ.а, Министарство здравља.	Набављен ОЦТ апарат.
2	Опрема Клинике за педијатрију	2	Спровести јавну набавку следеће опреме: 10 рачунара и штампача, 1 спрометар, 1 плетизмограф, флексибилни бронхоскоп, 11 апарата за механичку вентилацију, монитор церебралних функција, 10 пацијент монитора, 10 шприц пумпи, ламинарна комора, хауба за оксигенацију, 2 стола за реанимацију новорођенчади, гасни анализатор, 2 сета за реанимацију.	1.9.2017.	Директор Клинике за педијатрију и Директор КЦ.а, Министарство здравља.	Спроведен поступак јавне набавке и примљена потребна опрема.
3	Кадрови Клинике за дечију хирургију	1	Запослити 2 лекара на специјализацији и једног клиничког лекара.	1.12.2017.	Директор Клинике за дечију хирургију и Директор КЦ.а, Министарство здравља.	Расписан конкурс за пријем лекара.

4	Кадровска структура Клинике за интерну медицину: потребна је 12 нових медицинских техничара и 3 нова лекара, као и 9 помоћних радника.	1	Расписати конкурсе за пријем нових кадрова.	1.10.2017.	Директор Клинике за интерну медицину и Директор КЦ-а, Министарство здравља.	Расписан конкурс и обављен пријем 12 медицинска техничара, 3 лекара и 5 помоћних радника.
5	Опрема Клинике за интерну медицину	1	Спровести јавну набавку: дефибрилатора, ултразвучног апарата, ендоскопа за ЕГДС, гасног анализатора, ЕКГ апарата, инфузора, пацијент монитора, аспиратора, покретне кварц лампе и ваге за пацијенте.	1.9.2017.	Директор Клинике за интерну медицину, Директор КЦ-а, Министарство здравља.	Спроведена јавна набавка дефибрилатора, ултразвучног апарата, ендоскопа за ЕГДС, гасног анализатора, ЕКГ апарата, инфузора, пацијент монитора, аспиратора, покретне кварц лампе и ваге за пацијенте.
6	План унапређења квалитета Службе за фармацеутску здравствену делатност.	2	Ревидирати постојећи план унапређења квалитета Службе за фармацеутску здравствену делатност.	1.6.2017.	Начелник Службе за фармацеутску здравствену делатност.	Ревидирани план усвојен на стручном колегијуму Службе.
7	Пријем три лекара у Центар за нефрологију и дијализу	2	Расписати конкурс за пријем 3 лекара.	1.6.2017.	Директор Центра за нефрологију и дијализу, Директор КЦ-а, Министарство здравља.	Спроведен пријем 3 лекара.
8	Набавити уређаје СPECT/CT и PET/CT за Центар за нуклеарну медицину	1	Спровести јавну набавку СPECT/CT и PET/CT за Центар за нуклеарну медицину	1.12.2017.	Директор Центра за нуклеарну медицину, Директор КЦ-а, Министарство здравља.	Спроведена јавна набавка СPECT/CT и PET/CT.

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

**Датум последње акредитацијске посете: 13.03.2016.**

Р.бр.	Предмет унапређења	Ниво приоритета	Мере и активности	Временски рок	Одговорна особа	Очекивани резултат
0	1	2	3	4	5	6
1	РД 1.4 у планирање укључити све елементе критеријума, редовно га ревидирати	1	У изради је нов план рада за 2017. год са свим елементима критеријума и прикупљају се подаци за 2016.	Октобар 2016	Директор службе за радиолошку дијагностику	Новим планом утврдити повећање обима посла, мере за побољшање квалитета услуга, увести нове дијагностичке процедуре
2	РД 3.8 доследно применити критеријум	1	Оценити рад запослених по процедури и обрасцу за оцену запослених	До краја текуће године	Директор службе за радиолошку дијагностику	Процена учинка запослених је спроведена.
3	РД 5.2 дефинисати поступак за процену стања просторија	2	Урадити и усвојити процедуру за процену стања просторија РД	Март 2017	Директор службе за радиолошку дијагностику и директор Техничке службе	Утврђена је исправност опреме и да ли просторије испуњавају услове за рад
4	РД 6.3 доследно применити стандард	1	Обновити уговоре са овлашћеним сервисерима и спровести План баждарења	Април 2017	Директор службе за радиолошку дијагностику и Помоћник 5директора за јавне набавке	Обновљени сви уговори са сервисерима, реализован План баждарења
5	РД 7.1 надоградити информациони систем	2	Потписати уговор са компанијом која одржава информациони систем о надоградњи која би задовољила све потребе Службе радиолошке дијагностике.	Децембар 2016.	Директор КЦ-а Крагујевац и директор Техничке службе	Потписан уговор, почетак радова на надоградњи система.
6	РД 8.6 предузети све мере за усклађивање броја техничара и смањити њихово оптерећење	1	Примити у радни однос два рендген-техничара.	Фебруар 2017. године	Директор КЦ-а	Повећан број техничара, смањено оптерећење и повећан квалитет рада.

7	ЛАБ 1.4 у планирање укључити све елементе критеријума, редовно га ревидирати	1	Написати план рада за 2017. годину	Децембар 2016.	др Снежана Радивојевић	План је написан и приказан на Стручном колегијуму
8	ЛАБ 3.7 персонализовати процену учинка	2	Оценити рад запослених по процедури и обрасцу за оцену запослених	До краја текуће године	Директор службе за лабораторијску дијагностику	Процена учинка запослених је спроведена.
9	ЛАБ 3.8 доследно применити критеријуме	1	Урадити план план стручног усавршавања за за 2017. год. и спровести анализу реализације плана из 2016.	Децембар 2016. година	др Снежана Радивојевић	План урађен за 2017 и достављен Служби плана и анализе, анализа реализације плана из 2016 дискутована на Стручном колегијуму.
10	ЛАБ 7.1 надоградити информациони систем	2	Потписати уговор са компанијом која одржава информациони систем о надоградњи која би задовољила све потребе Службе лабораторијске дијагностике.	Децембар 2016.	Директор КЦ-а Крагујевац и директор Техничке службе	Потписан уговор, почетак радова на надоградњи система.
11	ЛАБ 8.7 унапредити примену критеријума	3	Учествовати у спољашњој контроли и направити анализу резултата спољашње контроле, а затим је дискутовати на Стручном колегијуму	Јун 2017	Др Снежана Радивојевић	Направљена анализа, дискутована на Стручном колегијуму и на основу ње начињене корекције праксе.
12	АПТ 1.1 Потребна је доследна примена прописаних протокола	1	Периодична провера запослених о постојећим процедурама	Контину-ирано	Мр пх Владимир Вучетић	Сви запослени примењују прописане протоколе
13	АПТ 1.2 Потребно је елиминисати ризике које постоје у чувању и дистрибуцији лекова и изради галенских препарата. Ставити под надзор стручног лица адекватне квалификације процес набавке и дистрибуције лека до крајњег корисника. Доследно применити добру фармацеутску праксу	1	Обезбедити да фармацеутске услуге врши лице адекватне квалификације у свим организационим јединицама КЦ-а Крагујевац кроз запошљавање фармацеута и фармацеутских техничара.	Када Кадровска комисија Министарства здравља одобри нове запослене у КЦ-у Крагујевац.	Директор КЦ-а, Министар здравља.	Запослена су два нова фармацеута до краја 2017.

14	АПТ 2.1 Укључити стручно лице адекватне квалификације процес планирања лечења и пружања фармацеутске услуге крајњем кориснику.	1	Један фармацеут завршава специјализацију из Клиничке фармације и почиње са саветовањем специјалиста.	Март 2017.	Мр пх Владимир Вучетић	Постоје извештаји о пруженим услугама у Здравственом информационом систему.
15	АПТ 2.2 Укључити стручно лице адекватне квалификације процес набавке и дистрибуције лека до крајњег корисника.	2	Обезбедити да набавку и дистрибуцију лекова врши лице адекватне квалификације у свим организационим јединицама КЦ-а Крагујевац кроз запошљавање фармацеута и фармацеутских техничара.	Када Кадровска комисија Министарства здравља одобри нове запослене у КЦ-у Крагујевац.	Директор КЦ-а, Министар здравља.	Запослена су два нова фармацеутска техничара до краја 2018.
16	АПТ 2.3 Потребно је укључити засполене са адекватним квалификацијама у свим организационим целинама установе.	1	Један фармацеут завршава специјализацију из Клиничке фармације и почиње са учешћем у изради мултидисциплинарног плана лечења.	Март 2017.	Мр пх Владимир Вучетић	Постоје извештаји о пруженим услугама у Здравственом информационом систему.
17	АПТ 2.4 Укључити већи број запослених у мултидисциплинарни план лечења	1	Један фармацеут завршава специјализацију из Клиничке фармације и почиње са учешћем у изради мултидисциплинарног плана лечења.	Март 2017.	Мр пх Владимир Вучетић	Постоје извештаји о пруженим услугама у Здравственом информационом систему.
18	АПТ 2.5 Укључити већи број запослених у процесе отпуста, трансфера и даљег праћења. Унапредити комуникацију фармацеутске службе са осталим организационим јединицама.	1	Један фармацеут завршава специјализацију из Клиничке фармације и почиње са учешћем у изради отпусне листе и саветовању пацијената на отпусту.	Март 2017.	Мр пх Владимир Вучетић	Постоје извештаји о пруженим услугама у Здравственом информационом систему.
19	АПТ 3.2 Усагласити број и структуру запослених у складу са потребама.	1	Усагласити систематизацију радних места са законским нормама по питању броја фармацеута у фармацеутских техничара	Јун 2017	Директор КЦ-а, Начелник службе фармацеутске делатности	Усвојена измена систематизације радних места.

20	АПТ 3.3 Обезбедити стручан кадар адекватне квалификације за пружање фармацеутске услуге у свим сегментима установе.	1	Обезбедити да фармацеутске услуге врши лице адекватне квалификације у свим организационим јединицама КЦ-а Крагујевац кроз запошљавање фармацеута и фармацеутских техничара.	Када Кадровска комисија Министарства здравља одобри нове запослене у КЦ-у Крагујевац.	Директор КЦ-а, Министар здравља.	Запослена су два нова фармацеута до краја 2017.
21	АПТ 4.2 Редовно ревидирати усвојена документа	2	Ревидирати две раније усвојне процедуре	Мај 2017	Начелник службе фармацеутске делатности	Усвојене ревидиране верзије две процедуре на седници Комисије за квалитет.
22	АПТ 5.1 Обезбедити адекватан простор у складу са усвојеним плановима	2	Пресељење апотеке у нове просторије у Техничком блоку који се реновира	Јануар 2019	Директор КЦ-а Крагујевац	Почетак рада апотеке у новом простору.
23	АПТ 7.1 Потребно је унапређење информационог система у складу са захтевима критеријума	2	Потписати уговор са компанијом која одржава информациони систем о надоградњи која би задовољила све потребе Службе фармацеутске делатности.	Децембар 2016.	Директор КЦ-а Крагујевац и директор Техничке службе	Потписан уговор, почетак радова на надоградњи система.
24	АПТ 7.2 Потребно је унапређење информационог система у складу са захтевима критеријума	2	Анализирати све недостатке постојећег информационог система и припремити пројектни задатак за компанију која потпише уговор за одржавање информационог система.	Фебруар 2017	Начелник Службе фармацеутске делатности	Пројектни задатак предат званично компанији која одржава информациони систем
25	АПТ 7.3 Потребно је унапређење информационог система у складу са захтевима критеријума	2	Анализирати безбедоносне аспекте информационог система и припремити листу захтева за компанију која одржава инф. систем.	Децембар 2016	Начелник Службе фармацеутске делатности	Листа захтева предата званично компанији која одржава информациони систем

26	АПТ 7.4 Потребно је унапређење информационог система у складу са захтевима критеријума	3	Анализирати аспекте информационог система који се односе на чување података и припремити листу захтева за компанију која одржава инф. систем.	Децембар 2017	Начелник Службе фармацеутске делатности	Листа захтева предата званично компанији која одржава информациони систем
27	АПТ 8.7 Потребно је унапређење примене критеријума у смислу редовног праћења и предузимања активности	2	Анализирати резултате испитивања задовољства запослених и направити план корективних мера како би се задовољство повећало.	Децембар 2017	Начелник Службе фармацеутске делатности	План корективних мера усвојен на Стручном колегијуму.
28	ЖС 1.4 унапредити документима примењену праксу	1	Израдити једну нову процедуру из области управљања опасним материјама и заразним материјалом.	Април 2017	Епидемиолог КЦ-а.	Процедура усвојена на седници Комисије за квалитет.
29	ЖС 1.6 наставити са активностима на сређивању простора	2	Спровести потребне радове на обезбеђењу даљег функционисања централне вентилације у операционом блоку и породилишту.	Новембар 2017	Директор техничке службе	Несметано функционисање централне вентилације.
30	ЖС 5.6 ревидирати предвиђени распоред у складу са фреквенцијом пацијената на појединим клиникама уз обавезну контролу поштовања распореда	1	Направити нови распоред одлагања отпада и спровести контролу поштовања распореда.	Јануар 2017	Епидемиолог КЦ-а.	Израђен нови распоред. Постоје званични записи о спроведеним контролама распореда.
31	ЖС 8.1 наставити са активностима на унапређењу простора	2	Реконструисати зону за привремено одлагање, мерење отпада, бележење, деконтаминацију, прање и чишћење отпада.	Октобар 2017	Директор КЦ-а Крагујевац и директор Техничке службе	Извештај директора Техничке службе о спроведеној реконструкцији.
32	ЖС 9.1 раздвојити простор чистог и прљавог	1	Направити анализу раздвојености чистог и прљавог материјала на свим клиникама, и план корективних мера.	Децембар 2016	Главна сестра КЦ-а Крагујевац	План корективних мера усвојен на Стручном колегијуму директора КЦ-а.

33	ЖС 10.4 обезбедити сав потребан материјал за акцидентне ситуације	1	Направити спецификацију потребног материјала и спровести јавну набавку.	Март 2017	Епидемиолог КЦ-а, Директор Техничке службе и Директор КЦ-а Крагујевац.	Спроведена јавна набавка материјала за акцидентне ситуације.
34	ЖС 16.2 обезбедити адекватно складиштење и обележавање екс. и запаљиве материје	1	Спровести контролу спровођења процедуре чувања и обележавања запаљивих материја, и планирати корективне мере.	Фебруар 2017	Руководилац Одсека заштите на раду.	Извештај о спроведеној контроли и план корективних мера.
35	ЖС 16.3 извршити проверу свих система	1	Спровести редовну проверу система за детекцију пожара, алармног система, као и система за гашење пожара.	Март 2016	Срђан Алексић	Извештај о спроведеној провери.
36	ЖС 18.2 Увести у примену критеријум	2	Спровести контролу система за проток ваздуха у Одељењу стерилизације, и планирати корективне мере.	Фебруар 2017	Директор техничке службе.	Извештај о спроведеној контроли и план корективних мера.
37	ЖС 18.3 Увести у примену критеријум	2	Спровести контролу натпритиска ваздуха у зони складиштеља стерилног материјала Одељења стерилизације, и планирати корективне мере.	Фебруар 2017	Директор техничке службе.	Извештај о спроведеној контроли и план корективних мера.
38	ЖС 20.8 доследно применити критеријум	1	Спровести контролу обележавања предмета који се стерилишу кодом који садржи: • тип стерилизатора, • датум стерилизације, • контингент стерилизације. Планирати корективне мере.	Јануар 2017	Главна сестра КЦ-а Крагујевац	Извештај о спроведеној контроли и план корективних мера.
39	ЖС 22.1 доследно применити критеријум у свим организационим целинама	3	Спровести контролу баждарења и сервисирања опреме у свим организационим јединицама КЦ-а. Планирати корективне мере на основу резултата контроле.	Март 2017	Директор Техничке службе.	Извештај о спроведеној контроли и план корективних мера.

40	ЉР 2.2 Јасније дефинисати поступке за перманентно разматрање стручности немедицинског особља уз редовну проверу	1	Израда правилника или процедуре којима се јасно дефинишу параметри разматрања стручности немедицинског особља	Децембар 2016. год	Катарина Новчић	Редовна провера рада немедицинског особља
41	ЉР 3.4 Унапредити коришћење извештаја о процени резултата рада у циљу унапређења квалитета рада	1	Спровести распоређивање и награђивање/кажњавање запослених према процени резултата њиховог рада	Март 2017.год	Сандра Маријан	Службени записи о спроведеним распоређивањима, награђивањима и кажњавањима на основу процене резултата рада.
42	ЉР 4.1 Унапредити израду плана едукације који треба да садржи и финансијске показатеље у циљу реалног и остваривог планирања	2	Израда плана едукације са финансијским показатељима у сарадњи са руководиоцима орг. Јединица	Март 2017. год	Катарина Новчић	Усвојен план едукације од стране надлежних стручних органа КЦКГ
43	ЉР 4.5 Програм обуке обезбедити омогућити на свим Клиникама	2	Послати руководиоцима орг. јединица методолошко упутство за израду програма обуке	Децембар 2016. год	Катарина Новчић	Доказ да су методолошко упутство примили руководиоци организационих јединица.
44	ЉР 6.2 Увести праћење радне оптерећености у циљу управљања стресом	2	Прикупити податке од организационих јединица о радној оптерећености свих запослених и анализирати их на стручним колегијумима.	Јануар 2017	Катарина Новчић	Записници са стручних колегијума на којима су анализирани извештаји о радном оптерећењу.
45	ЉР 7.3 Унапредити коришћење резултата истраживања задовољства запослених ради адекватног планирања за повећање степена задовољства	3	Израда нових планова унапређења квалитета у складу са претходним резултатима истраживања задовољства запослених	Април 2017.год	Катарина Новчић	Нови планови унапређења квалитета усвојени на стручним колегијумима.
46	РУ 2.4 Препоручује се адекватно укључивање свих организационих јединица и запослених	1	Достављање оперативног плана орг. јединицама уз обавезу да доставе повратну информацију управи са евентуалним предлогом измена	До краја 2017. год	Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Дописи организационих јединица о резултатима дискусије оперативног плана на стручним колегијумима.

47	РУ 3.3 Поступке за праћење и коришћење свих ресурса је неопходно унапредити и на одговарајући начин документовати	2	Ревидирати процедуру QR.00.28. "Праћење коришћења свих ресурса"	Новембар 2017.	Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Ревидирана верзија процедуре је усвојена на седници Комисије за квалитет.
48	РУ 4.6 У оквиру расположивих средстава и финансијског плана за утврђене ризике и њихову превенцију обезбедити средства поштујући приоритете	1	Обезбедити средства из сопствених прихода или донација за смањење највећих утврђених ризика.	Децембар 2017	Директор КЦ-а	Документа која потврђују утрошак средстава за санацију утврђених ризика.
49	РУ 4.7 Извештавање о активностима везаним за управљање ризиком је неопходно унапредити	1	Захтевати од надлежних комисија редовне извештаје и израдити процедуру о извештавању о ризицима.	Јун 2017.год	Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Нови извештаји о активностима везаним за управљање ризиком, и усвојена процедура на седници Комисије за квалитет.
50	РУ 6.3 Приментан је наслеђени дисконтинуитет у унапређењу квалитета и неопходно је уложити додатни напор како би се процес обновио	1	Унапредити рад Комисије за обезбеђење квалитета, покренути изradу нових докумената квалитета и радити на примени постојећих докумената.	Мај 2017	Председник Комисије за квалитет, директор КЦ-а Крагујевац	Записници са седница Комисије за квалитет.
51	РУ 6.6 Препоручује се у сразмерно могућностима установе јасно опредељивање средстава у складу са Планом унапређења квалитета рада		Издвојити у финансијском плану за 2017. средства за унапређење квалитета рада.	Децембар 2017	Директор финансијске службе, директор КЦ-а Крагујевац	Усвојен финансијски план за 2017. са ставком средстава за унапређење квалитета.
52	РУ 7.1 Унапредити праћење показатеља учинка	1	Израдити процедуру за праћење показатеља учинка.	Март 2017	Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Процедура усвојена на седници Комисије за квалитет.
53	РУ 7.2 Унапредити праћење показатеља учинка	2	Применити процедуру за праћење показатеља учинка у пракси.	Јун 2017	Директор КЦ-а Крагујевац	Извештаји о показатељима учинка достављени директору.
54	РУ 7.3 Унапредити праћење показатеља учинка	2	Применити процедуру за праћење показатеља учинка у пракси.	Јун 2017	Директор КЦ-а Крагујевац	Извештаји о показатељима учинка достављени директору.
55	РУ 7.4 Унапредити праћење показатеља учинка	3	Спровести корективне мере на основу анализе учинка.	Октобар 2017	Директор КЦ	Извештаји о резултатима спроведених корективних мера.

56	РУ 7.5 Унапредити праћење показатеља учинка	3	Направити збирни извештај о учинку и објавити га на веб страници КЦ-а	Децембар 2017	Директор КЦ	Збирни извештај објављен на веб страници КЦ-а.
57	СУ 1.2 Унапредити примену критеријума	1	Доставити усвојену Мисију и Визију орг. Јединицама уз обавезу руководиоца орг. Јединица да доставе потврдну информацију уз коментар или предлог измена	Март 2017	Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Дописи руководиоца организационих јединица.
58	СУ 2.2 У оквиру расположивих средстава и финансијског плана за утврђене ризике и њихову превенцију обезбедити средства поштујући приоритете	1	Донети одлуку на УО о издвајању средстава за смањење или отклањање утврђених ризика.	Фебруар 2017	Председник УО, Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Одлука Управног одбора
59	СУ 2.3 Извештавање о активностима везаним за управљање ризиком је неопходно унапредити	2	Предвидети у Стратешком и Оперативном плану рутинско извештавање о ризицима.	Јун 2017	Председник УО, Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Нови Стратешки и Оперативни планови.
60	СУ 4.2 Приметан је наслеђени дисконтинуитет у унапређењу квалитета и неопходно је уложити додатни напор како би се процес обновио	2	Управни одбор ће редовно разматрати годишњи извештај Комисије за квалитет.	Фебруар 2017	Председник УО, Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Записник са седнице УО.
61	СУ 5.4 Унапредити праћење показатеља учинка	2	Управни одбор ће сачинити извештај о свом раду и о плановима за унапређење квалитета рада и упутити га Надзорном одбору	Јун 2017	Председник УО, Јелена Јарчевић, помоћник директора за правна питања	Извештај послат Надзорном одбору.
62	ХЛП 2.6 Потребно је документовати доследност примене критеријума	1	У историји болести направити план лечења који треба да потпишу пацијент и ординирајући лекар.	Јануар 2017	прим. др Горан Азањац, помоћник директора за хируршке дисциплине	Урађени и потписани планови лечења.
63	ХЛП 3.5 Обезбедити доказе о примени критеријума	2	Спровести интерну контролу квалитета на хируршким дисциплинама и утврдити да ли се поштују мисија и визија.	Фебруар 2017	прим. др Горан Азањац, помоћник директора за хируршке дисциплине	Извештај о интерној контроли усвојен на седници Стручног савета.

64	ХЛП 6.2 Размотрити могућност реорганизације и обезбеђивања адекватног простора за све организационе јединице	2	Израда плана реорганизације и обезбеђивања адекватног простора за све јединице.	Април 2017	прим. др Горан Азањац, помоћник директора за хируршке дисциплине	План реорганизације.
65	ХЛП 7.6 Обезбедити доказе	2	Спровести интерну контролу квалитета на хируршким дисциплинама и утврдити да ли запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.	Фебруар 2017	прим. др Горан Азањац, помоћник директора за хируршке дисциплине	Извештај о интерној контроли усвојен на седници Стручног савета.
66	ХИН 5.4 Обезбедити пацијентима већу доступност материјала за едукацију	1	Обезбедити довољан број копија информатора за пацијенте и њихове породице и редовно их уручивати.	Децембар 2016	прим. др Горан Азањац, помоћник директора за хируршке дисциплине	Извештај о интерној контроли усвојен на седници Стручног савета.
67	ПЛП 6.3 Потребно је направити план одржавања целокупне опреме за мерење и контролисање	1	Направити план одржавања целокупне опреме за мерење и контролисање	Децембар 2016	Директор Клинике за педијатрију и директор Техничке службе.	План одржавања опреме.
68	ПЛП 6.4 Потребно је направити план одржавања целокупне опреме за мерење и контролисање	1	Направити план баждарења целокупне опреме за мерење и контролисање	Децембар 2016	Директор Клинике за педијатрију и директор Техничке службе.	План баждарења опреме.
69	ПЛП 7.4 Потребно је обезбедити доказ о упознавању запослених са активностима	1	Направити записнике са стручних колегијума	Јануар 2017	Асс. др Зорица Рашковић	Урађен записник са колегијума
70	ПИН 4.11 Потребно је обезбедити правилно руковање наркотицима и обезбедити адекватан стручни кадар.	1	Ускладити праксу руковања наркотицима на клиници са процедуром QP.00.37 „Безбедно руковање наркотицима“. Запослити једног фармацеутског техничара.	Јануар 2017 за прву активност, јануар 2018 за другу	Директор Клинике за педијатрију, директор КЦ-а, Министар здравља	Извештај интерне контроле квалитета указује да је пракса усклађена и да је стручни кадар адекватан.

71	ПИН 6.1 Унапредити контролу приступа јединици.	2	Обезбедити спровођење процедуре QR.14.26. "Приступ одељењу интензивне неге Клинике за педијатрију"	Фебруар 2017	Директор клинике за педијатрију	Извештај интерне контроле квалитета указује да се процедура спроводи.
72	ПИН 6.8 У склопу планова за реновирање размотрити могућност формирања адекватнијег простора за изолацију.	2	Обезбедити спровођење процедуре QR.00.33. "Смештај пацијената у изолацију и мере заштите"	Март 2017	Директор клинике за педијатрију	Извештај интерне контроле квалитета указује да се процедура спроводи.
73	ФМР 6.2 Потребно је обезбедити адекватан транспорт пацијената на спрат	1	Направити теретни лифт за пацијенте са постељом.	Децембар 2018	Директор КЦ-а, председник УО	Технички пријем лифта извршен.
74	ФМР 7.6 Препоручује се утврђивање плана унапређења квалитета на основу препознатих ризика		Направити план унапређења квалитета рада Центра за физикалну медицину и рехабилитацију	Јануар 2017	Директор Центра за физикалну медицину и рехабилитацију	План унапређења квалитета усвојен на стручном колегијуму.

**План припремили и стручно обрадили**

проф. др Слободан Јанковић, председник комисије за квалитет  
доц. др Дејан Петровић  
проф. др Биљана Вулетић  
проф. др Жељко Мијаиловић  
асистент др Мирјана Веселиновић  
мр др Милан Пауновић  
доц др Марија Шорак  
др Зоран Јовановић  
др Ружица Марјановић  
др. Марија Симоновић  
вмс Светлана Матовић

**Датум**

30.01.2017. године

**Директор**

проф. др Предраг Саздановић