



Република Србија  
**МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА**  
Сектор за инспекцијске послове  
Одељење здравствене инспекције

**К О Н Т Р О Л Н А   Л И С Т А   14**  
**за редован инспекцијски надзор у другом облику здравствене службе**  
**ПОЛИКЛИНИКА**  
**ШИФРА: КЛ-014-01/08**

Пословно име и седиште поликлинике, контакт телефон, факс, е-mail: \_\_\_\_\_

Оснивач поликлинике- одговорно лице (име и презиме, адреса становања, ЈМБГ): \_\_\_\_\_

| 1. ПОДАЦИ ОД ЗНАЧАЈА ЗА СТАТУС ПОЛИКЛИНИКЕ                                                                                                                                |                                      |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| 1. Да ли поликлиника поседује решење здравственог инспектора?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> да          | <input type="checkbox"/> не* |
| 2. Да ли је поликлиника уписана у Регистар надлежног органа?                                                                                                              | <input type="checkbox"/> да          | <input type="checkbox"/> не* |
| 3. Да ли је обележавање поликлинике извршено на прописан начин<br>(табла на улазу уобјекат и огласна табла прописаних димензија и садржаја<br>унутар пословног простора)? | <input type="checkbox"/> да-2        |                              |
|                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> делимично-1 |                              |
|                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> не-0        |                              |

**\*објекат за који су одговори на питања под тач. 1 и тач. 2 негативни, сматра се нерегистрованим и надзор се врши у складу са одредбом члана 33. Закона о инспекцијском надзору**

| 2. ДЕЛАТНОСТ ПОЛИКЛИНИКЕ И ЦЕНОВНИК УСЛУГА                                                                                                                        |                               |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли се у поликлиници обавља делатност која је утврђена решењем здравственог инспектора?                                                                      | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли делатност поликлинике одговара делатности уписаној у Регистар надлежног органа?                                                                          | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли је делатност поликлинике истакнута на огласној табли унутар простора?                                                                                    | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 4. Да ли је закључен уговор са најближом здравственом установом ради обезбеђивања сталног доступног санитетског превоза?                                          | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 5. Да ли је закључен уговор са другим обликом здравствене службе, односно здравственом установом у вези обезбеђивања лабораторијске и друге додатне дијагностике? | <input type="checkbox"/> да   | <input type="checkbox"/> не   |
| 6. Да ли је истакнут и пацијентима доступан ценовник услуга, утврђен од стране оснивача?                                                                          | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 7. Да ли се пацијентима за наплаћене услуге издају рачуни прописане садржине?                                                                                     | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

| 3. РАДНО ВРЕМЕ                                                                 |                               |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је оснивач поликлинике утврдио радно време и распоред радног времена? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

|                                                                                                                                      |                               |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2. Да ли је радно време истакнуто на улазу?                                                                                          | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли је оснивач поликлинике доставио обавештење општини или граду о недељном распореду рада, почетку и завршетку радног времена? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

#### 4. ПОСЛОВНИ ПРОСТОР

|                                                                                                                                      |                               |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли пословне просторије по распореду, површини и намени одговарају прописаним општим и посебним условима?                       | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли су подне површине просторија равне, глатке, без оштећења, лаке за одржавање и дезинфекцију?                                 | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли су зидови равни, глатки, лаки за одржавање?                                                                                 | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 4. Да ли је у радним просторијама и санитарним чворовима обезбеђена текућа топла и хладна вода?                                      | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 5. Да ли је у просторијама обезбеђено природно и вештачко осветљење?                                                                 | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 6. Да ли су пословне просторије прикључене на електро, водоводну и канализациону мрежу?                                              | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 7. Да ли је у просторијама, у зависности од намене, обезбеђена одговарајућа температура (од 18 <sup>0</sup> С до 25 <sup>0</sup> С)? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

#### 5. ОПРЕМА

|                                                                                                                               |                                      |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је за рад обезбеђена прописана опрема, према Листи опреме из Правилника?                                             | <input type="checkbox"/> да-2        | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли се контрола исправности/функционалности опреме врши редовно, на прописан начин и у складу са препоруком произвођача? | <input type="checkbox"/> да-2        |                               |
|                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> делимично-1 |                               |
|                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> не-0        |                               |

#### 6. КАДАР

|                                                                                                                                                                                   |                                      |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је у поликлиници запослен прописан кадар са високом стручном спремом?                                                                                                    | <input type="checkbox"/> да-2        | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли је у поликлиници запослен прописан кадар са вишом, односно средњом стручном спремом?                                                                                     | <input type="checkbox"/> да-2        | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли персонални досијеи запослених здравствених радника садрже све прописане доказе о стручној спреми, радноправном статусу и пријави на осигурање?                           | <input type="checkbox"/> да-2        |                               |
|                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> делимично-1 |                               |
|                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> не-0        |                               |
| 4. Да ли здравствени радници поседују лиценце надлежне коморе здравствених радника?                                                                                               | <input type="checkbox"/> да-2        | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 5. Да ли су, осим запослених, у поликлиници радно ангажовани други радници?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> да          | <input type="checkbox"/> не   |
| 6. * Да ли је радно ангажовање других радника извршено на прописан начин и по прописаном правном основу - допунски рад?                                                           | <input type="checkbox"/> да-2        | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 7. Да ли су за здравствене раднике са високом школском спремом, који су запослени по уговору о раду или другом правном основу, обезбеђени штабилни прописане величине и садржаја? | <input type="checkbox"/> да-2        | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 8. Да ли су у поликлиници радно ангажовани страни држављани?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> да          | <input type="checkbox"/> не   |
| 9. * Да ли је радно ангажовање странаца извршено на прописан начин (уз поседовање потребне персоналне и друге документације и аката надлежне коморе здравствених радника)?        | <input type="checkbox"/> да-2        | <input type="checkbox"/> не-0 |

**7. ЛЕКОВИ И МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА**

|                                                                                                    |                               |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је поликлиника обезбедила лекове за указивање хитне медицинске помоћи и антишок терапију? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли се складиштење и чување лекова врши на прописан начин?                                    | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли су затечени лекови у року трајања?                                                        | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

**8. ПРОПИСАНЕ ОБАВЕЗЕ О ЗАШТИТИ СТАНОВНИШТВА ОД ИЗЛОЖЕНОСТИ ДУВАНСКОМ ДИМУ**

|                                                                                                                                |                               |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је у поликлиници истакнут знак забране пушења прописаног облика и садржине?                                           | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли је у поликлиници истакнуто обавештење прописаног садржаја о лицу задуженом за контролу забране пушења у свакој смени? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли лице задужено за контролу забране пушења спроводи прописане обавезе?                                                  | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 4. Да ли, у тренутку надзора, нису затечена лица са упаљеном цигаретом, опушци, пепељаре, и не осећа се дувански дим?          | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

**9. ЗАШТИТА ОД БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА И ПРИЈАВЉИВАЊЕ БОЛЕСТИ**

|                                                                                                                 |                               |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли се редовно, у прописаним роковима и на прописан начин, врши пријављивање заразних болести?             | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли се редовно, у прописаним роковима и на прописан начин, врши пријављивање хроничних незаразних болести? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

**10. ИНДИВИДУАЛНИ, ЗБИРНИ И ПЕРИОДИЧНИ ИЗВЕШТАЈИ**

|                                                                                                                                     |                               |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли се надлежним органима (завод за јавно здравље и друге организације) достављају прописани извештаји, у прописаним роковима? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

**11. СТРУЧНО УСАВРШАВАЊЕ**

|                                                                          |                               |                               |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је оснивач донео план стручног усавршавања прописане садржине?  | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли је установљена и да ли се води евиденција стручног усавршавања? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли поликлиника има здравствене раднике упућене на специјализацију? | <input type="checkbox"/> да   | <input type="checkbox"/> не   |

**12. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА**

|                                                                                                                                                                               |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. Да ли је установљена и да ли се води сва прописана медицинска документација, на прописаним обрасцима (протокол, лекарски извештај и др.)?                                  | <input type="checkbox"/> да-2                               |
|                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> делимично-1                        |
|                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> не-0                               |
| 2. Да ли се медицинска документација води уредно и да ли садржи прописане податке (анамнеза, статус, налаз, предузете мере, дат савет и др.)?                                 | <input type="checkbox"/> да-2                               |
|                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> делимично-1                        |
|                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> не-0                               |
| 3. Да ли се медицинска документација води према врсти делатности?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 4. Да ли податке у медицинску документацију уписује овлашћени здравствени радник и оверава их својим потписом?                                                                | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 5. Да ли је медицинска документација обезбеђена од неовлашћеног приступа, копирања и злоупотребе (независно од облика у коме су подаци из медицинске документације сачувани)? | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |

**13. СПРОВОЂЕЊЕ ОБАВЕЗА У ПОГЛЕДУ МЕДИЦИНСКОГ ОТПАДА**

|                                                                                                                  |                               |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли се медицински отпад у поликлиници сакупља и разврстава на прописан начин?                               | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли се врши одлагање медицинског отпада на прописан начин?                                                  | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли поликлиника има склопљен уговор са овлашћеним правним лицем за третман и уништавање медицинског отпада? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

**14. УНУТРАШЊА ПРОВЕРА КВАЛИТЕТА СТРУЧНОГ РАДА**

|                                                                                        |                               |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је оснивач поликлинике донео годишњи програм провере квалитета стручног рада? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли оснивач редовно врши унутрашњу проверу квалитета стручног рада?               | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли се о вршењу унутрашње провере води евиденција/записник?                       | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 4. Да ли оснивач предузима мере за отклањање недостатака?                              | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

**15. ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Да ли је пацијенту доступна информација о имену, презимену и професионалном статусу здравствених радника, који учествују у предузимању медицинских мера (идентификационе картице или други начин информисања)?                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли прегледу пацијента и предузимању медицинских мера присуствују само здравствени радници, односно здравствени сарадници, који непосредно учествују у вршењу прегледа или извођењу медицинске мере (право на приватност)?                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли се поштује пристанак пацијента да прегледу или извођењу медицинске мере присуствују и друга лица, односно изричит захтев пацијента да прегледу или извођењу медицинске мере, осим доктора медицине или доктора стоматологије, не присуствују други здравствени радници, односно здравствени сарадници?                                                            | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 4. Да ли је пацијент у поликлиници обавештен да је слободан да одлучује о свему што се тиче његовог здравља?                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 5. Да ли је пацијенту надлежни здравствени радник дао благовремено обавештење о здравственом стању, могућим начинима лечења, укључујући и алтернативне методе лечења, циљу и користи од предложене медицинске мере, врсти и вероватноћи могућих ризика, последицама предузимања или непредузимања лечења и свим другим питањима од значаја за доношење одлуке о пристанку? | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 6. Да ли је здравствени радник, на дан прегледа, у медицинску документацију унео податак да је пацијенту, односно законском заступнику, дао обавештење пре доношења одлуке о пристанку и да ли је ту констатацију оверио својим потписом?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 7. Да ли се медицинске мере над пацијентом спроводе само уз његов пристанак, односно пристанак његовог законског заступника (прећутан или изричит, усмени или писмени)?                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 8. Да ли се пацијентово одбијање предложене медицинске мере евидентира у медицинској документацији?                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |
| 9. Да ли се, у случајевима кад надлежни здравствени радник сматра да законски заступник детета, односно пацијента лишеног пословне способности, не поступа у складу са њиховим најбољим интересима, обавештава надлежни орган старатељства?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> да-2 | <input type="checkbox"/> не-0 |

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 10. Да ли податке о здравственом стању пацијента и податке из медицинске документације пацијента запослена лица у поликлиници чувају као поверљиве?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 11. Да ли се подаци о здравственом стању пацијента и подаци из медицинске документације пацијента (који су подаци о личности и сматрају се нарочито осетљивим) другим лицима саопштавају само уз пристанак пацијента, а без пристанка само на прописан начин? | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 12. Да ли се пацијенту, законском заступнику пацијента, односно члану уже породице умрлог, омогућава право на увид и на копију медицинске документације?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 13. Да ли је у поликлиници истакнуто обавештење за пацијенте о могућностима и начину решавања њихових приговора?                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 14. Да ли је, на видном месту, истакнуто обавештење о саветнику пацијената: радно време, адреса, број телефона?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 15. Да ли се саветнику пацијената, увид у медицинску документацију омогућава само у присуству здравственог радника?                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 16. Да ли се саветнику пацијента, у прописаном року, достављају сви тражени подаци, информације и мишљења?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |

#### 16. ПОСТУПАЊЕ У ЗАШТИТИ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА И ЗАШТИТИ ЖЕНА ИЗЛОЖЕНИХ НАСИЉУ

|                                                                                                                                                 |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. Да ли су здравствени радници упознати са обавезама у случају сумње на постојање злостављања и занемаривања детета и на насиље над женама?    | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 2. Да ли се у поликлиници врши збрињавање и евидентирање таквих случајева?                                                                      | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли поликлиника врши пријављивање таквих случајева надлежним органима (МУП, орган старатељства)?                                           | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 4. Да ли је у поликлиници доступан списак са адресама и бројевима телефона ресурса у заједници који могу пружити подршку жени изложеној насиљу? | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |

#### МОГУЋЕ/НИЈЕ ОБАВЕЗНО

#### 17. НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ И ТРАДИЦИОНАЛНА МЕДИЦИНА

|                                                                                                                          |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. Да ли је поликлиника у праксу увела примену нових здравствених технологија?                                           | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не     |
| 2. Да ли нове здравствене технологије уведене у праксу на прописан начин (сагласност комисије Министарства здравља)?     | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |
| 3. Да ли поликлиника користи дозвољене методе традиционалне медицине?                                                    | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не     |
| 4. Да ли су методе традиционалне медицине уведене у праксу на прописан начин (сагласност комисије Министарства здравља)? | <input type="checkbox"/> да-2 <input type="checkbox"/> не-0 |

#### РЕЗУЛТАТ НАДЗОРА У БОДОВИМА:

| Могући<br>укупан број<br>бодова | Без тачке 6.6., 6.9. и тачке 17 |     | *Са тачком 6.6., 6.9. и тачке 17 |     |
|---------------------------------|---------------------------------|-----|----------------------------------|-----|
|                                 | Број                            | %   | Број                             | %   |
|                                 | 134                             | 100 | 142                              | 100 |

Надзором УТВРЂЕНИ БРОЈ БОДОВА: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_%)

| Степен ризика | Незнатан            | Низак               | Средњи             | Висок           | Критичан                |
|---------------|---------------------|---------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|
| Број бодова   | 122-134<br>*129-142 | 108-120<br>*115-128 | 95-107<br>*100-113 | 82-94<br>*86-99 | 80 и мање<br>*85 и мање |
| Проценат      | 91%-100%            | 81%-90%             | 71%-80%            | 61%-70%         | 60% и мање              |

ПРИСУТНО ЛИЦЕ

ЗДРАВСТВЕНИ ИНСПЕКТОР

М.П.

ШИФРА: КЛ-014-01/08

Београд, 16. децембар 2020. године