

ПРАВИЛНИК

о показатељима квалитета здравствене заштите и о провери квалитета стручног рада

"Службени гласник РС", број 123 од 15. децембра 2021.

I. УВОДНА ОДРЕДБА

Члан 1.

Овим правилником утврђују се показатељи квалитета здравствене заштите и уређују услови, начин, организација спровођења унутрашње и спољне провере квалитета стручног рада, обрасци извештаја, мере које се предузимају за отклањање уочених недостатака и друга питања од значаја за спровођење провере квалитета стручног рада здравствених установа, другог правног лица и приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника.

II. ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Члан 2.

Под показатељем квалитета здравствене заштите подразумева се статистичка и квантитативна мера процеса и исхода здравствене заштите која се користи за праћење, евалуацију и унапређење квалитета лечења и здравствене неге пацијената. Показатељи квалитета здравствене заштите обухватају и показатеље квалитета рада здравствених установа и безбедности пацијената.

Члан 3.

Показатељи квалитета здравствене заштите утврђују се према нивоима здравствене делатности, врстама здравствених установа и медицинским гранама.

1. Показатељи квалитета здравствене заштите на примарном нивоу здравствене заштите

Члан 4.

Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обављају изабрани лекари у служби за здравствену заштиту одраслог становништва јесу:

1) Обухват регистрованих корисника старијих од 65 година вакцинацијом против сезонског грипа (израчунава се као број регистрованих корисника старијих од 65 година који су вакцинисани против сезонског грипа подељен са укупним бројем регистрованих корисника старијих од 65 година и помножен са 100);

2) Процент оболелих од повишеног крвног притиска (I10-I15) код којих је на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90 mmHg (израчунава се као број регистрованих корисника оболелих од повишеног крвног притиска (I10-I15 у складу са 10. ревизијом Међународне класификације болести (МКБ-10) СЗО¹) код којих је у претходној години на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90 mmHg подељен са укупним бројем регистрованих корисника оболелих од повишеног крвног притиска (I10-I15) којима је у претходној години обављен контролни преглед вредности крвног притиска и помножен са 100);

3) Процент оболелих од дијабетеса (E10-E14) којима је урађен годишњи преглед очног дна (израчунава се као број регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) којима је у претходних 12 месеци урађен преглед очног дна подељен са укупним бројем регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) и помножен са 100);

4) Процент оболелих од дијабетеса (E10-E14) код којих је бар једном одређена вредност гликозилираног хемоглобина (HbA1c) (израчунава се као број регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) код којих је у претходних 12

5) Процент регистрованих корисника од навршених 50 година до навршених 74 године обухваћених скринингом на карцином дебелог црева (којима је урађен имунохемијски тест на окултно крварење у столицу) (израчунава се као број регистрованих корисника старијих од 50 година до навршене 74 године којима је у претходних 12 месеци урађен имунохемијски тест на окултно крварење у столицу подељен са укупним бројем регистрованих корисника од навршених 50 година до навршене 74 године помножен са 100);

6) Обухват регистрованих корисника старијих од 18 година којима је процењен ризик за депресију (израчунава се као број регистрованих корисника старијих од 18 година којима је у претходној години урађен скрининг за депресију подељен са укупним бројем регистрованих корисника старијих од 18 година и помножен са 100);

7) Процент регистрованих корисника мушког пола од навршених 35 година и женског пола од навршених 45 година до навршених 69 година обухваћених скринингом кардиоваскуларног ризика (израчунава се као број регистрованих корисника мушког пола од навршених 35 година и женског пола од навршених 45 година до навршених 69 година којима је у претходних 12 месеци урађен скрининг за кардиоваскуларни ризик подељен са укупним бројем регистрованих корисника мушког пола од 35 година и женског пола од навршених 45 година до навршених 69 година и помножен са 100);

8) Процент регистрованих корисника са навршених 45 година код којих је у претходних 12 месеци процењен ризик за тип 2 дијабетеса (израчунава се као број регистрованих корисника са навршених 45 година код којих је у претходних 12 месеци процењен ризик за тип 2 дијабетеса подељен са укупним бројем регистрованих корисника са навршених 45 година који немају дијабетес (E10-E14) и помножен са 100);

9) Процент оболелих од дијабетеса (E10-E14) код којих је у претходних 12 месеци одређена вредност ЛДЛ холестерола (израчунава се као број регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) код којих је у претходних 12 месеци одређена вредност ЛДЛ холестерола подељен са укупним бројем регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) и помножен са 100);

10) Процент оболелих од дијабетеса (E10-E14) код којих је у претходних 12 месеци урађен преглед стопала (израчунава се као број регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) код којих је у претходних 12 месеци урађен преглед стопала, подељен са укупним бројем регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) и помножен са 100);

11) Процент регистрованих корисника старијих од 35 година са позитивним пушачким статусом (израчунава се као број регистрованих корисника којима је у претходној години убележен позитиван пушачки статус приликом превентивног и/или скрининг прегледа на ризик од дијабетеса и/или скрининг прегледа на ризик од кардиоваскуларних болести подељен са укупним бројем корисника старијих од 35 година и помножен са 100);

12) Процент регистрованих корисника старијих од 35 година са предгојазним и гојазним стањем (израчунава се као број регистрованих корисника којима је у претходној години убележен ИТМ преко 25 приликом превентивног и/или скрининг прегледа на ризик од дијабетеса и/или скрининг прегледа на ризик од кардиоваскуларних болести подељен са укупним бројем корисника старијих од 35 година и помножен са 100);

13) Процент регистрованих корисника старијих од 35 година са измереним повишеним крвним притиском преко 140/90 mmHg (израчунава се као број регистрованих корисника којима је у претходној години убележен крвни притисак преко 140/90 mmHg приликом превентивног и/или скрининг прегледа на ризик од дијабетеса и/или скрининг прегледа на ризик од кардиоваскуларних болести подељен са укупним бројем корисника старијих од 35 година и помножен са 100).

1 У даљем тексту шифре дијагноза које детаљније описују појединачне показатеље, наведене су у складу са 10. ревизијом Међународне класификације болести (МКБ-10) месеци бар једном одређена вредност гликозилираног хемоглобина (HbA1c) подељен са укупним бројем

регистрованих корисника оболелих од дијабетеса (E10-E14) и помножен са 100);

Члан 5.

Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар – доктор медицине специјалиста педијатрије у служби за здравствену заштиту деце и омладине јесу:

- 1) Процент искључиво дојене одојчади са навршена три месеца (израчунава се као број искључиво дојене одојчади са навршена три месеца подељен са укупним бројем прегледане одојчади са навршена три месеца и помножен са 100);
- 2) Обухват деце у 15. години живота комплетном имунизацијом (израчунава се као број деце у 15. години живота са комплетном имунизацијом подељен са укупним бројем регистроване деце у 15. години живота и помножен са 100);
- 3) Процент деце у трећој години живота која су вакцинисана у складу са правилником којим се уређује имунизација (у даљем тексту: Правилник), као и календаром обавезне имунизације (израчунава се као број деце у трећој години живота – са навршене две године живота, а пре почетка четврте године, која су вакцинисана у складу са Правилником и календаром обавезне имунизације подељен са укупним бројем регистроване деце у трећој години и помножен са 100);
- 4) Процент деце са навршених 14 година живота без деформитета кичменог стуба (израчунава се као број деце са навршених 14 година живота код којих није регистрован деформитет кичменог стуба (M40-M41) подељен са укупним бројем деце са навршених 14 години живота и помножен са 100);
- 5) Процент деце у седмој години са индексом телесне масе (ИТМ) изнад 97. перцентила за одговарајући узраст и пол (израчунава се као број деце у седмој години којој су извршена мерења висине и тежине и израчунат индекс телесне масе (ИТМ) изнад 97. перцентила за одговарајући узраст и пол, подељен са укупним бројем регистроване деце у седмој години и помножен са 100);
- 6) Процент деце у седмој години са индексом телесне масе (ИТМ) испод 3. перцентила за одговарајући узраст и пол (израчунава се као број деце у седмој години којој су извршена мерења висине и тежине и израчунат индекс телесне масе (ИТМ) испод 3. перцентила за одговарајући узраст и пол, подељен са укупним бројем регистроване деце у седмој години и помножен са 100);
- 7) Процент деце у дванаестој години са индексом телесне масе (ИТМ) изнад 97. перцентила за одговарајући узраст и пол (израчунава се као број деце у 12. години којој су извршена мерења висине и тежине и израчунат индекс телесне масе (ИТМ) изнад 97. перцентила за одговарајући узраст и пол,

подељен са укупним бројем регистроване деце у 12. години и помножен са 100).

8) Процент деце у 12. години са индексом телесне масе (ИТМ) испод 3. перцентила за одговарајући узраст и пол (израчунава се као број деце у седмој години којој су извршена мерења висине и тежине и израчунат индекс телесне масе (ИТМ) испод 3. перцентила за одговарајући узраст и пол, подељен са укупним бројем регистроване деце у 12. години и помножен са 100);

Члан 6.

Показатељи квалитета који се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар – доктор медицине специјалиста гинекологије у служби за здравствену заштиту жена јесу:

1) Процент корисница од 25 до 64 године старости обухваћених скринингом ради раног откривања рака грлића материце (израчунава се као број регистрованих корисница од 25 до 64 године старости код којих је у претходној години обављен превентивни преглед ради раног откривања рака грлића материце, подељен са укупним бројем регистрованих корисница старости од 25 до 64 године и помножен са 100);

2) Процент корисница од 50 до 69 година старости обухваћених скринингом ради раног откривања рака дојке (мамографија) у претходних 12 месеци (израчунава се као број регистрованих корисница од 50 до 69 година старости којима је у претходних 12 месеци урађена мамографија ради раног откривања рака дојке, подељен са укупним бројем регистрованих корисница ове старости и помножен са 100);

3) Процент трудница код којих је урађен превентивни преглед за рано откривање гестациског дијабетеса (израчунава се као број корисница код којих је дијагностикована трудноћа, а код којих је урађен превентивни преглед за рано откривање гестациског дијабетеса, подељен са укупним бројем регистрованих трудница и помножен са 100);

4) Процент трудница код којих је урађен превентивни преглед за рано откривање ЕПХ гестозе (израчунава се као број корисница код којих је дијагностикована трудноћа и урађен превентивни преглед за процену ризика од ЕПХ гестозе, подељен са укупним бројем регистрованих трудница и помножен са 100);

5) Процент корисница од 15 до 49 година којима је урађен превентивни преглед и дат савет у вези са планирањем породице, односно методама ефективне контрацепције (израчунава се као број регистрованих корисница од 15 до 49 година старости којима је у претходних 12 месеци дат савет о методама ефективне контрацепције или прописана ефективна контрацепција, подељен са укупним бројем регистрованих корисница ове старости и помножен са 100).

Члан 7.

Показатељи квалитета који се прате у области денталне медицине јесу:

1) Процент деце са навршених седам година живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида према Протоколу за примену флуорида у превенцији каријеса у претходној години (израчунава се као укупан број деце са навршених седам година живота која су имала макар једну серијску локалну апликацију концентрованих флуорида подељен са бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100 у претходној години);

2) Процент деце са навршених 12 година живота обухваћених локалном апликацијом концентрованих флуорида према Протоколу за примену флуорида у превенцији каријеса у претходној години (израчунава се као укупан број деце са навршених 12 година која су имала макар једну серијску локалну апликацију концентрованих флуорида у претходној години подељен са бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100);

3) Процент деце са навршених седам година живота са свим здравим зубима у претходној години (израчунава се као укупан број деце са свим здравим зубима млечне и сталне дентиције са навршених седам година живота, подељен са укупним бројем прегледане деце истог узраста у претходној години и помножен са 100);

4) Процент деце са навршених 12 година живота са свим здравим зубима у претходној години (израчунава се као укупан број деце са свим здравим зубима са навршених 12 година живота, подељен са укупним бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100 посматрано у претходној години);

5) КЕП код деце са навршених 12 година живота (израчунава се као укупан број кариозних, екстрахираних и пломбираних сталних зуба прегледане деце у 12. години живота подељен са укупним бројем прегледане деце истог узраста у претходној години);

6) Процент деце са навршених 12 година којима је извршен скрининг преглед за откривање ортодонтских аномалија у претходној години (израчунава се као број деце са навршених 12 година којима је извршен скрининг преглед за откривање ортодонтских аномалија, подељен са укупним бројем прегледане деце истог узраста и помножен са 100 у претходној години);

7) Процент деце са навршених седам година којима је извршено заливање фисуре најмање једног сталног молара у претходној години (израчунава се као укупан број деце са навршених седам година којима је извршено заливање фисуре најмање једног сталног молара у претходној години, подељен са укупним бројем прегледаних пацијената тог узраста и помножен са 100);

8) Процент трудница обухваћених превентивним прегледом у претходној години (израчунава се као укупан број жена у трудноћи обухваћених превентивним стоматолошким прегледом, подељен са укупним бројем регистрованих трудница на територији дома здравља и помножен са 100 у претходној години).

Члан 8.

Служба за хитну медицинску помоћ при дому здравља и завод за ургентну медицину прикупљају податке за израчунавање и прате следеће показатеље квалитета у области хитне медицинске помоћи:

- 1) Активационо време – Време које је протекло од пријема позива за први ред хитности у диспечерском центру до предаје позива екипи за интервенцију. (израчунава се као збир свих временских интервала један у минутима за први ред хитности који се рачунају од момента када је позив примљен у диспечерском центру до предаје тог позива екипи за интервенцију подељен са бројем укупних позива за први ред хитности);
- 2) Реакционо време је време које је протекло од предаје позива екипи за интервенцију до стицања екипе на место догађаја (израчунава се као збир свих временских интервала два у минутима, који се рачунају од момента када је позив првог реда хитности предат екипи за интервенцију примљен у диспечерском центру до стицања екипе на место догађаја подељен са бројем укупних излазака на терен за први ред хитности);
- 3) Време прехоспиталне интервенције (израчунава се као збир свих временских интервала три у минутима, који се рачунају од момента стицања екипе на место догађаја до ослобађања екипе или предаје пацијента на даље збрињавање, подељен са бројем укупних излазака на терен за први ред хитности);
- 4) Процент извршених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја (израчунава се као број свих рађених кардиопулмоналних реанимација подељен са укупним бројем изненадног срчаног застоја и помножен са 100);
- 5) Процент успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја где екипа хитне медицинске помоћи није очевидац (израчунава се као број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја где екипа хитне медицинске помоћи није очевидац, подељен са бројем извршених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја где екипа хитне медицинске помоћи није била очевидац и помножен са 100);
- 6) Процент успешних кардиопулмоналних реанимација када је изненадни срчани застој наступио у присуству екипе хитне медицинске помоћи (израчунава се као број успешних кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја у присуству екипе хитне медицинске

помоћи, подељен са бројем извршених кардиопулмоналних реанимација у случају изненадног срчаног застоја који су се десили у присуству екипе хитне медицинске помоћи и помножен са 100);

7) Процент пацијената који су збринуте на терену без упућивања на више нивое здравствене заштите (израчунава се као број пацијената који су збринуте на терену без упућивања на више нивое здравствене заштите, подељен са укупним бројем свих интервенција на терену и помножен са 100);

8) Процент пацијената који су збринуте у амбуланти хитне помоћи без упућивања на више нивое здравствене заштите (израчунава се као број пацијената који су збринуте у амбуланти хитне помоћи без упућивања на више нивое здравствене заштите, подељен са укупним бројем свих прегледаних пацијената у амбуланти хитне медицинске помоћи и помножен са 100);

9) Процент пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен интравенски пут и којима је дат аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, нитро препарат (у било ком облику) и ацетилсалицилна киселина (уколико нема контраиндикација за примену ових лекова) (израчунава се као број пацијената са акутним коронарним синдромом којима је отворен интравенски пут и којима је дат аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, нитро препарат (у било ком облику) и ацетилсалицилна киселина (уколико нема контраиндикација за примену ових лекова) подељен са укупним бројем пацијената са акутним коронарним синдромом и помножен са 100);

10) Процент пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом дијагностикованим од стране лекара хитне медицинске помоћи (на терену или у амбуланти), којима је отворен интравенски пут и којима је дат аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, нитро препарат (у било ком облику), ацетилсалицилна киселина, клопидогрел и клексан (уколико нема контраиндикација за примену ових лекова) и транспортовани у најближу установу за примарну коронарну интервенцију (израчунава се као број пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом који су дијагностиковани од стране лекара хитне медицинске помоћи (на терену или у амбуланти) којима је отворен интравенски пут и којима је дат аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, нитро препарат (у било ком облику) ацетилсалицилна киселина, клопидогрел и клексан (уколико нема контраиндикација за примену ових лекова) и транспортовани у најближу установу за примарну коронарну интервенцију, подељен са укупним бројем пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом и помножен са 100);

11) Процент пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом дијагностикованим од стране лекара хитне медицинске помоћи (на терену или у амбуланти) којима је отворен интравенски пут и којима је дат

аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, нитро препарат (у било ком облику) и ацетилсалицилна киселина, клопидогрел и клексан и код којих је започета или дата прехоспитална тромболиза (уколико нема контраиндикација за примену ових лекова) (израчунава се као број пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом који су дијагностиковани од стране лекара хитне медицинске помоћи (на терену или у амбуланти) којима је отворен интравенски пут и којима је дат аналгетски еквивалент морфијуму, кисеоник, нитро препарат (у било ком облику) ацетилсалицилна киселина, клопидогрел и клексан и код којих је започета или дата прехоспитална тромболиза (уколико нема контраиндикација за примену ових лекова), подељен са укупним бројем пацијената са акутним инфарктом миокарда са СТ елевацијом и помножен са 100);

12) Процент индикуваног медицинског третмана на терену код пацијената са тешком траумом (израчунава се као број пацијената на терену са тешком траумом којима је урађен медицински третман подељен са укупним бројем пацијената на терену са тешком траумом и помножен са 100);

13) Процент индикуваног медицинског третмана код пацијената са акутним можданим ударом (израчунава се као број пацијената на терену или у амбуланти са акутним неуролошким дефицитом који указује на акутни мождани удар којима је урађен адекватан медицински третман и који су транспортовани у најближу здравствену установу која има интензивну јединицу за акутни мождани удар, подељен са укупним бројем пацијената на терену или амбуланти са акутним неуролошким дефицитом и помножен са 100).

2. Показатељи квалитета у стационарној здравственој делатности

Члан 9.

У здравственим установама које обављају стационарну здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, квалитет здравствене заштите се процењује на основу показатеља квалитета по гранама медицине (интернистичка, хируршка и гинекологија са акушерством).

а) Интернистичке гране медицине

Члан 10.

Показатељи квалитета који се прате у интернистичким гранама медицине јесу:

1) Стопа леталитета од инфаркта миокарда (израчунава се као број болесника умрлих од инфаркта миокарда (I21-I22) на одељењима интернистичких грана медицине после пријема на одељење подељен са бројем лечених од исте болести на тим одељењима и помножен са 100);

2) Стопа леталитета од можданог удара (израчунава се као број болесника умрлих од можданог удара (I60-I64) на одељењима интернистичких грана

медицине после пријема на одељење подељен са бројем лечених од исте болести на тим одељењима и помножен са 100);

3) Просечна дужина болничког лечења пацијената са акутним инфарктом миокарда (израчунава се као укупан број дана болничког лечења пацијената са акутним инфарктом миокарда (I21-I22) на одељењима интернистичких грана медицине подељен са бројем хоспитализација због инфаркта миокарда на тим одељењима);

4) Просечна дужина болничког лечења код пацијената са можданим ударом (израчунава се као укупан број дана болничког лечења пацијената са можданим ударом (I60-I64) на одељењима интернистичких грана медицине подељен са бројем хоспитализација због можданог удара на тим одељењима);

5) Процент поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом (израчунава се као број поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда (I21-I22) у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом подељен са бројем отпуштених пацијената са инфарктом миокарда и помножен са 100);

6) Процент поновних хоспитализација пацијената са можданим ударом у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом (израчунава се као број поновних хоспитализација пацијената са можданим ударом (I60-I64) у року од 30 дана од отпуста из болнице са истом дијагнозом подељен са бројем отпуштених пацијената са можданим ударом и помножен са 100);

7) Стопа леталитета након перкутане коронарне интервенције (израчунава се као број болесника умрлих након перкутане коронарне интервенције подељен са укупним бројем пацијената којима је урађена перкутана коронарна интервенција и помножен са 100);

8) Просечно време чекања на почетак системске антинеопластичне терапије (укључује све системске терапије изузев постоперативне системске терапије) (израчунава се као укупан број дана од постављања индикације за системско лечење (одлука мултидисциплинарног тима – онколошког конзилијума – комисије да је индикована хемиотерапија, хормонотерапија или биолошка терапија) до почетка преоперативне, односно неoadјувантне терапије, односно до почетка системске терапије за метастатску болест, подељен са укупним бројем пацијената који су започели системску терапију);

9) Просечно време чекања на почетак постоперативног системског антинеопластичног лечења (израчунава се као укупан број дана од постављања индикације за системско постоперативно лечење (одлука мултидисциплинарног тима – онколошког конзилијума – комисије да је индикована хемиотерапија, хормонотерапија или биолошка терапија) до почетка постоперативне, односно адјувантне терапије, подељен са укупним

бројем пацијената који су започели системску постоперативну терапију (укључује све системске терапије након операције));

10) Процент пацијената који су започели радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином дојке (израчунава се као број пацијената који су започели радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином дојке, подељен са укупним бројем пацијената који су започели радиотерапију за карцином дојке и помножен са 100);

11) Процент пацијенткиња које су започеле радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином грлића материце (израчунава се као број пацијенткиња које су започеле радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином грлића материце, подељен са укупним бројем пацијенткиња које су започеле радиотерапију за карцином грлића материце и помножен са 100);

12) Процент пацијената који су започели радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином простате (израчунава се као број пацијената који су започели радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином простате, подељен са укупним бројем пацијената који су започели радиотерапију за карцином простате и помножен са 100);

13) Процент пацијената мушког пола који су започели радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином плућа (израчунава се као број пацијената који су започели радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином плућа, подељен са укупним бројем пацијената који су започели радиотерапију за карцином плућа и помножен са 100);

14) Процент пацијенткиња које су започеле радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином плућа (израчунава се као број пацијенткиња које су започеле радиотерапију у року од 28 дана од постављања индикације за радиотерапију за карцином плућа, подељен са укупним бројем пацијенткиња који су започели радиотерапију за карцином плућа и помножен са 100).

б) Хируршке гране медицине

Члан 11.

Показатељи квалитета који се прате у хируршким гранама медицине јесу:

1) Стопа леталитета оперисаних пацијената (израчунава се као број умрлих оперисаних пацијената подељен са укупним бројем оперисаних и помножен са 1000);

- 2) Процент пацијената који су добили сепсу после операције (израчунава се као број пацијената који су после операције добили сепсу (A021, A207, A227, A267, A327, A427, B337, A329, A394, A40 и A41) подељен са бројем оперисаних пацијената и помножен са 100);
- 3) Стопа леталитета након коронарне хирургије (израчунава се као број пацијената умрлих након коронарне хирургије током хоспитализације, подељен са укупним бројем пацијената којима је урађена коронарна хируршка интервенција и помножен са 1000);
- 4) Стопа леталитета након прелома горњег крајка фемура (израчунава се као број пацијената умрлих у болници након прелома горњег крајка фемура (C72), подељен са укупним бројем хоспитализованих пацијената са преломом горњег крајка фемура и помножен са 1000);
- 5) Процент поновних хоспитализација у року од 30 дана након отпуста из болнице пацијената са коронарном хируршком интервенцијом (израчунава се као број поновних, непланираних хоспитализација пацијената са коронарном хируршком интервенцијом у року од 30 дана од отпуста из болнице након наведене интервенције подељен са бројем отпуштених пацијената са коронарном хируршком интервенцијом и помножен са 100);
- 6) Стопа поновних хоспитализација у року од 30 дана након отпуста из болнице пацијената са артропластиком кука услед коксартрозе (израчунава се као број поновних, непланираних хоспитализација пацијената са артропластиком услед коксартрозе (M16), у року од 30 дана од отпуста из болнице након наведене интервенције подељен са бројем отпуштених пацијената са артропластиком кука (услед коксартрозе) и помножен са 100);
- 7) Процент пацијената који су оперисани у року од 48 сати од пријема због прелома горњег крајка фемура (израчунава се као укупан број пацијената који су оперисани у року од 48 сати од пријема због прелома горњег крајка фемура (C72), подељен са укупним бројем пацијената код којих је прелом горњег крајка фемура збринут оперативно);
- 8) Просечна дужина хоспитализације за лапароскопску холецистектомију (израчунава се као укупан број дана болничког лечења пацијената због планиране лапароскопске холецистектомије, подељен са бројем отпуштених пацијената код којих је урађена елективна лапароскопска холецистектомија);
- 9) Просечна дужина хоспитализације због планиране уградње ендопротезе кука (израчунава се као укупан број дана болничког лечења пацијената због планиране уградње ендопротезе кука услед коксартрозе (M16), подељен са бројем отпуштених оперисаних пацијената код којих је урађена елективна артропластика);
- 10) Процент пацијената код којих је катаракта оперисана у оквиру једнодневне хирургије (израчунава се као укупан број пацијената код којих

је операција катаракте (H25-H28), урађена у оквиру једнодневне хирургије, подељен са укупним бројем пацијената којима је оперисана катаракта и помножен са 100);

11) Процент пацијената код којих операција ингвиналне херније урађена у оквиру једнодневне хирургије (израчунава се као укупан број пацијената код којих је операција ингвиналне херније (K40), урађена у оквиру једнодневне хирургије подељен са укупним бројем пацијената којима је оперисана препонска хернија и помножен са 100).

в) Гинекологија и акушерство

Члан 12.

Показатељи квалитета који се прате у гинекологији и акушерству јесу:

- 1) Процент породиља које су имале повреду при порођају (израчунава се као број породиља које су имале повреду насталу при порођају (O70-O71), подељен са укупним бројем породиља помножен са 100);
- 2) Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању (израчунава се као број новорођенчади која су имала повреду насталу при рађању (P10-P15), подељен са укупним бројем новорођенчади и помножен са 100);
- 3) Процент порођаја обављених царским резом (израчунава се као број порођаја обављених царским резом (O82), подељен са укупним бројем порођаја и помножен са 100);
- 4) Просечна дужина хоспитализације након вагиналног порођаја (израчунава се као број дана хоспитализације породиља након вагиналног порођаја (O80-O80.9), подељен са бројем тих породиља);
- 5) Просечна дужина хоспитализације након царског реза (израчунава се као број дана хоспитализације након царског реза (дан операције се рачуна као први дан, а дан отпуста као последњи дан хоспитализације) код породиља које су имале порођај царским резом (O82), подељен са бројем породиља које су имале царски рез);
- 6) Процент новорођене деце којима је омогућено присуство уз мајку 24 сата дневно (израчунава се као број новорођене деце којима је омогућено присуство уз мајку 24 сата дневно подељен са укупним бројем новорођене деце и помножен са 100);
- 7) Процент новорођене деце којој је омогућен контакт „кожа на кожу“ (израчунава се као број новорођене деце којој је омогућен контакт „кожа на кожу“ у породилишту – након порођаја у трајању 30–60 минута подељен са укупним бројем новорођене деце и помножен са 100);
- 8) Процент новорођене деце која су стављена на дојку у првом сату живота (израчунава се као број новорођене деце којој је омогућен подој у првом

сату по рођењу подељен са укупним бројем новорођене деце и помножен са 100);

9) Процент искључиво дојене новорођенчади до 48 сати по рођењу (израчунава се као број новорођене деце која су искључиво дојена од првог до 48. сата по рођењу подељен са укупним бројем новорођене деце и помножен са 100);

10) Процент порођаја обављених у епидуралној анестезији (израчунава се као број порођаја обављених у епидуралној анестезији подељен са укупним бројем порођаја и помножен са 100);

11) Процент новорођенчади обухваћене неонаталним скринингом слуха тестом евоциране отоакустичке емисије (ТЕОАЕ) (израчунава се као број новорођене деце која су обухваћена ТЕОАЕ обострано у породилишту подељен са укупним бројем новорођене деце и помножен са 100).

3. Безбедност пацијента

Члан 13.

Безбедност пацијента представља идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво.

Члан 14.

Показатељи квалитета који се односе на безбедност пацијената јесу:

1) Стопа падова пацијената (израчунава се као број свих падова пацијената насталих током хоспитализације подељен са бројем дана хоспитализације и помножен са 1000);

2) Стопа пацијената са декубитусима (израчунава се као број пацијената код којих је током болничког лечења дошло до појаве декубитуса (L89), подељено са бројем отпуштених пацијената и помножен са 1000);

3) Стопа компликација насталих услед давања анестезије у здравственој установи (израчунава се као број компликација код пацијената које су настале услед давања свих врста анестезије (Т41, Т44, Т88 и Y40-Y84) у здравственој установи подељено са бројем оперисаних пацијената помножен са 1000);

4) Број поновљених операција у истој регији због заосталог страног тела (извештава се као апсолутни број поновљених операција у истој регији због заосталог страног тела (Т81.5));

5) Број поновљених операција у истој регији због крварења (извештава се као апсолутни број поновљених операција у истој регији због крварења (Т81.0));

- 6) Стопа механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције (израчунава се као број механичких јатрогених оштећења (Т81, Y60-Y69) насталих приликом хируршке интервенције обављене у хируршкој сали подељен са бројем хируршких интервенција обављених у хируршким салама и помножен са 1000);
- 7) Стопа пацијената са периоперативном плућном тромбоемболијом или тромбозом дубоких вена (израчунава се као број пацијената са периоперативном плућном тромбоемболијом или тромбозом дубоких вена (I26.0, I26.9, I80.1-I80.9, I82.8-I82.9) подељен са бројем отпуштених оперисаних пацијената и помножен са 1000);
- 8) Број хируршких интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу (извештава се као апсолутни број интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу, без навођења о којој грешци је реч);
- 9) Стопа инциденције болничких инфекција у јединици интензивне неге здравствене установе (израчунава се као број болничких инфекција у јединици интензивне неге подељен са бројем хоспитализованих пацијената на том одељењу и помножен са 100);
- 10) Стопа инциденције инфекција оперативног места (израчунава се као број пацијената са инфекцијом оперативног места према класи микробне контаминације подељен са бројем оперисаних пацијената исте класе контаминације и помножен са 100);
- 11) Стопа дехисценције ране (израчунава се као број пацијената са дехисценцијом (дисрупцијом) оперативне ране (Т81.3), подељен са бројем оперисаних пацијената и помножен са 1000);
- 12) Број трансфузијских реакција (извештава се као апсолутни број трансфузијских реакција (Т80.3, Т80.4, Т80.8, Т80.9, као и Y60.1 (у току давања трансфузије) и Y65.0);
- 13) Стопа инфекција крви код којих је изолован метицилин-резистентан *Staphylococcus Aureus* (MRSA) (израчунава се као број пацијената са инфекцијом крви код којих је изолован MRSA (U801 – агенс резистентан на метицилин), подељен са бројем отпуштених пацијената и помножен са 1000);
- 14) Стопа интестиналних инфекција код којих је изолован *Clostridium difficile* (израчунава се као број пацијената са интестиналном инфекцијом код којих је изолован *Clostridium difficile*, (A047), подељен са бројем отпуштених пацијената и помножен са 1000);
- 15) Радиотерапија погрешне регије тела (израчунава се као апсолутни број радиотерапија које су примењене на погрешној регији тела).

4. Задовољство корисника услугама здравствене службе

Члан 15.

Здравствене установе су у обавези да:

- 1) истакну обавештење о врсти здравствених услуга које се пацијенту као осигуранику обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које су делатност здравствене установе;
- 2) истакну обавештење о здравственим услугама које се не обезбеђују на терет обавезног здравственог осигурања, а у складу са прописом којим се уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања;
- 3) истакну обавештење о видовима и износу учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите, као и ослобађање од плаћања учешћа;
- 4) истакну ценовник здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које пацијенти плаћају из својих средстава;
- 5) поставе кутије за примедбе и приговоре пацијената;
- 6) истакну списак лекара који могу бити изабрани лекари, а које пацијенти могу изабрати, као и њихово радно време у здравственим установама примарне здравствене заштите, а у специјалистичко-консултативним службама, као и у саветовалиштима у установама свих нивоа здравствене заштите истакнут списак лекара који раде и њихово радно време;
- 7) обаве истраживање задовољства корисника услугама здравствене заштите;
- 8) ураде анализу о спроведеном истраживању задовољства корисника у здравственој установи, предузетим мерама и активностима на сталном унапређењу квалитета и резултате истраживања објаве на својој интернет страници.

5. Задовољство запослених у здравственој установи

Члан 16.

Здравствене установе су у обавези да:

- 1) обаве истраживање задовољства запослених у здравственој установи;
- 2) ураде анализу о спроведеном истраживању задовољства запослених у здравственој установи, предузетим мерама и активностима на сталном унапређењу квалитета и резултата истраживања објаве на својој интернет страници.

6. Комисија за унапређење квалитета рада

Члан 17.

Комисија за унапређење квалитета рада стара се о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите у здравственим установама.

Комисија за унапређење квалитета рада је у обавези да:

- 1) доноси годишњи план праћења показатеља квалитета здравствене заштите у здравственој установи до 31. децембра текуће године за наредну годину;
- 2) прати показатеље квалитета здравствене заштите у здравственој установи;
- 3) сачињава годишњи извештај о показатељима квалитета здравствене заштите, који се доставља директору и надлежном заводу за јавно здравље до 15. фебруара текуће године за претходну годину;
- 4) предлаже мере за унапређење квалитета пружања здравствене заштите у здравственој установи и унапређење квалитета рада здравствене установе;
- 5) доноси годишњи план унапређења квалитета здравствене заштите у здравственој установи, на основу годишњег извештаја о показатељима квалитета здравствене заштите и годишњег плана унапређења квалитета стручног рада, који се доставља директору здравствене установе до 1. марта текуће године.

7. Показатељи квалитета у апотекарској делатности

Члан 18.

Апотеке на примарном нивоу здравствене заштите прикупљају податке за израчунавање и прате следеће показатеље квалитета:

- 1) Број пријава нежељених реакција на лек или медицинско средство (извештава се као укупан број свих пријава годишње по здравственој установи);
- 2) Број пријава сумње у квалитет, односно одступања од стандарда квалитета лека или медицинског средства (извештава се као укупан број пријава годишње по здравственој установи);
- 3) Усклађивање терапије са лекаром за пацијенте са пет и више лекова у терапији (води се кроз Књигу интервенција фармацеута², а извештава се као број интервенција по фармацеуту годишње);
- 4) Пружање савета и демонстрација правилне примене лека пацијентима на инсулинској терапији (евидентира се кроз напомену у е-рецепту, води се кроз Књигу интервенција фармацеута, а израчунава се као број рецепата са инсулинском терапијом који су издати уз терапијску интервенцију подељен са укупним бројем издатих рецепата са инсулинском терапијом и помножен са 100);

5) Пружање савета и демонстрација правилне примене лека пацијентима са инхалационом терапијом (евидентира се кроз напомену у е-рецепту, води се кроз Књигу интервенција фармацеута, а израчунава се као број рецепата са инхалационом терапијом који су издати уз терапијску интервенцију подељен са укупним бројем издатих рецепата са инхалационом терапијом и помножен са 100).

Апотеке у здравственим установама које обављају стационарну делатност прикупљају податке и прате следеће показатеље:

- 1) Број пријава нежељених реакција на лек или медицинско средство (извештава се као укупан број свих пријава годишње по здравственој установи);
- 2) Број пријава сумње у квалитет, односно одступања од стандарда квалитета лека или медицинског средства (извештава се као укупан број пријава годишње по здравственој установи);
- 3) Број интерних едукација здравственим радницима о безбедној припреми и примени лека и медицинског средства (извештава се као укупан број одржаних интерних едукација у здравственој установи);
- 4) Број пружених информација и упутстава здравственим радницима о безбедној припреми и примени лека и медицинског средства по захтеву (извештава се као укупан број пружених информација по захтеву у здравственој установи);
- 5) Преглед и усклађивање интрахоспиталне примене антимикуробне терапије на одељењу интензивне неге (израчунава се као број интервенција подељен са укупним бројем пацијената у интензивној нези и помножен са 100).

2 Књигу интервенција фармацеута – каталог и евиденциони лист израђује Фармацеутска комора Србије.

8. Показатељи квалитета вођења листа чекања

Члан 19.

Здравствене установе прикупљају податке за израчунавање показатеља квалитета за све врсте здравствених услуга које су дефинисане општим актом о листама чекања:

- 1) Број нових пацијената стављених на листу чекања у претходној години за сваку здравствену услугу за коју се води листа чекања (извештава се као апсолутни број нових пацијената стављених на листу чекања у претходној години – за сваку здравствену услугу за коју се води листа чекања);
- 2) Процент пружених здравствених услуга са листе чекања у односу на укупни број пружених здравствених услуга те врсте у претходној години (израчунава се као број пружених здравствених услуга са листе чекања

подељен са укупним бројем извршених истих здравствених услуга у претходној години у здравственој установи и помножен са 100);

3) Просечна дужина чекања за одређену здравствену услугу на нивоу здравствене установе (израчунава се као збир броја дана проведених на листи чекања од момента уписивања на листу чекања за одређену здравствену услугу до момента пружања те здравствене услуге подељен са бројем пацијената са листе чекања којима су пружене те исте здравствене услуге у претходној години);

4) Број пацијената на листи чекања за сваку здравствену услугу за коју се воде листе чекања (израчунава се као апсолутни број пацијената на листи чекања на дан 31. децембра претходне године за сваку здравствену услугу за коју се воде листе чекања);

5) Време чекања (у данима) током којег је половини пацијената пружена здравствена услуга за коју се воде листе чекања на нивоу здравствене установе (израчунава се као медијана броја дана чекања појединачних пацијената од момента стављања на листу чекања до момента пружања те здравствене услуге у претходној години);

6) Време чекања (у данима) током којег је 90% пацијената добило здравствену услугу за коју се воде листе чекања на нивоу здравствене установе (израчунава се као 90-ти перцентил броја дана чекања појединачних пацијената од момента стављања на листу чекања до момента пружања те здравствене услуге у претходној години).

9. Достављање података о показатељима квалитета

Члан 20.

Прикупљање података и израчунавање вредности показатеља врши се у складу са стручно методолошким упутством.

Завод за јавно здравље основан за територију Републике Србије годишње доставља извештај о показатељима квалитета здравствене заштите министарству надлежном за послове здравља.

III. СПРОВОЂЕЊЕ УНУТРАШЊЕ И СПОЉНЕ ПРОВЕРЕ КВАЛИТЕТА СТРУЧНОГ РАДА

1. Услови, начин, организација спровођења унутрашње и спољне провере квалитета стручног рада

Члан 21.

Мере и активности здравствене заштите морају бити засноване на научним доказима, безбедне, делотворне и ефикасне, у складу са стручним стандардима, усвојеним водичима добре праксе, протоколима лечења и начелима професионалне етике.

Провера квалитета стручног рада здравствених установа, другог правног лица и приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника (у даљем тексту: провера квалитета стручног рада), спроводи се ради оцене да ли мере и активности здравствене заштите, које се спроводе у складу са савременим достигнућима медицинске, стоматолошке и фармацеутске науке и праксе и етичким начелима, повећавају могућност повољног исхода и смањују ризик настанка нежељених последица по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у целини.

Члан 22.

Провера квалитета стручног рада врши се као унутрашња и спољна провера квалитета стручног рада, а може бити редовна и ванредна.

а) Унутрашња провера квалитета стручног рада

Члан 23.

Редовна унутрашња провера квалитета стручног рада спроводи се на основу годишњег програма унутрашње провере квалитета стручног рада, који у здравственој установи доноси стручни савет, у другом правном лицу руководиоца, а у приватној пракси оснивач.

Редовну унутрашњу проверу квалитета стручног рада спроводи стручни руководиоца организационе јединице у здравственој установи.

Члан 24.

О редовној унутрашњој провери квалитета стручног рада сачињава се записник који садржи име лица које врши проверу квалитета стручног рада, датум вршења провере, медицинске мере и активности које су предмет провере, запажања лица које врши проверу, уочене недостатке, као и мере које се предлажу ради отклањања уочених недостатака.

Члан 25.

На основу записника стручни руководиоца организационе јединице сачињава извештај о спроведеној унутрашњој провери квалитета стручног рада организационе јединице.

Члан 26.

Извештај из члана 25. овог правилника сачињава се на Обрасцу 1. из члана 42. овог правилника, а садржи утврђено чињенично стање, предложене и предузете мере за отклањање уочених недостатака.

Стручни руководиоца организационе јединице доставља стручном савету здравствене установе тромесечни извештај о спроведеној унутрашњој провери квалитета стручног рада.

Стручни руководиоца организационе јединице у саставу шире организационе јединице сачињава и месечно доставља извештај о спроведеној унутрашњој провери квалитета стручног рада стручном

руководиоцу шире организационе јединице у чијем саставу је организациона јединица за коју се извештај подноси.

Члан 27.

Стручни савет здравствене установе сачињава годишњи извештај о спровођењу унутрашње провере квалитета стручног рада у здравственој установи и предлаже мере за унапређење квалитета стручног рада.

Извештај из става 1. овог члана стручни савет доставља директору здравствене установе до 31. јануара текуће године за претходну годину.

Члан 28.

У случају уочених недостатака, који нису отклоњени предузетим мерама стручних руководилаца организационих јединица, директор здравствене установе предузима мере ради отклањања недостатака и утврђује рокове за извршење мере.

Члан 29.

Ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада у здравственој установи, односно другом правном лицу спроводи, на захтев овлашћених лица, комисија за ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада, коју именује директор здравствене установе, односно руководилац другог правног лица.

Члан 30.

За члана комисије одређује се здравствени радник, односно здравствени сарадник са најмање истим степеном образовања, односно научног звања које има стручни руководилац одговарајуће организационе јединице над којом се спроводи надзор, односно које има здравствени радник, односно здравствени сарадник над чијим стручним радом се врши провера квалитета.

Члан 31.

Захтев за ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада здравственог радника, здравственог сарадника, односно организационе јединице, могу поднети:

- 1) директор здравствене установе;
- 2) стручни савет;
- 3) комисија за унапређење квалитета здравствене заштите;
- 4) руководилац другог правног лица;
- 5) оснивач приватне праксе;
- 6) здравствени инспектор;
- 7) фармацеутски инспектор.

Комисија за ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада, најкасније у року од пет радних дана од дана подношења захтева, доставља извештај о спроведеној ванредној унутрашњој провери квалитета стручног рада подносиоцу захтева и директору здравствене установе, односно руководиоцу другог правног лица.

Члан 32.

Ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада у приватној пракси спроводи оснивач приватне праксе.

Члан 33.

Извештај о спроведеној ванредној унутрашњој провери квалитета стручног рада у приватној пракси оснивач приватне праксе доставља подносиоцу захтева за ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада.

Члан 34.

Извештај из члана 33. овог правилника сачињава се на Обрасцу 2., а садржи податке о утврђеном чињеничном стању, уоченим недостацима и пропустима, стручно мишљење о последици по здравље пацијента, као и предлоге за отклањање уочених недостатака и пропуста.

Директор здравствене установе, руководилац другог правног лица, односно оснивач приватне праксе дужан је да у року од пет радних дана размотри извештај и поступи по предлозима за отклањање уочених недостатака и пропуста.

б) Спољна провера квалитета стручног рада

Члан 35.

Редовна спољна провера квалитета стручног рада спроводи се на основу годишњег плана редовне спољне провере квалитета стручног рада, који доноси министар надлежан за послове здравља.

Редовна спољна провера спроводи се у складу са стручно-методолошким упутством које доносе коморе здравствених радника (у даљем тексту: стручно методолошко упутство).

Члан 36.

Спровођењу спољне провере квалитета стручног рада присуствује стручни руководилац организационе јединице у здравственој установи, односно руководилац другог правног лица, односно оснивач приватне праксе и здравствени радници, односно здравствени сарадници над чијим се радом врши провера, а по потреби и захтеву стручних надзорника могу присуствовати и друга лица.

Члан 37.

Стручни надзорници (са Листа стручних надзорника, које одлуком доноси министар надлежан за послове здравља на предлог комора здравствених радника) сачињавају извештај о спољној провери квалитета стручног рада који садржи утврђено чињенично стање, уочене недостатке и пропусте у стручном раду, стручно мишљење о могућим последицама по здравље пацијента, односно грађана, као и савете и предлоге за отклањање уочених недостатака и пропуста.

Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада стручни надзорници сачињавају на одговарајућем обрасцу из члана 42. став 1. тач. 3–10. овог правилника.

Извештај о ванредној спољној провери квалитета стручног рада стручни надзорници сачињавају на Обрасцу 11. из члана 42. став 1. овог правилника.

Извештај стручних надзорника доставља се у року од десет радних дана од дана завршетка редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада:

- 1) министру надлежном за послове здравља;
- 2) здравственој установи, другом правном лицу и приватној пракси, у којој је запослен, односно радно ангажован здравствени радник, односно здравствени сарадник над чијим радом је извршена спољна провера квалитета стручног рада;
- 3) здравственом раднику, односно здравственом сараднику над чијим радом је извршена спољна провера квалитета стручног рада;
- 4) надлежној комори здравствених радника;
- 5) подносиоцу захтева за спровођење ванредне спољне провере квалитета стручног рада.

Извештај из ст. 2. и 3. овог члана доставља се министру надлежном за послове здравља у складу са стручно-методолошким упутством.

Члан 38.

Здравствена установа, друго правно лице, приватна пракса, здравствени радник, односно здравствени сарадник, над чијим радом је спроведена спољна провера квалитета стручног рада, може поднети министру надлежном за послове здравља примедбе на извештај стручних надзорника у року од пет радних дана од дана достављања извештаја.

Здравствена установа, друго правно лице, односно приватна пракса над чијим радом је спроведена спољна провера квалитета стручног рада, која није поднела примедбе, односно чије примедбе нису усвојене, доставља министру надлежном за послове здравља извештај о поступању и предузетим мерама по саветима и предлозима за отклањање уочених

недостатака и пропуста из извештаја стручних надзорника, у року од десет радних дана од дана достављања извештаја, односно од дана достављања обавештења о неусвајању примедба на извештај.

Члан 39.

Ванредна спољна провера квалитета стручног рада спроводи се на основу захтева:

- 1) грађанина;
- 2) привредног друштва;
- 3) установе;
- 4) организације здравственог осигурања;
- 5) државног органа.

Члан 40.

Министарство надлежно за послове здравља разматра оправданост захтева овлашћеног подносиоца, по претходно прибављеном мишљењу надлежне републичке стручне комисије и о донетој одлуци обавештава подносиоца.

У случају доношења одлуке о прихватању захтева за спровођење ванредне спољне провере квалитета стручног рада министар надлежан за послове здравља доноси решење о спровођењу ванредне спољне провере квалитета стручног рада, које је коначно и против кога се може покренути управни спор.

Здравствена установа, друго правно лице, односно приватна пракса, као и здравствени радник, односно здравствени сарадник, дужни су да сарађују са стручним надзорницима, као и да им доставе све податке и документацију потребну за спровођење спољне провере квалитета стручног рада.

Члан 41.

За спровођење ванредне спољне провере квалитета стручног рада стручним надзорницима се доставља и захтев подносиоца из члана 39. овог правилника.

2. Обрасци извештаја

Члан 42.

У поступцима провере квалитета стручног рада сачињавају се:

1. Извештај о редовној унутрашњој провери квалитета стручног рада (Образац 1);
2. Извештај о ванредној унутрашњој провери квалитета стручног рада (Образац 2);

3. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за примарни ниво здравствене заштите – Лекарска комора Србије (Образац 3);
4. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите – Лекарска комора Србије (Образац 4);
5. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада у области денталне медицине – Стоматолошка комора Србије (Образац 5);
6. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада лабораторијске дијагностике у области биохемије са хематологијом и имунохемијом – Комора биохемичара Србије (Образац 6);
7. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за примарни ниво апотекарске делатности – Фармацеутска комора Србије (Образац 7);
8. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада апотекарске делатности у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите – Фармацеутска комора Србије (Образац 8);
9. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за примарни ниво здравствене заштите – Комора медицинских сестара и здравствених техничара (Образац 9);
10. Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите – Комора медицинских сестара и здравствених техничара (Образац 10);
11. Извештај о ванредној спољној провери квалитета стручног рада (Образац 11).

Обрасци из става 1. овог члана одштампани су уз овај правилник и чине његов саставни део.

3. Мере које се предузимају за отклањање уочених недостатака

Члан 43.

Ради отклањања уочених недостатака у стручном раду, у поступку унутрашње провере квалитета стручног рада здравствене установе, стручни руководиоци организационих јединица и директор здравствене установе, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, могу:

- наложити отклањање утврђених недостатака у одређеном року;
- привремено забранити обављање одређених послова здравствене заштите здравственом раднику, односно здравственом сараднику код којег је утврђен недостатак у стручном раду;

- затражити проверу стручне оспособљености здравственог радника, односно здравственог сарадника у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;
- затражити проверу здравствене способности здравственог радника, односно здравственог сарадника;
- предложити, односно покренути поступак ради утврђивања дисциплинске одговорности здравственог радника, односно здравственог сарадника;
- предузети друге мере у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.

Члан 44.

Министар надлежан за послове здравља разматра извештај о спроведеној спољној провери квалитета стручног рада, предложене мере стручних надзорника и примедбе на извештај стручних надзорника.

Пре предузимања мера из члана 45. овог правилника, министар надлежан за послове здравља може затражити допуну извештаја или изјашњавање стручних надзорника, а стручни надзорници су у обавези да допуну доставе у року од пет дана.

Допуну извештаја или изјашњавање стручних надзорника министар надлежан за послове здравља може затражити у случају кад сачињеном извештају недостаје прописани садржај, а посебно, ако не садржи стручно мишљење о могућим последицама по здравље пацијента, односно грађана.

Члан 45.

По разматрању извештаја стручних надзорника, поднетих примедба, као и извештаја здравствене установе, другог правног лица, односно приватне праксе о поступању и предузетим мерама по саветима и предлозима из извештаја стручних надзорника за отклањање уочених недостатака и пропуста, министар надлежан за послове здравља решењем предузима мере, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, а које укључују:

- 1) Забрану обављања здравствене делатности здравственој установи, односно приватној пракси;
- 2) Забрану, потпуну или делимичну, обављања здравствене делатности организационом делу здравствене установе, другог правног лица, односно приватне праксе;
- 3) Забрану, потпуну или делимичну, обављања одређених послова здравствене делатности здравственој установи, другом правном лицу, односно приватној пракси;
- 4) Предлог надлежној комори да покрене дисциплински поступак против здравственог радника, под условима прописаним законом којим се уређује здравствена заштита.

Забрана обављања здравствене делатности из става 1. тач. 1)–3) овог члана траје док се не отклоне разлози који су довели до изрицања забране.

IV. ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 46.

Даном ступања на снагу овог правилника престаје да важи Правилник о провери квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника („Службени гласник РС”, број 35/11) и Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС” , број 49/10).

Члан 47.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије” .

Број 110-00-1072/2021-01

У Београду, 1. децембра 2021. године

Министар,

др **Златибор Лончар**, с.р.

Прилози

[Образац 1 - Извештај о редовној унутрашњој провери квалитета стручног рада](#)

[Образац 2 - Извештај о ванредној унутрашњој провери квалитета стручног рада](#)

[Образац 3 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада у установама примарне здравствене заштите – Лекарска комора Србије](#)

[Образац 4 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада у стационарној здравственој установи на секундарном/терцијарном нивоу – Лекарска комора Србије](#)

[Образац 5 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада у области денталне медицине – Стоматолошка комора Србије](#)

[Образац 6 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада лабораторијске дијагностике у области биохемије са хематологијом и имунохемијом – Комора биохемичара Србије](#)

[Образац 7 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за апотекарску делатност – Примарна здравствена заштита](#)

[Образац 8 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за апотекарску делатност у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите](#)

Образац 9 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за примарни ниво здравствене заштите – Комора медицинских сестара и здравствених техничара

Образац 10 - Извештај о редовној спољној провери квалитета стручног рада за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите – Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије

Образац 11 - Извештај о ванредној спољној провери квалитета стручног рада