



РЕПУБЛИКА СРБИЈА – АП ВОЈВОДИНА

Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине

Комисија за унапређење квалитета здравствене заштите

Хајдук Вељкова 10, Нови Сад

Тел: 021/488-0444 Fax: 021/420-452

E mail: mail@izzzdiovns.rs

Република Србија

Аутономна Покрајина Војводина

ИНСТИТУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ ВОЈВОДИНЕ

Број 6845

25.12.2025. 200. год

Нови Сад, Хајдук Вељкова 10

На основу члана 133. став 2. тачка 1. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019, 92/2023 – аутентично тумачење и 29/2025 – одлука УС) и Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите и о провери квалитета стручног рада („Сл. гласник РС 123/2021), Комисија за унапређење квалитета здравствене заштите Института за здравствену заштиту деце и омладине Војводине на седници одржаној дана 24. 12. 2025. године усвојила је:

**ПЛАН ПРАЋЕЊА ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У
ИНСТИТУТУ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ ВОЈВОДИНЕ
ЗА 2026. ГОДИНУ**

Основне одредбе

Члан 1.

Стално унапређење квалитета здравствене заштите је континуиран процес, који има за циљ постизање вишег нивоа успешности и ефикасности у раду, као и постизање већег задовољства, како корисника, тако и давалаца здравствених услуга.

Члан 2.

Овим Планом утврђени су показатељи квалитета здравствене заштите у циљу спровођења плана праћења квалитета здравствене заштите у Институту за здравствену заштиту деце и омладине Војводине.

Комисија за унапређење квалитета здравствене заштите је дужна да у континуитету прати показатеље квалитета здравствене заштите и да предлаже мере за унапређење квалитета пружања здравствених услуга.

Прикупљање података о показатељима врши се у складу са стручно-методолошким упутством Института за јавно здравље Србије.

Члан 3.

Квалитет здравствене заштите се процењује на основу:

- показатеља квалитета здравствене заштите на примарном нивоу здравствене заштите
- показатеља квалитета у стационарној здравственој делатности
- показатеља који се односе на безбедност пацијента
- показатеља који се односе на задовољство корисника услугама здравствене службе

- показатеља који се односе на задовољство запослених у здравственој установи
- показатеља који се односе на рад Комисије за унапређење квалитета рада
- показатеља квалитета у апотекарској делатности
- показатеља квалитета вођења листа чекања

Члан 4.

Показатељи квалитета здравствене заштите у Институту за здравствену заштиту деце и омладине Војводине предвиђени су од члана 9. до члана 20. Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите и о провери квалитета стручног рада.

Члан 5.

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

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 možданог удара (израчунава се као број болесника умрлих од možданог 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 možданим ударом (израчунава се као укупан број дана болничког лечења пацијената са možданим ударом (I60-I64) на одељењима интернистичких грана медицине подељен са бројем хоспитализација због možданог удара на тим одељењима);
- 5) Проценат 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) Проценат 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 хемотерапија, хормонотерапија или биолошка терапија) до почетка преоперативне, односно неоадјувантне 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 хемотерапија, 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) Проценат 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) Проценат 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) Проценат 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) Проценат 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) Проценат 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

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) Проценат 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 краја фемура (израчунава се као број пацијената умрлих у болници након прелома горњег краја фемура (C72), подељен са укупним бројем хоспитализованих пацијената са преломом горњег краја фемура и помножен са 1000);

5) Проценат 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) Проценат пацијената који су оперисани у року од 48 сати од пријема због прелома горњег краја фемура (израчунава се као укупан број пацијената који су оперисани у року од 48

сати од пријема због прелома горњег краја фемура (C72), подељен са укупним бројем пацијената код којих је прелом горњег краја 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) Проценат 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) Проценат 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).

Члан 6.

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 (T41, T44, T88 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 (T81.5);

5) Број поновљених операција у истој регији због крварења (извештава се као апсолутни број поновљених операција у истој регији због крварења (T81.0);

6) Стопа механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције (израчунава се као број механичких јатрогених оштећења (T81, 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 (T81.3), подељен са бројем оперисаних пацијената и помножен са 1000);

12) Број трансфузијских реакција (извештава се као апсолутни број трансфузијских реакција (T80.3, T80.4, T80.8, T80.9, 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).

Члан 7.

Показатељи квалитета који се односе на задовољство корисника услугама здравствене службе су:

1) Истакнуто обавештење о врсти здравствених услуга које се пацијенту као осигуранику обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које су делатност здравствене установе;

2) Истакнуто 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) Истакнуто обавештење о видовима и износу учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите, као и ослобађање од плаћања учешћа;

4) Истакнут ценовник здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које пацијенти плаћају из својих средстава;

5) Постављене кутије за примедбе и приговоре пацијената;

6) Истакнут 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) Обављено истраживање задовољства корисника услугама здравствене заштите;

8) Урађена анализа о спроведеном истраживању задовољства корисника у здравственој установи, предузетим мерама и активностима на сталном унапређењу квалитета и резултате истраживања објаве на својој интернет страници.

Члан 8.

Показатељи квалитета који се односе на задовољство запослених у здравственој установи су:

1) Обављено истраживање задовољства запослених у здравственој установи;

2) Урађена анализа о спроведеном истраживању задовољства запослених у здравственој установи, предузетим мерама и активностима на сталном унапређењу квалитета и резултата истраживања објаве на својој интернет страници.

Члан 9.

Показатељи квалитета који се односе на рад Комисије за унапређење квалитета здравствене заштите Института за здравствену заштиту деце и омладине Војводине су:

1) Донет годишњи план праћења показатеља квалитета здравствене заштите у здравственој установи до 31. децембра текуће године за наредну годину;

- 2) Праћење показатеља квалитета здравствене заштите у здравственој установи;
- 3) Сачињен 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) Предложене мере за унапређење квалитета пружања здравствене заштите у здравственој установи и унапређење квалитета рада здравствене установе;
- 5) Донет 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.

Члан 10.

Показатељи квалитета који се односе на рад апотекарске службе у оквиру Института су:

- 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 антимикробне терапије на одељењу интензивне неге (израчунава се као број интервенција подељен са укупним бројем пацијената у интензивној нези и помножен са 100).

Члан 11.

Показатељи квалитета вођења листи чекања су:

- 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) Проценат 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).

Завршне одредбе

Члан 12.

Овај План се примењује за 2026. годину и ставља се на увид свим запосленима у Институту за здравствену заштиту деце и омладине Војводине.

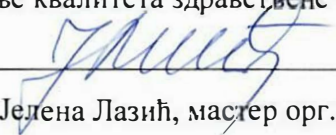
План објавити на званичном сајту Института.

Доставити:

- Директору Института
- Стручном савету Института
- Координатору за Акредитацију Института

Председник Комисије за унапређење квалитета здравствене заштите




Јелена Лазих, мастер орг.здр.неге