

Preuzeto iz elektronske pravne baze **Paragraf Lex**



Ukoliko ovaj propis niste preuzeli sa Paragrafovog sajta ili niste sigurni da li je u pitanju važeća verzija propisa, poslednju verziju možete naći [OVDE](#).

## PRAVILNIK

# O POKAZATELJIMA KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I O PROVERI KVALITETA STRUČNOG RADA

("Sl. glasnik RS", br. 123/2021)

### I UVODNA ODREDBA

#### Član 1

Ovim pravilnikom utvrđuju se pokazatelji kvaliteta zdravstvene zaštite i uređuju uslovi, način, organizacija sprovođenja unutrašnje i spoljne provere kvaliteta stručnog rada, obrasci izveštaja, mere koje se preduzimaju za otklanjanje uočenih nedostataka i druga pitanja od značaja za sprovođenje provere kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, drugog pravnog lica i privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika.

### II POKAZATELJI KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

#### Član 2

Pod pokazateljem kvaliteta zdravstvene zaštite podrazumeva se statistička i kvantitativna mera procesa i ishoda zdravstvene zaštite koja se koristi za praćenje, evaluaciju i unapređenje kvaliteta lečenja i zdravstvene nege pacijenata. Pokazatelji kvaliteta zdravstvene zaštite obuhvataju i pokazatelje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova i bezbednosti pacijenata.

#### Član 3

Pokazatelji kvaliteta zdravstvene zaštite utvrđuju se prema nivoima zdravstvene delatnosti, vrstama zdravstvenih ustanova i medicinskim granama.

#### 1. Pokazatelji kvaliteta zdravstvene zaštite na primarnom nivou zdravstvene zaštite

#### Član 4

Pokazatelji kvaliteta koji se prate u oblasti zdravstvene delatnosti koju obavljaju izabrani lekari u službi za zdravstvenu zaštitu odraslog stanovništva jesu:

1) Obuhvat registrovanih korisnika starijih od 65 godina vakcinacijom protiv sezonskog gripa (izračunava se kao broj registrovanih korisnika starijih od 65 godina koji su vakcinisani protiv sezonskog gripa podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika starijih od 65 godina i pomnožen sa 100);

2) Procenat obolelih od povišenog krvnog pritiska (I10-I15) kod kojih je na poslednjem kontrolnom pregledu vrednost krvnog pritiska bila niža od 140/90 mmHg (izračunava se kao broj registrovanih korisnika obolelih od povišenog krvnog pritiska (I10-

115 u skladu sa 10. revizijom Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) SZO<sup>1</sup>) kod kojih je u prethodnoj godini na poslednjem kontrolnom pregledu vrednost krvnog pritiska bila niža od 140/90 mmHg podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika obolelih od povišenog krvnog pritiska (I10-I15) kojima je u prethodnoj godini obavljen kontrolni pregled vrednosti krvnog pritiska i pomnožen sa 100);

3) Procenat obolelih od dijabetesa (E10-E14) kojima je urađen godišnji pregled očnog dna (izračunava se kao broj registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) kojima je u prethodnih 12 meseci urađen pregled očnog dna podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) i pomnožen sa 100);

4) Procenat obolelih od dijabetesa (E10-E14) kod kojih je bar jednom određena vrednost glikoziliranog hemoglobina (HbA1c) (izračunava se kao broj registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) kod kojih je u prethodnih 12 meseci bar jednom određena vrednost glikoziliranog hemoglobina (HbA1c) podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) i pomnožen sa 100);

5) Procenat registrovanih korisnika od navršениh 50 godina do navršениh 74 godine obuhvaćenih skriningom na karcinom debelog creva (kojima je urađen imunohemijski test na okultno krvarenje u stolici) (izračunava se kao broj registrovanih korisnika starijih od 50 godina do navršene 74 godine kojima je u prethodnih 12 meseci urađen imunohemijski test na okultno krvarenje u stolici podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika od navršениh 50 godina do navršene 74 godine pomnožen sa 100);

6) Obuhvat registrovanih korisnika starijih od 18 godina kojima je procenjen rizik za depresiju (izračunava se kao broj registrovanih korisnika starijih od 18 godina kojima je u prethodnoj godini urađen skrining za depresiju podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika starijih od 18 godina i pomnožen sa 100);

7) Procenat registrovanih korisnika muškog pola od navršениh 35 godina i ženskog pola od navršениh 45 godina do navršениh 69 godina obuhvaćenih skriningom kardiovaskularnog rizika (izračunava se kao broj registrovanih korisnika muškog pola od navršениh 35 godina i ženskog pola od navršениh 45 godina do navršениh 69 godina kojima je u prethodnih 12 meseci urađen skrining za kardiovaskularni rizik podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika muškog pola od 35 godina i ženskog pola od navršениh 45 godina do navršениh 69 godina i pomnožen sa 100);

8) Procenat registrovanih korisnika sa navršениh 45 godina kod kojih je u prethodnih 12 meseci procenjen rizik za tip 2 dijabetesa (izračunava se kao broj registrovanih korisnika sa navršениh 45 godina kod kojih je u prethodnih 12 meseci procenjen rizik za tip 2 dijabetesa podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika sa navršениh 45 godina koji nemaju dijabetes (E10-E14) i pomnožen sa 100);

9) Procenat obolelih od dijabetesa (E10-E14) kod kojih je u prethodnih 12 meseci određena vrednost LDL holesterola (izračunava se kao broj registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) kod kojih je u prethodnih 12 meseci određena vrednost LDL holesterola podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) i pomnožen sa 100);

10) Procenat obolelih od dijabetesa (E10-E14) kod kojih je u prethodnih 12 meseci urađen pregled stopala (izračunava se kao broj registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) kod kojih je u prethodnih 12 meseci urađen pregled stopala, podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnika obolelih od dijabetesa (E10-E14) i pomnožen sa 100);

11) Procenat registrovanih korisnika starijih od 35 godina sa pozitivnim pušačkim statusom (izračunava se kao broj registrovanih korisnika kojima je u prethodnoj godini ubeležen pozitivan pušački status prilikom preventivnog i/ili skrining pregleda na rizik od dijabetesa i/ili skrining pregleda na rizik od kardiovaskularnih bolesti podeljen sa ukupnim brojem korisnika starijih od 35 godina i pomnožen sa 100);

12) Procenat registrovanih korisnika starijih od 35 godina sa predgojaznim i gojaznim stanjem (izračunava se kao broj registrovanih korisnika kojima je u prethodnoj godini ubeležen ITM preko 25 prilikom preventivnog i/ili skrining pregleda na rizik od dijabetesa i/ili skrining pregleda na rizik od kardiovaskularnih bolesti podeljen sa ukupnim brojem korisnika starijih od 35 godina i pomnožen sa 100);

13) Procenat registrovanih korisnika starijih od 35 godina sa izmerenim povišenim krvnim pritiskom preko 140/90 mmHg (izračunava se kao broj registrovanih korisnika kojima je u prethodnoj godini ubeležen krvni pritisak preko 140/90 mmHg prilikom preventivnog i/ili skrining pregleda na rizik od dijabetesa i/ili skrining pregleda na rizik od kardiovaskularnih bolesti podeljen sa ukupnim brojem korisnika starijih od 35 godina i pomnožen sa 100).

<sup>1</sup> U daljem tekstu šifre dijagnoza koje detaljnije opisuju pojedinačne pokazatelje, navedene su u skladu sa 10. revizijom Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10)

## Član 5

Pokazatelji kvaliteta koji se prate u oblasti zdravstvene delatnosti koju obavlja izabrani lekar - doktor medicine specijalista pedijatrije u službi za zdravstvenu zaštitu dece i omladine jesu:

1) Procenat isključivo dojene odojčadi sa navršena tri meseca (izračunava se kao broj isključivo dojene odojčadi sa navršena tri meseca podeljen sa ukupnim brojem pregledane odojčadi sa navršena tri meseca i pomnožen sa 100);

2) Obuhvat dece u 15. godini života kompletnom imunizacijom (izračunava se kao broj dece u 15. godini života sa kompletnom imunizacijom podeljen sa ukupnim brojem registrovane dece u 15. godini života i pomnožen sa 100);

- 3) Procenat dece u trećoj godini života koja su vakcinisana u skladu sa pravilnikom kojim se uređuje imunizacija (u daljem tekstu: Pravilnik), kao i kalendarom obavezne imunizacije (izračunava se kao broj dece u trećoj godini života - sa navršene dve godine života, a pre početka četvrte godine, koja su vakcinisana u skladu sa Pravilnikom i kalendarom obavezne imunizacije podeljen sa ukupnim brojem registrovane dece u trećoj godini i pomnožen sa 100);
- 4) Procenat dece sa navršениh 14 godina života bez deformiteta kičmenog stuba (izračunava se kao broj dece sa navršениh 14 godina života kod kojih nije registrovan deformitet kičmenog stuba (M40-M41) podeljen sa ukupnim brojem dece sa navršениh 14 godini života i pomnožen sa 100);
- 5) Procenat dece u sedmoj godini sa indeksom telesne mase (ITM) iznad 97. percentila za odgovarajući uzrast i pol (izračunava se kao broj dece u sedmoj godini kojoj su izvršena merenja visine i težine i izračunat indeks telesne mase (ITM) iznad 97. percentila za odgovarajući uzrast i pol, podeljen sa ukupnim brojem registrovane dece u sedmoj godini i pomnožen sa 100);
- 6) Procenat dece u sedmoj godini sa indeksom telesne mase (ITM) ispod 3. percentila za odgovarajući uzrast i pol (izračunava se kao broj dece u sedmoj godini kojoj su izvršena merenja visine i težine i izračunat indeks telesne mase (ITM) ispod 3. percentila za odgovarajući uzrast i pol, podeljen sa ukupnim brojem registrovane dece u sedmoj godini i pomnožen sa 100);
- 7) Procenat dece u dvanaestoj godini sa indeksom telesne mase (ITM) iznad 97. percentila za odgovarajući uzrast i pol (izračunava se kao broj dece u 12. godini kojoj su izvršena merenja visine i težine i izračunat indeks telesne mase (ITM) iznad 97. percentila za odgovarajući uzrast i pol, podeljen sa ukupnim brojem registrovane dece u 12. godini i pomnožen sa 100).
- 8) Procenat dece u 12. godini sa indeksom telesne mase (ITM) ispod 3. percentila za odgovarajući uzrast i pol (izračunava se kao broj dece u sedmoj godini kojoj su izvršena merenja visine i težine i izračunat indeks telesne mase (ITM) ispod 3. percentila za odgovarajući uzrast i pol, podeljen sa ukupnim brojem registrovane dece u 12. godini i pomnožen sa 100);

## Član 6

Pokazatelji kvaliteta koji se prate u oblasti zdravstvene delatnosti koju obavlja izabrani lekar - doktor medicine specijalista ginekologije u službi za zdravstvenu zaštitu žena jesu:

- 1) Procenat korisnica od 25 do 64 godine starosti obuhvaćenih skriningom radi ranog otkrivanja raka grlića materice (izračunava se kao broj registrovanih korisnica od 25 do 64 godine starosti kod kojih je u prethodnoj godini obavljen preventivni pregled radi ranog otkrivanja raka grlića materice, podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnica starosti od 25 do 64 godine i pomnožen sa 100);
- 2) Procenat korisnica od 50 do 69 godina starosti obuhvaćenih skriningom radi ranog otkrivanja raka dojke (mamografija) u prethodnih 12 meseci (izračunava se kao broj registrovanih korisnica od 50 do 69 godina starosti kojima je u prethodnih 12 meseci urađena mamografija radi ranog otkrivanja raka dojke, podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnica ove starosti i pomnožen sa 100);
- 3) Procenat trudnica kod kojih je urađen preventivni pregled za rano otkrivanje gestacijskog dijabetesa (izračunava se kao broj korisnica kod kojih je dijagnostikovana trudnoća, a kod kojih je urađen preventivni pregled za rano otkrivanje gestacijskog dijabetesa, podeljen sa ukupnim brojem registrovanih trudnica i pomnožen sa 100);
- 4) Procenat trudnica kod kojih je urađen preventivni pregled za rano otkrivanje EPH gestoze (izračunava se kao broj korisnica kod kojih je dijagnostikovana trudnoća i urađen preventivni pregled za procenu rizika od EPH gestoze, podeljen sa ukupnim brojem registrovanih trudnica i pomnožen sa 100);
- 5) Procenat korisnica od 15 do 49 godina kojima je urađen preventivni pregled i dat savet u vezi sa planiranjem porodice, odnosno metodama efektivne kontracepcije (izračunava se kao broj registrovanih korisnica od 15 do 49 godina starosti kojima je u prethodnih 12 meseci dat savet o metodama efektivne kontracepcije ili propisana efektivna kontracepcija, podeljen sa ukupnim brojem registrovanih korisnica ove starosti i pomnožen sa 100).

## Član 7

Pokazatelji kvaliteta koji se prate u oblasti dentalne medicine jesu:

- 1) Procenat dece sa navršениh sedam godina života obuhvaćenih lokalnom aplikacijom koncentrovanih fluorida prema Protokolu za primenu fluorida u prevenciji karijesa u prethodnoj godini (izračunava se kao ukupan broj dece sa navršениh sedam godina života koja su imala makar jednu serijsku lokalnu aplikaciju koncentrovanih fluorida podeljen sa brojem pregledane dece istog uzrasta i pomnožen sa 100 u prethodnoj godini);
- 2) Procenat dece sa navršениh 12 godina života obuhvaćenih lokalnom aplikacijom koncentrovanih fluorida prema Protokolu za primenu fluorida u prevenciji karijesa u prethodnoj godini (izračunava se kao ukupan broj dece sa navršениh 12 godina koja su imala makar jednu serijsku lokalnu aplikaciju koncentrovanih fluorida u prethodnoj godini podeljen sa brojem pregledane dece istog uzrasta i pomnožen sa 100);
- 3) Procenat dece sa navršениh sedam godina života sa svim zdravim zubima u prethodnoj godini (izračunava se kao ukupan broj dece sa svim zdravim zubima mlečne i stalne denticije sa navršениh sedam godina života, podeljen sa ukupnim brojem pregledane dece istog uzrasta u prethodnoj godini i pomnožen sa 100);

4) Procenat dece sa navršениh 12 godina života sa svim zdravim zubima u prethodnoj godini (izračunava se kao ukupan broj dece sa svim zdravim zubima sa navršениh 12 godina života, podeljen sa ukupnim brojem pregledane dece istog uzrasta i pomnožen sa 100 posmatrano u prethodnoj godini);

5) KEP kod dece sa navršениh 12 godina života (izračunava se kao ukupan broj karioznih, ekstrahiranih i plombiranih stalnih zuba pregledane dece u 12. godini života podeljen sa ukupnim brojem pregledane dece istog uzrasta u prethodnoj godini);

6) Procenat dece sa navršениh 12 godina kojima je izvršen skrining pregled za otkrivanje ortodontskih anomalija u prethodnoj godini (izračunava se kao broj dece sa navršениh 12 godina kojima je izvršen skrining pregled za otkrivanje ortodontskih anomalija, podeljen sa ukupnim brojem pregledane dece istog uzrasta i pomnožen sa 100 u prethodnoj godini);

7) Procenat dece sa navršениh sedam godina kojima je izvršeno zalivanje fisure najmanje jednog stalnog molara u prethodnoj godini (izračunava se kao ukupan broj dece sa navršениh sedam godina kojima je izvršeno zalivanje fisure najmanje jednog stalnog molara u prethodnoj godini, podeljen sa ukupnim brojem pregledanih pacijenata tog uzrasta i pomnožen sa 100);

8) Procenat trudnica obuhvaćenih preventivnim pregledom u prethodnoj godini (izračunava se kao ukupan broj žena u trudnoći obuhvaćenih preventivnim stomatološkim pregledom, podeljen sa ukupnim brojem registrovanih trudnica na teritoriji doma zdravlja i pomnožen sa 100 u prethodnoj godini).

## Član 8

Služba za hitnu medicinsku pomoć pri domu zdravlja i zavod za urgentnu medicinu prikupljaju podatke za izračunavanje i prate sledeće pokazatelje kvaliteta u oblasti hitne medicinske pomoći:

1) Aktivaciono vreme - Vreme koje je proteklo od prijema poziva za prvi red hitnosti u dispečerskom centru do predaje poziva ekipi za intervenciju. (izračunava se kao zbir svih vremenskih intervala jedan u minutama za prvi red hitnosti koji se računaju od momenta kada je poziv primljen u dispečerskom centru do predaje tog poziva ekipi za intervenciju podeljen sa brojem ukupnih poziva za prvi red hitnosti);

2) Reakciono vreme je vreme koje je proteklo od predaje poziva ekipi za intervenciju do stizanja ekipe na mesto događaja (izračunava se kao zbir svih vremenskih intervala dva u minutima, koji se računaju od momenta kada je poziv prvog reda hitnosti predat ekipi za intervenciju primljen u dispečerskom centru do stizanja ekipe na mesto događaja podeljen sa brojem ukupnih izlazaka na teren za prvi red hitnosti);

3) Vreme prehospitalne intervencije (izračunava se kao zbir svih vremenskih intervala tri u minutima, koji se računaju od momenta stizanja ekipe na mesto događaja do oslobađanja ekipe ili predaje pacijenta na dalje zbrinjavanje, podeljen sa brojem ukupnih izlazaka na teren za prvi red hitnosti);

4) Procenat izvršениh kardiopulmonalnih reanimacija u slučaju iznenadnog srčanog zastoja (izračunava se kao broj svih rađenih kardiopulmonalnih reanimacija podeljen sa ukupnim brojem iznenadnog srčanog zastoja i pomnožen sa 100);

5) Procenat uspešnih kardiopulmonalnih reanimacija u slučaju iznenadnog srčanog zastoja gde ekipa hitne medicinske pomoći nije očevidac (izračunava se kao broj uspešnih kardiopulmonalnih reanimacija u slučaju iznenadnog srčanog zastoja gde ekipa hitne medicinske pomoći nije očevidac, podeljen sa brojem izvršениh kardiopulmonalnih reanimacija u slučaju iznenadnog srčanog zastoja gde ekipa hitne medicinske pomoći nije bila očevidac i pomnožen sa 100);

6) Procenat uspešnih kardiopulmonalnih reanimacija kada je iznenadni srčani zastoj nastupio u prisustvu ekipe hitne medicinske pomoći (izračunava se kao broj uspešnih kardiopulmonalnih reanimacija u slučaju iznenadnog srčanog zastoja u prisustvu ekipe hitne medicinske pomoći, podeljen sa brojem izvršениh kardiopulmonalnih reanimacija u slučaju iznenadnog srčanog zastoja koji su se desili u prisustvu ekipe hitne medicinske pomoći i pomnožen sa 100);

7) Procenat pacijenata koji su zbrinuti na terenu bez upućivanja na više nivoe zdravstvene zaštite (izračunava se kao broj pacijenata koji su zbrinuti na terenu bez upućivanja na više nivoe zdravstvene zaštite, podeljen sa ukupnim brojem svih intervencija na terenu i pomnožen sa 100);

8) Procenat pacijenata koji su zbrinuti u ambulanti hitne pomoći bez upućivanja na više nivoe zdravstvene zaštite (izračunava se kao broj pacijenata koji su zbrinuti u ambulanti hitne pomoći bez upućivanja na više nivoe zdravstvene zaštite, podeljen sa ukupnim brojem svih pregledanih pacijenata u ambulanti hitne medicinske pomoći i pomnožen sa 100);

9) Procenat pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom kojima je otvoren intravenski put i kojima je dat analgetski ekvivalent morfijumu, kiseonik, nitro preparat (u bilo kom obliku) i acetilsalicilna kiselina (ukoliko nema kontraindikacija za primenu ovih lekova) (izračunava se kao broj pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom kojima je otvoren intravenski put i kojima je dat analgetski ekvivalent morfijumu, kiseonik, nitro preparat (u bilo kom obliku) i acetilsalicilna kiselina (ukoliko nema kontraindikacija za primenu ovih lekova) podeljen sa ukupnim brojem pacijenata sa akutnim koronarnim sindromom i pomnožen sa 100);

10) Procenat pacijenata sa akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom dijagnostikovanim od strane lekara hitne medicinske pomoći (na terenu ili u ambulanti), kojima je otvoren intravenski put i kojima je dat analgetski ekvivalent morfijumu, kiseonik, nitro preparat (u bilo kom obliku), acetilsalicilna kiselina, klopidogrel i kleksan (ukoliko nema kontraindikacija za primenu ovih lekova) i transportovani u najbližu ustanovu za primarnu koronarnu intervenciju (izračunava se kao broj pacijenata sa akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom koji su dijagnostikovani od strane lekara hitne medicinske pomoći (na terenu ili u ambulanti) kojima je otvoren intravenski put i kojima je dat analgetski ekvivalent morfijumu, kiseonik, nitro preparat (u bilo kom obliku) acetilsalicilna kiselina, klopidogrel i kleksan (ukoliko nema

kontraindikacija za primenu ovih lekova) i transportovani u najbližu ustanovu za primarnu koronarnu intervenciju, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata sa akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom i pomnožen sa 100);

11) Procenat pacijenata sa akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom dijagnostikovanim od strane lekara hitne medicinske pomoći (na terenu ili u ambulanti) kojima je otvoren intravenski put i kojima je dat analgetski ekvivalent morfijumu, kiseonik, nitro preparat (u bilo kom obliku) i acetilsalicilna kiselina, klopidogrel i kleksan i kod kojih je započeta ili data prehospitarna tromboliza (ukoliko nema kontraindikacija za primenu ovih lekova) (izračunava se kao broj pacijenata sa akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom koji su dijagnostikovani od strane lekara hitne medicinske pomoći (na terenu ili u ambulanti) kojima je otvoren intravenski put i kojima je dat analgetski ekvivalent morfijumu, kiseonik, nitro preparat (u bilo kom obliku) acetilsalicilna kiselina, klopidogrel i kleksan i kod kojih je započeta ili data prehospitarna tromboliza (ukoliko nema kontraindikacija za primenu ovih lekova), podeljen sa ukupnim brojem pacijenata sa akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom i pomnožen sa 100);

12) Procenat indikovanog medicinskog tretmana na terenu kod pacijenata sa teškom traumom (izračunava se kao broj pacijenata na terenu sa teškom traumom kojima je urađen medicinski tretman podeljen sa ukupnim brojem pacijenata na terenu sa teškom traumom i pomnožen sa 100);

13) Procenat indikovanog medicinskog tretmana kod pacijenata sa akutnim moždanim udarom (izračunava se kao broj pacijenata na terenu ili u ambulanti sa akutnim neurološkim deficitom koji ukazuje na akutni moždani udar kojima je urađen adekvatan medicinski tretman i koji su transportovani u najbližu zdravstvenu ustanovu koja ima intenzivnu jedinicu za akutni moždani udar, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata na terenu ili ambulanti sa akutnim neurološkim deficitom i pomnožen sa 100).

## **2. Pokazatelji kvaliteta u stacionarnoj zdravstvenoj delatnosti**

### **Član 9**

U zdravstvenim ustanovama koje obavljaju stacionarnu zdravstvenu delatnost na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, kvalitet zdravstvene zaštite se procenjuje na osnovu pokazatelja kvaliteta po granama medicine (internistička, hirurška i ginekologija sa akušerstvom).

#### **a) Internističke grane medicine**

### **Član 10**

Pokazatelji kvaliteta koji se prate u internističkim granama medicine jesu:

1) Stopa letaliteta od infarkta miokarda (izračunava se kao broj bolesnika umrlih od infarkta miokarda (I21-I22) na odeljenjima internističkih grana medicine posle prijema na odeljenje podeljen sa brojem lečenih od iste bolesti na tim odeljenjima i pomnožen sa 100);

2) Stopa letaliteta od moždanog udara (izračunava se kao broj bolesnika umrlih od moždanog udara (I60-I64) na odeljenjima internističkih grana medicine posle prijema na odeljenje podeljen sa brojem lečenih od iste bolesti na tim odeljenjima i pomnožen sa 100);

3) Prosečna dužina bolničkog lečenja pacijenata sa akutnim infarktom miokarda (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja pacijenata sa akutnim infarktom miokarda (I21-I22) na odeljenjima internističkih grana medicine podeljen sa brojem hospitalizacija zbog infarkta miokarda na tim odeljenjima);

4) Prosečna dužina bolničkog lečenja kod pacijenata sa moždanim udarom (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja pacijenata sa moždanim udarom (I60-I64) na odeljenjima internističkih grana medicine podeljen sa brojem hospitalizacija zbog moždanog udara na tim odeljenjima);

5) Procenat ponovnih hospitalizacija pacijenata sa akutnim infarktom miokarda u roku od 30 dana od otpusta iz bolnice sa istom dijagnozom (izračunava se kao broj ponovnih hospitalizacija pacijenata sa akutnim infarktom miokarda (I21-I22) u roku od 30 dana od otpusta iz bolnice sa istom dijagnozom podeljen sa brojem otpuštenih pacijenata sa infarktom miokarda i pomnožen sa 100);

6) Procenat ponovnih hospitalizacija pacijenata sa moždanim udarom u roku od 30 dana od otpusta iz bolnice sa istom dijagnozom (izračunava se kao broj ponovnih hospitalizacija pacijenata sa moždanim udarom (I60-I64) u roku od 30 dana od otpusta iz bolnice sa istom dijagnozom podeljen sa brojem otpuštenih pacijenata sa moždanim udarom i pomnožen sa 100);

7) Stopa letaliteta nakon perkutane koronarne intervencije (izračunava se kao broj bolesnika umrlih nakon perkutane koronarne intervencije podeljen sa ukupnim brojem pacijenata kojima je urađena perkutana koronarna intervencija i pomnožen sa 100);

8) Prosečno vreme čekanja na početak sistemske antineoplastične terapije (uključuje sve sistemske terapije izuzev postoperativne sistemske terapije) (izračunava se kao ukupan broj dana od postavljanja indikacije za sistemsko lečenje (odluka multidisciplinarnog tima - onkološkog konzilijuma - komisije da je indikovana hemioterapija, hormonoterapija ili biološka terapija) do početka preoperativne, odnosno neoadjuvantne terapije, odnosno do početka sistemske terapije za metastatsku bolest, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata koji su započeli sistemsku terapiju);

9) Prosečno vreme čekanja na početak postoperativnog sistemske antineoplastičnog lečenja (izračunava se kao ukupan broj dana od postavljanja indikacije za sistemsko postoperativno lečenje (odluka multidisciplinarnog tima - onkološkog

konzilizuma - komisije da je indikovana hemioterapija, hormonoterapija ili biološka terapija) do početka postoperativne, odnosno adjuvantne terapije, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata koji su započeli sistemsku postoperativnu terapiju (uključuje sve sistemske terapije nakon operacije));

10) Procenat pacijenata koji su započeli radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom dojke (izračunava se kao broj pacijenata koji su započeli radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom dojke, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata koji su započeli radioterapiju za karcinom dojke i pomnožen sa 100);

11) Procenat pacijentkinja koje su započele radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom grlića materice (izračunava se kao broj pacijentkinja koje su započele radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom grlića materice, podeljen sa ukupnim brojem pacijentkinja koje su započele radioterapiju za karcinom grlića materice i pomnožen sa 100);

12) Procenat pacijenata koji su započeli radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom prostate (izračunava se kao broj pacijenata koji su započeli radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom prostate, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata koji su započeli radioterapiju za karcinom prostate i pomnožen sa 100);

13) Procenat pacijenata muškog pola koji su započeli radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom pluća (izračunava se kao broj pacijenata koji su započeli radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom pluća, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata koji su započeli radioterapiju za karcinom pluća i pomnožen sa 100);

14) Procenat pacijentkinja koje su započele radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom pluća (izračunava se kao broj pacijentkinja koje su započele radioterapiju u roku od 28 dana od postavljanja indikacije za radioterapiju za karcinom pluća, podeljen sa ukupnim brojem pacijentkinja koji su započeli radioterapiju za karcinom pluća i pomnožen sa 100).

## **b) Hirurške grane medicine**

### **Član 11**

Pokazatelji kvaliteta koji se prate u hirurškim granama medicine jesu:

1) Stopa letaliteta operisanih pacijenata (izračunava se kao broj umrlih operisanih pacijenata podeljen sa ukupnim brojem operisanih i pomnožen sa 1000);

2) Procenat pacijenata koji su dobili sepsu posle operacije (izračunava se kao broj pacijenata koji su posle operacije dobili sepsu (A021, A207, A227, A267, A327, A427, B337, A329, A394, A40 i A41) podeljen sa brojem operisanih pacijenata i pomnožen sa 100);

3) Stopa letaliteta nakon koronarne hirurgije (izračunava se kao broj pacijenata umrlih nakon koronarne hirurgije tokom hospitalizacije, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata kojima je urađena koronarna hirurška intervencija i pomnožen sa 1000);

4) Stopa letaliteta nakon preloma gornjeg okrajka femura (izračunava se kao broj pacijenata umrlih u bolnici nakon preloma gornjeg okrajka femura (S72), podeljen sa ukupnim brojem hospitalizovanih pacijenata sa prelomom gornjeg okrajka femura i pomnožen sa 1000);

5) Procenat ponovnih hospitalizacija u roku od 30 dana nakon otpusta iz bolnice pacijenata sa koronarnom hirurškom intervencijom (izračunava se kao broj ponovnih, neplaniranih hospitalizacija pacijenata sa koronarnom hirurškom intervencijom u roku od 30 dana od otpusta iz bolnice nakon navedene intervencije podeljen sa brojem otpuštenih pacijenata sa koronarnom hirurškom intervencijom i pomnožen sa 100);

6) Stopa ponovnih hospitalizacija u roku od 30 dana nakon otpusta iz bolnice pacijenata sa artroplastikom kuka usled koksartroze (izračunava se kao broj ponovnih, neplaniranih hospitalizacija pacijenata sa artroplastikom usled koksartroze (M16), u roku od 30 dana od otpusta iz bolnice nakon navedene intervencije podeljen sa brojem otpuštenih pacijenata sa artroplastikom kuka (usled koksartroze) i pomnožen sa 100);

7) Procenat pacijenata koji su operisani u roku od 48 sati od prijema zbog preloma gornjeg okrajka femura (izračunava se kao ukupan broj pacijenata koji su operisani u roku od 48 sati od prijema zbog preloma gornjeg okrajka femura (S72), podeljen sa ukupnim brojem pacijenata kod kojih je prelom gornjeg okrajka femura zbrinut operativno);

8) Prosečna dužina hospitalizacije za laparoskopsku holecistektomiju (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja pacijenata zbog planirane laparoskopске holecistektomije, podeljen sa brojem otpuštenih pacijenata kod kojih je urađena elektivna laparoskopска holecistektomija);

9) Prosečna dužina hospitalizacije zbog planirane ugradnje endoproteze kuka (izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja pacijenata zbog planirane ugradnje endoproteze kuka usled koksartroze (M16), podeljen sa brojem otpuštenih operisanih pacijenata kod kojih je urađena elektivna artroplastika);

10) Procenat pacijenata kod kojih je katarakta operisana u okviru jednodnevne hirurgije (izračunava se kao ukupan broj pacijenata kod kojih je operacija katarakte (H25-H28), urađena u okviru jednodnevne hirurgije, podeljen sa ukupnim brojem pacijenata kojima je operisana katarakta i pomnožen sa 100);

11) Procenat pacijenata kod kojih operacija ingvinalne hernije urađena u okviru jednodnevne hirurgije (izračunava se kao ukupan broj pacijenata kod kojih je operacija ingvinalne hernije (K40), urađena u okviru jednodnevne hirurgije podeljen sa ukupnim brojem pacijenata kojima je operisana preponska hernija i pomnožen sa 100).

## **v) Ginekologija i akušerstvo**

### **Član 12**

Pokazatelji kvaliteta koji se prate u ginekologiji i akušerstvu jesu:

- 1) Procenat porodilja koje su imale povredu pri porođaju (izračunava se kao broj porodilja koje su imale povredu nastalu pri porođaju (O70-O71), podeljen sa ukupnim brojem porodilja pomnožen sa 100);
- 2) Procenat novorođenčadi koja su imala povredu pri rađanju (izračunava se kao broj novorođenčadi koja su imala povredu nastalu pri rađanju (P10-P15), podeljen sa ukupnim brojem novorođenčadi i pomnožen sa 100);
- 3) Procenat porođaja obavljenih carskim rezom (izračunava se kao broj porođaja obavljenih carskim rezom (O82), podeljen sa ukupnim brojem porođaja i pomnožen sa 100);
- 4) Prosečna dužina hospitalizacije nakon vaginalnog porođaja (izračunava se kao broj dana hospitalizacije porodilja nakon vaginalnog porođaja (O80-O80.9), podeljen sa brojem tih porodilja);
- 5) Prosečna dužina hospitalizacije nakon carskog reza (izračunava se kao broj dana hospitalizacije nakon carskog reza (dan operacije se računa kao prvi dan, a dan otpusta kao poslednji dan hospitalizacije) kod porodilja koje su imale porođaj carskim rezom (O82), podeljen sa brojem porodilja koje su imale carski rez);
- 6) Procenat novorođene dece kojima je omogućeno prisustvo uz majku 24 sata dnevno (izračunava se kao broj novorođene dece kojima je omogućeno prisustvo uz majku 24 sata dnevno podeljen sa ukupnim brojem novorođene dece i pomnožen sa 100);
- 7) Procenat novorođene dece kojoj je omogućen kontakt "koža na kožu" (izračunava se kao broj novorođene dece kojoj je omogućen kontakt "koža na kožu" u porodilištu - nakon porođaja u trajanju 30-60 minuta podeljen sa ukupnim brojem novorođene dece i pomnožen sa 100);
- 8) Procenat novorođene dece koja su stavljena na dojk u prvom satu života (izračunava se kao broj novorođene dece kojoj je omogućen podoj u prvom satu po rođenju podeljen sa ukupnim brojem novorođene dece i pomnožen sa 100);
- 9) Procenat isključivo dojene novorođenčadi do 48 sati po rođenju (izračunava se kao broj novorođene dece koja su isključivo dojena od prvog do 48. sata po rođenju podeljen sa ukupnim brojem novorođene dece i pomnožen sa 100);
- 10) Procenat porođaja obavljenih u epiduralnoj anesteziji (izračunava se kao broj porođaja obavljenih u epiduralnoj anesteziji podeljen sa ukupnim brojem porođaja i pomnožen sa 100);
- 11) Procenat novorođenčadi obuhvaćene neonatalnim skriningom sluha testom evocirane otoakustičke emisije (TEOAE) (izračunava se kao broj novorođene dece koja su obuhvaćena TEOAE obostrano u porodilištu podeljen sa ukupnim brojem novorođene dece i pomnožen sa 100).

## **3. Bezbednost pacijenta**

### **Član 13**

Bezbednost pacijenta predstavlja identifikaciju, analizu i korekciju rizičnih događaja, sa ciljem da se zdravstvena zaštita učini bezbednijom i da se rizik po pacijenta svede na najmanji mogući nivo.

### **Član 14**

Pokazatelji kvaliteta koji se odnose na bezbednost pacijenata jesu:

- 1) Stopa padova pacijenata (izračunava se kao broj svih padova pacijenata nastalih tokom hospitalizacije podeljen sa brojem dana hospitalizacije i pomnožen sa 1000);
- 2) Stopa pacijenata sa dekubitusima (izračunava se kao broj pacijenata kod kojih je tokom bolničkog lečenja došlo do pojave dekubitusa (L89), podeljeno sa brojem otpuštenih pacijenata i pomnožen sa 1000);
- 3) Stopa komplikacija nastalih usled davanja anestezije u zdravstvenoj ustanovi (izračunava se kao broj komplikacija kod pacijenata koje su nastale usled davanja svih vrsta anestezije (T41, T44, T88 i Y40-Y84) u zdravstvenoj ustanovi podeljeno sa brojem operisanih pacijenata pomnožen sa 1000);
- 4) Broj ponovljenih operacija u istoj regiji zbog zaostalog stranog tela (izveštava se kao apsolutni broj ponovljenih operacija u istoj regiji zbog zaostalog stranog tela (T81.5));
- 5) Broj ponovljenih operacija u istoj regiji zbog krvarenja (izveštava se kao apsolutni broj ponovljenih operacija u istoj regiji zbog krvarenja (T81.0));

- 6) Stopa mehaničkih jatrogenih oštećenja nastalih prilikom hirurške intervencije (izračunava se kao broj mehaničkih jatrogenih oštećenja (T81, Y60-Y69) nastalih prilikom hirurške intervencije obavljene u hirurškoj sali podeljen sa brojem hirurških intervencija obavljenih u hirurškim salama i pomnožen sa 1000);
- 7) Stopa pacijenata sa perioperativnom plućnom tromboembolijom ili trombozom dubokih vena (izračunava se kao broj pacijenata sa perioperativnom plućnom tromboembolijom ili trombozom dubokih vena (I26.0, I26.9, I80.1-I80.9, I82.8-I82.9) podeljen sa brojem otpuštenih operisanih pacijenata i pomnožen sa 1000);
- 8) Broj hirurških intervencija koje su urađene na pogrešnom pacijentu, pogrešnoj strani tela i pogrešnom organu (izveštava se kao apsolutni broj intervencija koje su urađene na pogrešnom pacijentu, pogrešnoj strani tela i pogrešnom organu, bez navođenja o kojoj grešci je reč);
- 9) Stopa incidencije bolničkih infekcija u jedinici intenzivne nege zdravstvene ustanove (izračunava se kao broj bolničkih infekcija u jedinici intenzivne nege podeljen sa brojem hospitalizovanih pacijenata na tom odeljenju i pomnožen sa 100);
- 10) Stopa incidencije infekcija operativnog mesta (izračunava se kao broj pacijenata sa infekcijom operativnog mesta prema klasi mikrobne kontaminacije podeljen sa brojem operisanih pacijenata iste klase kontaminacije i pomnožen sa 100);
- 11) Stopa dehiscencije rane (izračunava se kao broj pacijenata sa dehiscencijom (disrupcijom) operativne rane (T81.3), podeljen sa brojem operisanih pacijenata i pomnožen sa 1000);
- 12) Broj transfuzijskih reakcija (izveštava se kao apsolutni broj transfuzijskih reakcija (T80.3, T80.4, T80.8, T80.9, kao i Y60.1 (u toku davanja transfuzije) i Y65.0);
- 13) Stopa infekcija krvi kod kojih je izolovan meticilin-rezistentan Staphylococcus Aureus (MRSA) (izračunava se kao broj pacijenata sa infekcijom krvi kod kojih je izolovan MRSA (U801 - agens rezistentan na meticilin), podeljen sa brojem otpuštenih pacijenata i pomnožen sa 1000);
- 14) Stopa intestinalnih infekcija kod kojih je izolovan Clostridium difficile (izračunava se kao broj pacijenata sa intestinalnom infekcijom kod kojih je izolovan Clostridium difficile, (A047), podeljen sa brojem otpuštenih pacijenata i pomnožen sa 1000);
- 15) Radioterapija pogrešne regije tela (izračunava se kao apsolutni broj radioterapija koje su primenjene na pogrešnoj regiji tela).

#### **4. Zadovoljstvo korisnika uslugama zdravstvene službe**

##### **Član 15**

Zdravstvene ustanove su u obavezi da:

- 1) istaknu obaveštenje o vrsti zdravstvenih usluga koje se pacijentu kao osiguraniku obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a koje su delatnost zdravstvene ustanove;
- 2) istaknu obaveštenje o zdravstvenim uslugama koje se ne obezbeđuju na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, a u skladu sa propisom kojim se uređuje sadržaj, obim i standard prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 3) istaknu obaveštenje o vidovima i iznosu učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite, kao i oslobađanje od plaćanja učešća;
- 4) istaknu cenovnik zdravstvenih usluga koje se ne obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a koje pacijenti plaćaju iz svojih sredstava;
- 5) postave kutije za primedbe i prigovore pacijenata;
- 6) istaknu spisak lekara koji mogu biti izabrani lekari, a koje pacijenti mogu izabrati, kao i njihovo radno vreme u zdravstvenim ustanovama primarne zdravstvene zaštite, a u specijalističko-konsultativnim službama, kao i u savetovalištimu u ustanovama svih nivoa zdravstvene zaštite istaknut spisak lekara koji rade i njihovo radno vreme;
- 7) obave istraživanje zadovoljstva korisnika uslugama zdravstvene zaštite;
- 8) urade analizu o sprovedenom istraživanju zadovoljstva korisnika u zdravstvenoj ustanovi, preduzetim merama i aktivnostima na stalnom unapređenju kvaliteta i rezultate istraživanja objave na svojoj internet stranici.

#### **5. Zadovoljstvo zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi**

##### **Član 16**

Zdravstvene ustanove su u obavezi da:

- 1) obave istraživanje zadovoljstva zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi;
- 2) urade analizu o sprovedenom istraživanju zadovoljstva zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi, preduzetim merama i aktivnostima na stalnom unapređenju kvaliteta i rezultata istraživanja objave na svojoj internet stranici.

#### **6. Komisija za unapređenje kvaliteta rada**



## Član 17

Komisija za unapređenje kvaliteta rada stara se o stalnom unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama.

Komisija za unapređenje kvaliteta rada je u obavezi da:

- 1) donosi godišnji plan praćenja pokazatelja kvaliteta zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi do 31. decembra tekuće godine za narednu godinu;
- 2) prati pokazatelje kvaliteta zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi;
- 3) sačinjava godišnji izveštaj o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, koji se dostavlja direktoru i nadležnom zavodu za javno zdravlje do 15. februara tekuće godine za prethodnu godinu;
- 4) predlaže mere za unapređenje kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi i unapređenje kvaliteta rada zdravstvene ustanove;
- 5) donosi godišnji plan unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, na osnovu godišnjeg izveštaja o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite i godišnjeg plana unapređenja kvaliteta stručnog rada, koji se dostavlja direktoru zdravstvene ustanove do 1. marta tekuće godine.

## 7. Pokazatelji kvaliteta u apotekarskoj delatnosti

### Član 18

Apoteke na primarnom nivou zdravstvene zaštite prikupljaju podatke za izračunavanje i prate sledeće pokazatelje kvaliteta:

- 1) Broj prijava neželjenih reakcija na lek ili medicinsko sredstvo (izveštava se kao ukupan broj svih prijava godišnje po zdravstvenoj ustanovi);
- 2) Broj prijava sumnje u kvalitet, odnosno odstupanja od standarda kvaliteta leka ili medicinskog sredstva (izveštava se kao ukupan broj prijava godišnje po zdravstvenoj ustanovi);
- 3) Usklađivanje terapije sa lekarom za pacijente sa pet i više lekova u terapiji (vodi se kroz Knjigu intervencija farmaceuta<sup>2</sup>, a izveštava se kao broj intervencija po farmaceutu godišnje);
- 4) Pružanje saveta i demonstracija pravilne primene leka pacijentima na insulinskoj terapiji (evidentira se kroz napomenu u e-receptu, vodi se kroz Knjigu intervencija farmaceuta, a izračunava se kao broj recepata sa insulinskom terapijom koji su izdati uz terapijsku intervenciju podeljen sa ukupnim brojem izdatih recepata sa insulinskom terapijom i pomnožen sa 100);
- 5) Pružanje saveta i demonstracija pravilne primene leka pacijentima sa inhalacionom terapijom (evidentira se kroz napomenu u e-receptu, vodi se kroz Knjigu intervencija farmaceuta, a izračunava se kao broj recepata sa inhalacionom terapijom koji su izdati uz terapijsku intervenciju podeljen sa ukupnim brojem izdatih recepata sa inhalacionom terapijom i pomnožen sa 100).

Apoteke u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju stacionarnu delatnost prikupljaju podatke i prate sledeće pokazatelje:

- 1) Broj prijava neželjenih reakcija na lek ili medicinsko sredstvo (izveštava se kao ukupan broj svih prijava godišnje po zdravstvenoj ustanovi);
- 2) Broj prijava sumnje u kvalitet, odnosno odstupanja od standarda kvaliteta leka ili medicinskog sredstva (izveštava se kao ukupan broj prijava godišnje po zdravstvenoj ustanovi);
- 3) Broj internih edukacija zdravstvenim radnicima o bezbednoj pripremi i primeni leka i medicinskog sredstva (izveštava se kao ukupan broj održanih internih edukacija u zdravstvenoj ustanovi);
- 4) Broj pruženih informacija i uputstava zdravstvenim radnicima o bezbednoj pripremi i primeni leka i medicinskog sredstva po zahtevu (izveštava se kao ukupan broj pruženih informacija po zahtevu u zdravstvenoj ustanovi);
- 5) Pregled i usklađivanje intrahospitalne primene antimikrobne terapije na odeljenju intenzivne nege (izračunava se kao broj intervencija podeljen sa ukupnim brojem pacijenata u intenzivnoj nezi i pomnožen sa 100).

<sup>2</sup> Knjigu intervencija farmaceuta - katalog i evidencioni list izrađuje Farmaceutska komora Srbije.

## 8. Pokazatelji kvaliteta vođenja lista čekanja

### Član 19

Zdravstvene ustanove prikupljaju podatke za izračunavanje pokazatelja kvaliteta za sve vrste zdravstvenih usluga koje su definisane opštim aktom o listama čekanja:

- 1) Broj novih pacijenata stavljenih na listu čekanja u prethodnoj godini za svaku zdravstvenu uslugu za koju se vodi lista čekanja (izveštava se kao apsolutni broj novih pacijenata stavljenih na listu čekanja u prethodnoj godini - za svaku zdravstvenu uslugu za koju se vodi lista čekanja);

2) Procenat pruženih zdravstvenih usluga sa liste čekanja u odnosu na ukupni broj pruženih zdravstvenih usluga te vrste u prethodnoj godini (izračunava se kao broj pruženih zdravstvenih usluga sa liste čekanja podeljen sa ukupnim brojem izvršenih istih zdravstvenih usluga u prethodnoj godini u zdravstvenoj ustanovi i pomnožen sa 100);

3) Prosečna dužina čekanja za određenu zdravstvenu uslugu na nivou zdravstvene ustanove (izračunava se kao zbir broja dana provedenih na listi čekanja od momenta upisivanja na listu čekanja za određenu zdravstvenu uslugu do momenta pružanja te zdravstvene usluge podeljen sa brojem pacijenata sa liste čekanja kojima su pružene te iste zdravstvene usluge u prethodnoj godini);

4) Broj pacijenata na listi čekanja za svaku zdravstvenu uslugu za koju se vode liste čekanja (izračunava se kao apsolutni broj pacijenata na listi čekanja na dan 31. decembra prethodne godine za svaku zdravstvenu uslugu za koju se vode liste čekanja);

5) Vreme čekanja (u danima) tokom kojeg je polovini pacijenata pružena zdravstvena usluga za koju se vode liste čekanja na nivou zdravstvene ustanove (izračunava se kao medijana broja dana čekanja pojedinačnih pacijenata od momenta stavljanja na listu čekanja do momenta pružanja te zdravstvene usluge u prethodnoj godini);

6) Vreme čekanja (u danima) tokom kojeg je 90% pacijenata dobilo zdravstvenu uslugu za koju se vode liste čekanja na nivou zdravstvene ustanove (izračunava se kao 90-ti percentil broja dana čekanja pojedinačnih pacijenata od momenta stavljanja na listu čekanja do momenta pružanja te zdravstvene usluge u prethodnoj godini).

## **9. Dostavljanje podataka o pokazateljima kvaliteta**

### **Član 20**

Prikupljanje podataka i izračunavanje vrednosti pokazatelja vrši se u skladu sa stručno metodološkim uputstvom.

Zavod za javno zdravlje osnovan za teritoriju Republike Srbije godišnje dostavlja izveštaj o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite ministarstvu nadležnom za poslove zdravlja.

## **III SPROVOĐENJE UNUTRAŠNJE I SPOLJNE PROVERE KVALITETA STRUČNOG RADA**

### **1. Uslovi, način, organizacija sprovođenja unutrašnje i spoljne provere kvaliteta stručnog rada**

#### **Član 21**

Mere i aktivnosti zdravstvene zaštite moraju biti zasnovane na naučnim dokazima, bezbedne, delotvorne i efikasne, u skladu sa stručnim standardima, usvojenim vodičima dobre prakse, protokolima lečenja i načelima profesionalne etike.

Provera kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, drugog pravnog lica i privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika (u daljem tekstu: provera kvaliteta stručnog rada), sprovodi se radi ocene da li mere i aktivnosti zdravstvene zaštite, koje se sprovode u skladu sa savremenim dostignućima medicinske, stomatološke i farmaceutske nauke i prakse i etičkim načelima, povećavaju mogućnost povoljnog ishoda i smanjuju rizik nastanka neželjenih posledica po zdravlje i zdravstveno stanje pojedinca i zajednice u celini.

#### **Član 22**

Provera kvaliteta stručnog rada vrši se kao unutrašnja i spoljna provera kvaliteta stručnog rada, a može biti redovna i vanredna.

#### **a) Unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada**

##### **Član 23**

Redovna unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada sprovodi se na osnovu godišnjeg programa unutrašnje provere kvaliteta stručnog rada, koji u zdravstvenoj ustanovi donosi stručni savet, u drugom pravnom licu rukovodilac, a u privatnoj praksi osnivač.

Redovnu unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada sprovodi stručni rukovodilac organizacione jedinice u zdravstvenoj ustanovi.

##### **Član 24**

O redovnoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada sačinjava se zapisnik koji sadrži ime lica koje vrši proveru kvaliteta stručnog rada, datum vršenja provere, medicinske mere i aktivnosti koje su predmet provere, zapažanja lica koje vrši proveru, uočene nedostatke, kao i mere koje se predlažu radi otklanjanja uočenih nedostataka.

##### **Član 25**

Na osnovu zapisnika stručni rukovodilac organizacione jedinice sačinjava izveštaj o sprovedenoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada organizacione jedinice.

## **Član 26**

Izveštaj iz člana 25. ovog pravilnika sačinjava se na Obrascu 1. iz člana 42. ovog pravilnika, a sadrži utvrđeno činjenično stanje, predložene i preduzete mere za otklanjanje uočenih nedostataka.

Stručni rukovodilac organizacione jedinice dostavlja stručnom savetu zdravstvene ustanove tromesečni izveštaj o sprovedenoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada.

Stručni rukovodilac organizacione jedinice u sastavu šire organizacione jedinice sačinjava i mesečno dostavlja izveštaj o sprovedenoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada stručnom rukovodiocu šire organizacione jedinice u čijem sastavu je organizaciona jedinica za koju se izveštaj podnosi.

## **Član 27**

Stručni savet zdravstvene ustanove sačinjava godišnji izveštaj o sprovođenju unutrašnje provere kvaliteta stručnog rada u zdravstvenoj ustanovi i predlaže mere za unapređenje kvaliteta stručnog rada.

Izveštaj iz stava 1. ovog člana stručni savet dostavlja direktoru zdravstvene ustanove do 31. januara tekuće godine za prethodnu godinu.

## **Član 28**

U slučaju uočenih nedostataka, koji nisu otklonjeni preduzetim merama stručnih rukovodilaca organizacionih jedinica, direktor zdravstvene ustanove preduzima mere radi otklanjanja nedostataka i utvrđuje rokove za izvršenje mere.

## **Član 29**

Vanrednu unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada u zdravstvenoj ustanovi, odnosno drugom pravnom licu sprovodi, na zahtev ovlašćenih lica, komisija za vanrednu unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada, koju imenuje direktor zdravstvene ustanove, odnosno rukovodilac drugog pravnog lica.

## **Član 30**

Za člana komisije određuje se zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik sa najmanje istim stepenom obrazovanja, odnosno naučnog zvanja koje ima stručni rukovodilac odgovarajuće organizacione jedinice nad kojom se sprovodi nadzor, odnosno koje ima zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik nad čijim stručnim radom se vrši provera kvaliteta.

## **Član 31**

Zahtev za vanrednu unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada zdravstvenog radnika, zdravstvenog saradnika, odnosno organizacione jedinice, mogu podneti:

- 1) direktor zdravstvene ustanove;
- 2) stručni savet;
- 3) komisija za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite;
- 4) rukovodilac drugog pravnog lica;
- 5) osnivač privatne prakse;
- 6) zdravstveni inspektor;
- 7) farmaceutski inspektor.

Komisija za vanrednu unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada, najkasnije u roku od pet radnih dana od dana podnošenja zahteva, dostavlja izveštaj o sprovedenoj vanrednoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada podnosiocu zahteva i direktoru zdravstvene ustanove, odnosno rukovodiocu drugog pravnog lica.

## **Član 32**

Vanrednu unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada u privatnoj praksi sprovodi osnivač privatne prakse.

## **Član 33**

Izveštaj o sprovedenoj vanrednoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada u privatnoj praksi osnivač privatne prakse dostavlja podnosiocu zahteva za vanrednu unutrašnju proveru kvaliteta stručnog rada.

## **Član 34**

Izveštaj iz člana 33. ovog pravilnika sačinjava se na Obrascu 2., a sadrži podatke o utvrđenom činjeničnom stanju, uočenim nedostacima i propustima, stručno mišljenje o posledici po zdravlje pacijenta, kao i predloge za otklanjanje uočenih nedostataka i propusta.

Direktor zdravstvene ustanove, rukovodilac drugog pravnog lica, odnosno osnivač privatne prakse dužan je da u roku od pet radnih dana razmotri izveštaj i postupi po predlozima za otklanjanje uočenih nedostataka i propusta.

## **b) Spoljna provera kvaliteta stručnog rada**

### **Član 35**

Redovna spoljna provera kvaliteta stručnog rada sprovodi se na osnovu godišnjeg plana redovne spoljne provere kvaliteta stručnog rada, koji donosi ministar nadležan za poslove zdravlja.

Redovna spoljna provera sprovodi se u skladu sa stručno-metodološkim uputstvom koje donose komore zdravstvenih radnika (u daljem tekstu: stručno metodološko uputstvo).

### **Član 36**

Sprovođenju spoljne provere kvaliteta stručnog rada prisustvuje stručni rukovodilac organizacione jedinice u zdravstvenoj ustanovi, odnosno rukovodilac drugog pravnog lica, odnosno osnivač privatne prakse i zdravstveni radnici, odnosno zdravstveni saradnici nad čijim se radom vrši provera, a po potrebi i zahtevu stručnih nadzornika mogu prisustvovati i druga lica.

### **Član 37**

Stručni nadzornici (sa Lista stručnih nadzornika, koje odlukom donosi ministar nadležan za poslove zdravlja na predlog komora zdravstvenih radnika) sačinjavaju izveštaj o spoljnoj proveru kvaliteta stručnog rada koji sadrži utvrđeno činjenično stanje, uočene nedostatke i propuste u stručnom radu, stručno mišljenje o mogućim posledicama po zdravlje pacijenta, odnosno građana, kao i savete i predloge za otklanjanje uočenih nedostataka i propusta.

Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveru kvaliteta stručnog rada stručni nadzornici sačinjavaju na odgovarajućem obrascu iz člana 42. stav 1. tač. 3-10. ovog pravilnika.

Izveštaj o vanrednoj spoljnoj proveru kvaliteta stručnog rada stručni nadzornici sačinjavaju na Obrascu 11. iz člana 42. stav 1. ovog pravilnika.

Izveštaj stručnih nadzornika dostavlja se u roku od deset radnih dana od dana završetka redovne i vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada:

- 1) ministru nadležnom za poslove zdravlja;
- 2) zdravstvenoj ustanovi, drugom pravnom licu i privatnoj praksi, u kojoj je zaposlen, odnosno radno angažovan zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik nad čijim radom je izvršena spoljna provera kvaliteta stručnog rada;
- 3) zdravstvenom radniku, odnosno zdravstvenom saradniku nad čijim radom je izvršena spoljna provera kvaliteta stručnog rada;
- 4) nadležnoj komori zdravstvenih radnika;
- 5) podnosiocu zahteva za sprovođenje vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada.

Izveštaj iz st. 2. i 3. ovog člana dostavlja se ministru nadležnom za poslove zdravlja u skladu sa stručno-metodološkim uputstvom.

### **Član 38**

Zdravstvena ustanova, drugo pravno lice, privatna praksa, zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik, nad čijim radom je sprovedena spoljna provera kvaliteta stručnog rada, može podneti ministru nadležnom za poslove zdravlja primedbe na izveštaj stručnih nadzornika u roku od pet radnih dana od dana dostavljanja izveštaja.

Zdravstvena ustanova, drugo pravno lice, odnosno privatna praksa nad čijim radom je sprovedena spoljna provera kvaliteta stručnog rada, koja nije podnela primedbe, odnosno čije primedbe nisu usvojene, dostavlja ministru nadležnom za poslove zdravlja izveštaj o postupanju i preduzetim merama po savetima i predlozima za otklanjanje uočenih nedostataka i propusta iz izveštaja stručnih nadzornika, u roku od deset radnih dana od dana dostavljanja izveštaja, odnosno od dana dostavljanja obaveštenja o neusvajanju primedaba na izveštaj.

### **Član 39**

Vanredna spoljna provera kvaliteta stručnog rada sprovodi se na osnovu zahteva:

- 1) građanina;
- 2) privrednog društva;
- 3) ustanove;
- 4) organizacije zdravstvenog osiguranja;
- 5) državnog organa.

## Član 40

Ministarstvo nadležno za poslove zdravlja razmatra opravdanost zahteva ovlašćenog podnosioca, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležne republičke stručne komisije i o donetoj odluci obaveštava podnosioca.

U slučaju donošenja odluke o prihvatanju zahteva za sprovođenje vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada ministar nadležan za poslove zdravlja donosi rešenje o sprovođenju vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada, koje je konačno i protiv koga se može pokrenuti upravni spor.

Zdravstvena ustanova, drugo pravno lice, odnosno privatna praksa, kao i zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik, dužni su da sarađuju sa stručnim nadzornicima, kao i da im dostave sve podatke i dokumentaciju potrebnu za sprovođenje spoljne provere kvaliteta stručnog rada.

## Član 41

Za sprovođenje vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada stručnim nadzornicima se dostavlja i zahtev podnosioca iz člana 39. ovog pravilnika.

## 2. Obrasci izveštaja

### Član 42

U postupcima provere kvaliteta stručnog rada sačinjavaju se:

1. Izveštaj o redovnoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada (Obrazac 1);
2. Izveštaj o vanrednoj unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada (Obrazac 2);
3. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada za primarni nivo zdravstvene zaštite - Lekarska komora Srbije (Obrazac 3);
4. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite - Lekarska komora Srbije (Obrazac 4);
5. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada u oblasti dentalne medicine - Stomatološka komora Srbije (Obrazac 5);
6. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada laboratorijske dijagnostike u oblasti biohemije sa hematologijom i imunohemijom - Komora biohemičara Srbije (Obrazac 6);
7. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada za primarni nivo apotekarske delatnosti - Farmaceutska komora Srbije (Obrazac 7);
8. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada apotekarske delatnosti u zdravstvenim ustanovama sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite - Farmaceutska komora Srbije (Obrazac 8);
9. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada za primarni nivo zdravstvene zaštite - Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara (Obrazac 9);
10. Izveštaj o redovnoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite - Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara (Obrazac 10);
11. Izveštaj o vanrednoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada (Obrazac 11).

Obrasci iz stava 1. ovog člana odštampani su uz ovaj pravilnik i čine njegov sastavni deo.

## 3. Mere koje se preduzimaju za otklanjanje uočenih nedostataka

### Član 43

Radi otklanjanja uočenih nedostataka u stručnom radu, u postupku unutrašnje provere kvaliteta stručnog rada zdravstvene ustanove, stručni rukovodioci organizacionih jedinica i direktor zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, mogu:

- naložiti otklanjanje utvrđenih nedostataka u određenom roku;
- privremeno zabraniti obavljanje određenih poslova zdravstvene zaštite zdravstvenom radniku, odnosno zdravstvenom saradniku kod kojeg je utvrđen nedostatak u stručnom radu;
- zatražiti proveru stručne osposobljenosti zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;
- zatražiti proveru zdravstvene sposobnosti zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika;
- predložiti, odnosno pokrenuti postupak radi utvrđivanja disciplinske odgovornosti zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika;

- preduzeti druge mere u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

#### Član 44

Ministar nadležan za poslove zdravlja razmatra izveštaj o sprovedenoj spoljnoj proveri kvaliteta stručnog rada, predložene mere stručnih nadzornika i primedbe na izveštaj stručnih nadzornika.

Pre preduzimanja mera iz člana 45. ovog pravilnika, ministar nadležan za poslove zdravlja može zatražiti dopunu izveštaja ili izjašnjavanje stručnih nadzornika, a stručni nadzornici su u obavezi da dopunu dostave u roku od pet dana.

Dopunu izveštaja ili izjašnjavanje stručnih nadzornika ministar nadležan za poslove zdravlja može zatražiti u slučaju kad sačinjenom izveštaju nedostaje propisani sadržaj, a posebno, ako ne sadrži stručno mišljenje o mogućim posledicama po zdravlje pacijenta, odnosno građana.

#### Član 45

Po razmatranju izveštaja stručnih nadzornika, podnetih primedaba, kao i izveštaja zdravstvene ustanove, drugog pravnog lica, odnosno privatne prakse o postupanju i preduzetim merama po savetima i predlozima iz izveštaja stručnih nadzornika za otklanjanje uočenih nedostataka i propusta, ministar nadležan za poslove zdravlja rešenjem preduzima mere, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, a koje uključuju:

- 1) Zabranu obavljanja zdravstvene delatnosti zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi;
- 2) Zabranu, potpunu ili delimičnu, obavljanja zdravstvene delatnosti organizacionom delu zdravstvene ustanove, drugog pravnog lica, odnosno privatne prakse;
- 3) Zabranu, potpunu ili delimičnu, obavljanja određenih poslova zdravstvene delatnosti zdravstvenoj ustanovi, drugom pravnom licu, odnosno privatnoj praksi;
- 4) Predlog nadležnoj komori da pokrene disciplinski postupak protiv zdravstvenog radnika, pod uslovima propisanim zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Zabrana obavljanja zdravstvene delatnosti iz stava 1. tač. 1)-3) ovog člana traje dok se ne otklone razlozi koji su doveli do izricanja zabrane.

### IV ZAVRŠNE ODREDBE

#### Član 46

Danom stupanja na snagu ovog pravilnika prestaje da važi Pravilnik o proveri kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika ("Službeni glasnik RS", broj 35/11) i Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite ("Službeni glasnik RS", broj 49/10).

#### Član 47

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije".

**Obrasci 1-11, koji su sastavni deo ovog pravilnika, objavljene u "Sl. glasniku RS", br. 123/2021, možete pogledati [OVDE](#)**