



UNIVERZITET SINGIDUNUM
Departman za posleddiplomske studije

MASTER RAD

UVOĐENJE SISTEMA KVALITETA U ZDRAVSTVENE USTANOVE U FUNKCIJI AKREDITACIJE

MENTOR:

Prof. dr Milenko Heleta

STUDENT:

Biljana Borovina-Baklaja

411019/2010

Beograd, 2011. godina

Sažetak

Unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova, kao sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika i svih drugih zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite, predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i efektivnosti u radu i veća satisfakcija pacijenata. Ujedno to je i osnov tranzicionih napora za bolje funkcionisanje zdravstvenog sistema i imperativ za identifikovanje niza faktora unutar i van sistema koji to funkcionisanje omogućavaju ili otežavaju.

Cilj koji se želi postići ovim radom da se da prikaz načina uspostavljanja sistema upravljanja kvalitetom po modelu ISO 9001/2008 u zdravstvenoj organizaciji, a sve to u funkciji uspešne akreditacije zdravstvene ustanove. To znači da postoji mogućnost integrisanja standarda ISO 9001 i standarda akreditacije, što bi dovelo do unapređenja kvaliteta rada zdravstvene ustanove, koji se ostvaruje usmeravanjem na korisnike usluga tj. pacijente i širu društvenu zajednicu.

Pored toga, važan segment je i integrisanje unapređenja kvaliteta u svakodnevne aktivnosti zaposlenih kroz multidisciplinarni, multisektorski i timski rad.

Ključne reči: upravljanje kvalitetom, akreditacija, zdravstvena zaštita, standardi.

Apstract

Improving the quality of health institutions, ie health care, as an integral part of daily activities of health workers and other employees in the health care system, represents a continuous process aimed at achieving higher levels of efficiency and effectiveness in the work, as well as greater patient satisfaction. This is also the basis of transitional efforts for a better functioning health system and the imperative for identifying a number of factors within and outside the systems which either enable or aggravate this kind of functioning.

The goal to be achieved in this paper is to show methods of establishing a system of quality management by model ISO 9001/2008 in health organization, all in function of successful accreditation of health institutions. In other words, there is a possibility of integration of ISO 9001 standard and standards of accreditation, which would lead to improvements in the quality of health care facilities, which is achieved by focusing on service users, ie. patients, as well as the wider community.

In addition, an important segment is also the integration of quality improvement in every day activities of employees through a imultidisciplinary, multisectoral and team work

Key words: quality management, accreditation, health care, standards.

SADRŽAJ

UVOD	4
1. METODOLOGIJA ISTRAŽIVAČKOG RADA	4
1.1. Cilj istraživanja	5
1.2. Predmet istraživanja	5
1.3. Hipotetički okvir	5
1.4. Metode istraživanja	6
1.5. Struktura rada	6
2. MENADŽMENT KVALITETA	8
2.1. Pojam, uvod i definisanje kvaliteta	8
2.2. Evolucija upravljanja kvalitetom	8
2.2.1. Kontrolisanje i ispitivanje	9
2.2.2. Kontrola kvaliteta	9
2.2.3. Obezbeđenje kvaliteta	10
2.2.4. Menadžment kvaliteta	12
2.2.5. Totalni menadžment kvaliteta (Total Quality Management)	12
2.2.6. Totalni kvalitet društva (Total quality society)	13
2.3. Standardizovani menadžment sistemi	13
2.3.1. Integrisan menadžment sistem i totalni kvalitet	15
2.4. ISO 9001:2008	17
3. SISTEM KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	23
3.1. Definicija	23
3.2. Strategija za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite	24
3.3. Principi i načela unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite	27
3.3.1. Principi kvaliteta zdravstvene zaštite	27
4. PROCESNI PRISTUP	30
4.1. Opšti zahtevi za procese	30
4.2. Definicija procesa	31
4.3. Procesni pristup u zdravstvu	33
5. DOKUMENTACIJA	38
5.1. Obim dokumentacije	39
5.2. Obavezne procedure po zahtevu ISO 9001	40
5.3. Definicija i svrha procedure	41
6. POLITIKE I PROCEDURE U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	42
6.1. Definicija procedura u zdravstvu	43
6.2. Izrada politika i procedura	43
6.3. Odobranje politika i procedura	44
6.4. Distribucija usvojenih politika i procedura	44
6.5. Provera primene usvojenih politika i procedura	45
6.6. Revizija politika i procedura	45
7. Mehanizmi unapređenja kvaliteta u Evropskim zemljama	46
8. AKREDITACIJA	48
8.1. Istorija akreditacije	48
8.2. Međunarodna iskustva	49

8.3. Definicija akreditacije	50
8.4. Ciljevi akreditacije	51
8.5. Značaj akreditacije	52
9. KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.....	53
9.1. Unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite.....	53
9.2. Priprema zdravstvene ustanove za akreditaciju	54
9.2.1. Faza svesnosti.....	58
9.2.2. Probni period	58
9.2.3. Faza širenja.....	59
9.2.4. Faza konsolidacije	60
10. AKREDITACIONI STANDARDI	62
10.1. Definicija i podela	62
10.2. Standardi za akreditaciju.....	63
10.3. Forma standarda	63
10.4. Struktura standarda.....	63
10.4. Cilj primene standarda.....	65
11. Mapa procesa zdravstvene ustanove	66
12. PROCES AKREDITACIJE	68
12.1. Samoocenjivanje	69
12.2. Uslovi za dobijanje akreditacije	70
12.3. Koristi od akreditacije	70
13. BEZBEDNOST PACIJENTA	72
13.1. Inicijalni ciljevi za bezbednost pacijenta.....	72
13.2. Neophodne aktivnosti za ostvarenje ciljeva vezanih za bezbednost pacijenta	73
13.2.1. Procedure u hirurgiji vezane za bezbednost.....	73
13.2.2. Svođenje na minimum mogućnosti nastanka infekcija u ustanovama	73
13.2.3. Bezbedno rukovanje lekovima	74
13.2.4. Nega i lečenje “pravog” pacijenta	74
13.2.5. Do bezbednog lečenja eliminisanjem/svođenjem na minimum	75
neželjenih događaja	75
14. Pokazatelji kvaliteta rada zdravstvene ustanove	76
14.1. Analiza pokazatelja kvaliteta rada za pedijatrijske ustanove tercijalnog nivoa	77
14.1.1. Stopa letaliteta	78
14.1.2. Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema	79
14.1.3. Prosečna dužina bolničkog lečenja.....	79
14.1.4. Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji	80
14.1.5. Procenat obdukovanih.....	81
14.1.6. Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcioni dijagnoza.....	82
15. ZAKLJUČAK	85
16. LITERATURA	88

UVOD

Kvalitet i bezbednost zdravstvene zaštite nalazi se u vrhu prioriteta evropskih i međunarodnih zdravstvenih sistema. Aktivnosti vezane za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta su integrisane u sam proces akreditacije.

U većini zemalja, u reformi zdravstvenog sistema, poboljšanje kvaliteta usluga ima glavnu ulogu.

Sve zemlje suočavaju se sa izazovima da sa raspoloživim resursima osiguraju pristup, sigurnost i učešće pacijenata, i da razvijaju veštine, tehnologiju i medicinu na bazi dokaza.

Kvalitet je bitna i neophodna komponenta zdravstvene zaštite i obeležje svake aktivnosti koju sprovodimo u zdravstvu i medicini.

Izgradnja sistema kvaliteta i dalji konstantan rad na njegovom poboljšanju zahteva niz značajnih promena u ustanovama koje pružaju zdravstvenu zaštitu.

Zdravstvene ustanove moraju da obezbede zadovoljstvo korisnika svojih usluga, ostvarujući najbolji mogući kvalitet u dijagnozi bolesti, lečenju i nezi pacijenta po prihvatljivim cenama i uz najmanji mogući rizik pojave grešaka i nepovoljnih efekata u odnosu na pacijente.

Akreditacija je u mnoge zemlje širom sveta uvedena kao deo sveobuhvatne strategije za stalno unapređenje kvaliteta rada ustanova, sistema i rezultata zdravstvene zaštite, a sve u korist pacijenata i drugih zainteresovanih strana. Međutim, koliko će program biti efektivan, održiv i dostupan, zavisi od sistema zdravstvene zaštite u datoj državi, vrste odabranog programa i načina na koji je taj program implementiran.

Proces akreditacije je osmišljen kao plan za postizanje izvrsnosti u svakodnevnoj kliničkoj i upravljačkoj praksi. Ona podstiče ustanove zdravstvene zaštite da koriste akreditacione standarde kao operativne alate za rutinsko procenjivanje i dokumentovanje svojih prednosti, kao i identifikovanje i ispravljanje svojih slabosti.

Akreditacija omogućava zdravstvenim ustanovama da se fokusiraju na ono što je dobro, odnosno što nije dobro i ono što zahteva poboljšanje i unapređenje u njihovim ustanovama.

Treba naglasiti, da je akreditacija samo deo procesa promene zdravstvene kulture i da u budućnosti treba

da postane **1. METODOLOGIJA ISTRAŽIVAČKOG RADA**

proces učenja,

kao integralni deo stalnog unapređenja kvaliteta.

1.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je proučavanje sistema kvaliteta i njegova primena u zdravstvenoj ustanovi, kako elementi sistema kvaliteta mogu da odgovore standardima akreditacije, da prikažemo model zdravstvene ustanove koji zadovoljava standarde ISO 9001 i standarde akreditacije.

Naučni cilj rada jeste naučna deskripcija i analiza pokazatelja kvaliteta rada pedijatrijskih ustanova tercijalnog nivoa za grad Beograd, koji su definisani Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

1.2. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja ovoga rada je sistem kvaliteta ISO 9001 kroz unapređenje kvaliteta rada zdravstvene zaštite, kao i ključni elementi strategije za unutrašnje poboljšanje kvaliteta rada. Pored toga, akcenat stavljamo na zahteve QMS koje organizacija mora da ispuni, odnosno identifikacija svih procesa i njihovo međusobno delovanje, definisanje dokumentacije QMS, tj. politika i procedura u sistemu zdravstvene zaštite, koje je potrebno razviti za sva operativna polja zdravstvene ustanove i na svim nivoima sistema.

Predmet istraživanja ovoga rada je i akreditacija zdravstvenih ustanova, njen značaj u pogledu unapređenja kvaliteta rada zdravstvene zaštite, kao i ključni elementi za stalno unapređenje kvaliteta, što zahteva uvođenje kulture kvaliteta. Veliki značaj ukazao je standardima za akreditaciju, a posebno standardima koji se odnose na bezbednost pacijenta u zdravstvenoj ustanovi.

1.3. Hipotetički okvir

Opšta hipoteza: svaka zdravstvena organizacija teži da uvođenjem standarda sistema kvaliteta unapredi procese lečenja i nege pacijenata, a time dostigne i standarde akreditacije, a za dobrobit svih učesnika u procesu zdravstvene zaštite.

Posebne hipoteze:

- Definisanjem procedura, protokola lečenja, primenom zahteva standarda ISO 9001, zdravstvena ustanova će istovremeno obezbediti veće zadovoljstvo pacijenata i ispunjenje zahteva standarda za akreditaciju
- Uvođenjem sistema kvaliteta ISO 9001 u zdravstvenu ustanovu povećava se efektivnost i efikasnost zdravstvene službe, kao i čitavog sistema zdravstvene zaštite.
- Kvalitet rada direktno određuje kvalitet zdravstvene zaštite koju pruža zdravstvena ustanova.

1.4. Metode istraživanja

U ovom radu teorijskoj analizi će biti dodate i spoznaje iz domaće i međunarodne naučne literature, odnosno saznanja naučnika i drugih autora koji su istraživali problematiku kojom se bavi i ovaj rad, odnosno istraživana su i naučno-teorijska saznanja, relevantna literatura i savremena poslovna praksa.

Polazeći od opštih metoda istraživanja, primenićemo sintetički dijalektički metod, pre svega radi utvrđivanja konkretne nužnosti iz činjenica.

Metode naučnog (logičko) objašnjenja koje ćemo primeniti su zaključivanje na osnovu indukcije i dedukcije, analize i sinteze, apstrakcije, generalizacije, kompleksnog posmatranja, analize sadržaja i komparacije.

1.5. Struktura rada

Struktura rada sastoji se iz 8 poglavlja sa uvodom. U **UVODU** je objašnjena osnovna ideja rada. Prvo poglavlje pod nazivom **METODOLOGIJA ISTRAŽIVAČKOG RADA** daje sažet prikaz metodologije rada, cilj i predmet istraživanja, hipotetički okvir, metode istraživanja i kratak opis strukture rada. Drugo poglavlje **MENADZMENT KVALITETA** bavi se kvalitetom i predstavljanjem aspekata pojedinih menadzment sistema i predstavljanjem zahteva standarda ISO 9001. U trećem poglavlju **SISTEM KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE** želimo da istaknemo značaj uvođenja sistema kvaliteta u zdravstvene ustanove, razmatramo strategiju za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite, i navodimo osnovne principe i načela unapređenja kvaliteta u oblasti zdravstva. Četvrto poglavlje **PROCESNI PRISTUP** posvećeno je definisanju i klasifikaciji procesa, definisanju procesnog pristupa u zdravstvu, uporednom

prikazu mape procesa. Peto poglavlje **DOKUMENTACIJA** prikazuje hijerarhiju dokumentacije prema zahtevima QMS, definiše obavezne procedure po zahtevu standarda ISO 9001 i navodi svrhu procedura. Šesto poglavlje **POLITIKE I PROCEDURE U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI** definiše značaj politika i procedura u sistemu zdravstvene zaštite, prikazuje način izrade, definiše ključne osobe u procesu odobravanja politika i procedura, zatim prikazuje način distribucije odobrenih politika procedura i metode provere primene usvojenih, i navodi razloge revizije politika i procedura u zdravstvu. U sedmom poglavlju **MEHANIZMI UNAPREĐENJA KVALITETA U EVROPSKIM ZEMLJAMA** navodimo medele spoljnih menanizama za unapređnje kvaliteta koji su zastupljeni u zemljama Evrope. U osmom poglavlju **AKREDITACIJA** ističemo njen značaj na međunarodnoj sceni, navodimo definiciju i ciljeve akreditacije. Deveto poglavlje **KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE** posvećeno je značaju uvođenja sistema poboljšanja kvaliteta, kao prve faze u procesu akreditacije, gde navodimo faze sistema poboljšanja kvaliteta u zdravstvenoj ustanovi i detaljan opis svake od njih. Deseto poglavlje **AKREDITACIONI STANDARDI** posvećeno je definisanju i klasifikaciji standarda, tj. akreditacionih standarda, opisu forme i sadržaja standarda, koji su namenjeni zdravstvenim ustanovama sekundarnog i tercijalnog nivoa. Pored toga ističe i ciljeve primene standarda. U jedanaestom poglavlju **MAPA PROCESA ZDRAVSTVENE USTANOVE** dat je šematski prikaz ključnih procesa u organizaciji. Dvanaesto poglavlje **PROCES AKREDITACIJE** definiše etape kroz koje ustanova mora da prođe, definiše način sprovođenja samoocenjivanja, navodi uslove za zadovoljenje akreditacionih standarda i objašnjava koje su to koristi po zdravstvenu ustanovu od procesa akreditacije. U trinaestom poglavlju **BEZBEDNOST PACIJENTA** posebno ističemo značaj akreditaconih kriterijuma koji se odnose na bezbednost pacijenata u zdravstvenoj ustanovi tokom lečenja, navode se ciljevi bezbednosti pacijenata, zasnovani na međunarodnim ciljevima, kao i detaljan opis neophodne aktivnosti za osvarenje svakog posebnog cilja. U četrnaestom poglavlju **POKAZATELJI KVALITETA RADA ZDRAVSTVENE USTANOVE** dat je uporedni prikaz pokazatelja praćenja kvaliteta rada za pedijatrijske ustanove tercijalnog nivoa na teritoriji grada Beograda. U poglavlju **ZAKLJUČAK** nalaze se zaključna razmišljanja, a u poglavlju **LITERATURA** je spisak referentne literature i drugih izvora korišćenih za izradu rada.

2. MENADŽMENT KVALITETA

2.1. Pojam, uvod i definisanje kvaliteta

Reč kvalitet vodi poreklo od latinske reči „**qualitas**“ što znači da nešto ima dobra svojstva, osobine ili vrednost. Kvalitet označava ljudsko nastojanje da se stvari urade dobro i želja i potreba za kvalitetom je u suštini ljudske prirode.

Različiti autori različito definišu kvalitet ali u osnovi svi polaze od potrebe i zadovoljstva potrošača i mogućnosti da se oni zadovolje.

Prema Demingu, jednom od takozvanih gurua kvaliteta, kvalitet je predvidivi stepen jednoobraznosti i pouzdanosti koji zadovoljava tržišne potrebe sa niskim troškovima. Juran, drugi guru kvaliteta, definiše kvalitet kao pogodnost za upotrebu.

Možda najzanimljivije promovisanje kvaliteta za ovaj rad dao je F.Crosby kroz svoju knjigu „Kvalitet je besplatan“. Po njemu, kvalitet se definiše kao usaglašavanje sa zahtevima, a ne kao „dobar“ ili „loš“.

Prema ISO 8402 iz 1994.god. „kvalitet je celokupnost svih karakteristika entiteta koje se odnose na mogućnost da on zadovolji utvrđene i izražene potrebe“. Prema standardima kvaliteta ISO 9001 kvalitet se definiše kao nivo do kojeg skup svojstvenih karakteristika ispunjava određene zahteve.

Koncept tzv. „aktraktivnog kvaliteta“ objedinjuje objektivni i subjektivni aspekt kvaliteta i definiše se kao „nivo svojstvenih karakteristika koji je odlučujući za kupca da ga kupi odnosno optimalno koristi”.¹

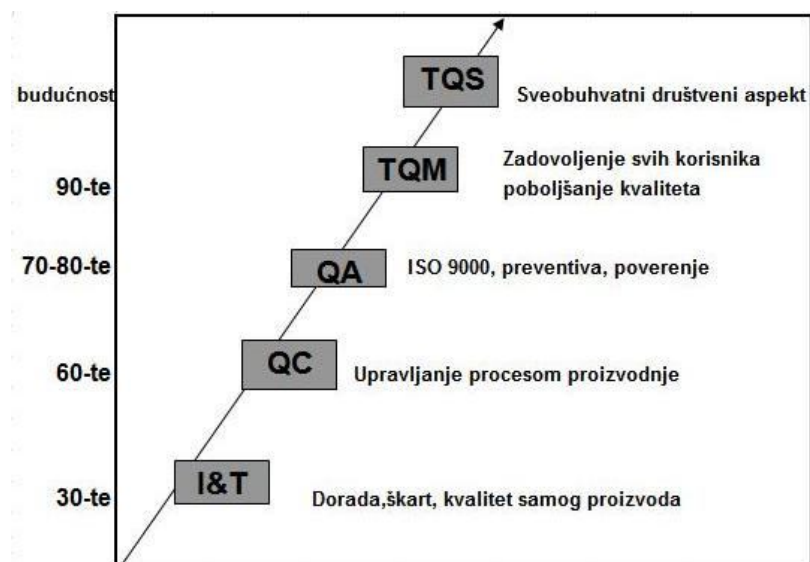
2.2. Evolucija upravljanja kvalitetom

Evolucija upravljanja kvalitetom može se posmatrati kroz sledeće faze:

- Kontrolisanje i ispitivanja (Inspection&Test)
- Kontrola kvaliteta (Quality Control)
- Obezbeđenje kvaliteta (Quality Assurance)
- Menadžment kvaliteta (Quality Management)

¹ Heleta M., prezentacija *Upravljanje kvalitetom*, Univerzitet Singidunum, 2009 ,

- Menadžment ukupnog kvaliteta (Total quality management)
- Sistem ukupnog kvaliteta (Total quality system)



Slika 1. Evolucija upravljanja kvalitetom²

2.2.1. Kontrolisanje i ispitivanje

Kontrolisanje (Inspection and test) predstavlja jedan od najjednostavnijih načina obezbeđenja kvaliteta. Kontrolisanje se sastojalo u poređenju ili proveravanju jedne ili više karakteristika proizvoda sa utvrđenim zahtevima i primenjivalo se na materijale, komponente, na određene faze u izradi proizvoda i gotove proizvode. Aktivnosti kontrolisanja, sortiranja i gradiranja proizvoda sprovodili su uglavnom zaposleni čiji je to bio osnovni posao. Sistem je interno orjentisan i nije usmeren na prevenciju.

2.2.2. Kontrola kvaliteta

Prema definiciji ISO 9000:2005, to je „deo menadžmenta kvaliteta usredsređen na ispunjavanje zahteva kvaliteta“.

Kontrola kvaliteta (Quality Control) obuhvata različite aktivnosti i metode koje se koriste u cilju postizanja i održavanja kvaliteta proizvoda, procesa i usluga. Ne bazira se samo na

² Heleta M., *Upravljanje kvalitetom*, Univerzitet Singidunum, 2009 ,

kontrolisanju u cilju eliminisanja neusaglašenosti u odnosu na definisane zahteve, već je usmerena i na otkrivanje i eliminaciju uzroka nastajanja problema kvaliteta. Neophodno upravljanje kvalitetom bazirati ne na kontrolisanju već na sprečavanju nastanka nedostatka.

Prema prvim verzijama ISO standarda, kontrola kvaliteta obuhvata operativne metode i aktivnosti koje imaju za cilj nadgledanje procesa i otklanjanje uzroka nezadovoljavajućih performansi u svim fazama petlje kvaliteta. Statistička kontrola kvaliteta predstavlja različite aktivnosti i metode koje se primenjuju u cilju postizanja i održavanje kvaliteta proizvoda, procesa ili usluga. Primenom kontrolnih karti razrađene su različite statističke metode za analizu kvaliteta industrijskih proizvoda.

Kontrola kvaliteta se bazira na sledeća četiri principa:

- Nema proizvodnje bez merenja
- Nema merenja bez podataka
- Nema podataka bez analize
- Nema analize bez feedback-a i korektivne akcije.

Ove aktivnosti obavljaju ne samo kontrolori već i tehnolozi, koji primenjuju Statistic Proces Control, metode za upravljanje tehnološkim proizvodnim procesima.

2.2.3. Obezbeđenje kvaliteta

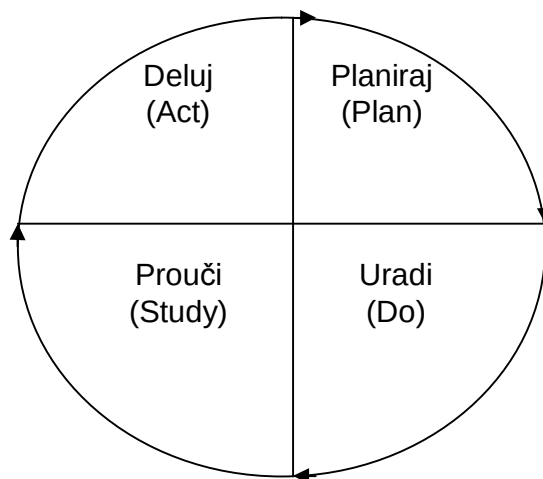
Prema ISO 9000:2008, to je „deo menadžmenta kvaliteta usredsređen na obezbeđenje poverenja u to da su ispunjeni zahtevi kvaliteta“.³

Obezbeđenje kvaliteta (Quality Assurance) bazično označava da se kontrola kvaliteta sprovodi na sistematski način, odnosno da se kroz planske i sistemske aktivnosti uspostavlja odgovarajuće upravljanje kvalitetom. Za razliku od kontrole kvaliteta, koja se odnosi na operativna sredstva za ispunjavanje zahteva, obezbeđivanje kvaliteta ima za cilj da pruži poverenje za ovo ispitivanje u okviru organizacije, a i eksterno. To podrazumeva usaglašenost ne samo u sferi proizvodnje, već i tokom projektovanja/razvoja, ugradnje i servisiranja, ocenjivanje i proveru funkcionisanja sistema kvaliteta (uključujući dokumentaciju). Serija međunarodnih standarda ISO 9001 predstavlja racionalizaciju mogućih i različitih pristupa u ovoj oblasti. ISO 9000 predstavlja osnovu za uspostavljanje sistema kvaliteta, osiguranje usaglašenosti sa zahtevima kvaliteta i za ostvarivanje dugoročne doslednosti ovog sistema.

³ Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2008.,

Jedan od često navođenih pristupa koji predstavlja osnov objašnjenja upravljanja kvalitetom i njegovog unapređenja jeste Demingov ciklus PDCA (Plan-Do-Check-Act/Planirati-Uraditi-Proveriti-Delovati). Uobičajen način grafičkog prikazivanja ovog ciklusa u obliku kruga ili točka govori o povezanosti ovih aktivnosti u procesu trajnog i dinamičnog upravljanja kvalitetom.

Istovremeno, proces PDCA treba shvatiti i kao proces sticanja znanja. Može se primeniti kako na pojedine procese u preduzeću, tako i na preduzeće u celini.



Slika 2. Demingov ciklus PDCA ⁴

- Prva **faza planiranja** se odnosi na proučavanje i analizu postojećeg stanja, prikupljanje odgovarajućih podataka da bi se razumele potrebe kupaca, stanja konkurentskih proizvoda i procesa u cilju izrade plana akcije.
- Zatim se **primenjuju potrebni procesi** onako kako je planom utvrđeno. Kada je plan formulisan, resursi identifikovani, odgovornosti utvrđene i zaposleni obučeni, preduzeti su prvi koraci ka poboljšanju.
- U **fazi proveravanja** sagledavaju se efekti faze "uradi". Oni se porede sa očekivanim rezultatima. Zbog mogućih problema i grešaka i zato što je potrebno obezbediti osnovu za naredna poboljšanja, ovu fazu treba pravilno i precizno sprovesti uz primenu odgovarajućih analitičkih tehnika i alata.
- Sledi **preduzimanje akcije** u cilju poboljšavanja performansi. Ceo ciklus se sprovodi ponovo, a uspešna poboljšanja predstavljaju novi i viši standard.

⁴ Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2008.

Standard ISO 9001: 2008 definiše pojam sistem kvaliteta kao „menadžment sistem kojim se sa stanovišta kvaliteta vodi organizacija i njome upravlja“. Iz samog naziva se vidi da se više ne govori o modelu sistema za obezbeđenje kvaliteta, već o sistemu menadžmenta kvalitetom. U pitanju je sistem menadžmenta kvalitetom (SKM) zasnovan na procesima, koji predstavlja svojevrsan način upravljanja poslovanjem čije polazište predstavlja kvalitet. Iz ovog sledi da kvalitet nije nešto posebno, odnosno nešto što se može izdvojiti iz proizvoda, već da mora biti uključen u sve poslovne aktivnosti.

2.2.4. Menadžment kvaliteta

Od 80-tih godina prošlog veka, upravljanje kvalitetom se sve više usmerava na funkcionisanje preduzeća kao skupa međusobno povezanih delova, na kvalitet kao pokretačku snagu menadžmenta i sredstvo za poboljšanje poslovanja. Kvalitet postaje paradigma konkurentnosti.

Po ISO 9000:2000 menadžment kvaliteta se definiše kao „koordinisane aktivnosti za vođenje organizacije u odnosu na kvalitet“.⁵

Dalji razvoj kvaliteta dovodi do jačanja funkcije menadžmenta i on se obogaćuje novim tehnikama i alatima za praćenje, postizanje, održavanje i poboljšanje kvaliteta.

Primenom principa menadžmenta kvaliteta na sve aspekte poslovanja dolazi se do koncepta menadžmenta ukupnog kvaliteta (Total Quality Management- TQM).

2.2.5. Totalni menadžment kvaliteta (Total Quality Management)

Opšti cilj je totalnog menadžment kvaliteta baziran na neprekidnom poboljšanju. Ovakav pristup u savremenim uslovima privređivanja je neophodan da bi se ostvarila konkurentska prednost. Reč totalni ili ukupni izražava ideju da svi zaposleni, preko svake funkcije i nivoa u organizaciji, teže kvalitetu. Reč kvalitet sugerise izvrsnost svakog aspekta organizacije. Menadžment ukazuje da se teži kvalitetu kao posledica procesa menadžmenta kvaliteta.

Sve se više uočava izuzetno širenje TQM-a koji postaje sastavni element poslovnog razmišljanja koji je neizbežna i globalno prisutna strategijska alatka savremene industrijske privrede. Njegovo širenje postavlja se i kao podrška i izazov za nov naglasak na resurse specifične za preduzeće u istraživanju strategijskog menadžmenta. Analitičari pripisuju značajan

⁵ Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2008.

doprinos TQM japanskom vođstvu u globalnoj ekonomiji, a u najnovije vreme i u obnovljenoj američkoj konkurentnosti.

TQM je poslovna filozofija koja ima za cilj postizanje poslovne izvrsnosti koja se bazira na fokusu na potrošača, partnerstvu sa dobavljačima, razvoju i uključivanju svih zaposlenih. To je višedimenzionalan, dinamičan i sveobuhvatan model koji pored tradicionalnog menadžment metoda *planiraj-komanduj ili realizuj-kontroliši* dodaje i novu aktivnost *poboljšaj* koja se ostavaruje uz konstantno učešće svih zaposlenih.

2.2.6. Totalni kvalitet društva (Total quality society)

Ovaj koncept gleda na budućnost i reflektuje sveobuhvatni društveni aspekt kvaliteta. On se zasniva na:

- Širokom društvenom razumevanju kvaliteta
- Kulturi kvaliteta organizacije
- Poštovanju etičkih normi, poslovnog morala, tradicionalnih vrednosti i duhovnosti čoveka
- Odgovornosti organizacije za zdravlje, bezbednost i prava zaposlenih
- Respektu okoline
- Štednji prirodnih resursa ⁶

2.3. Standardizovani menadžment sistemi

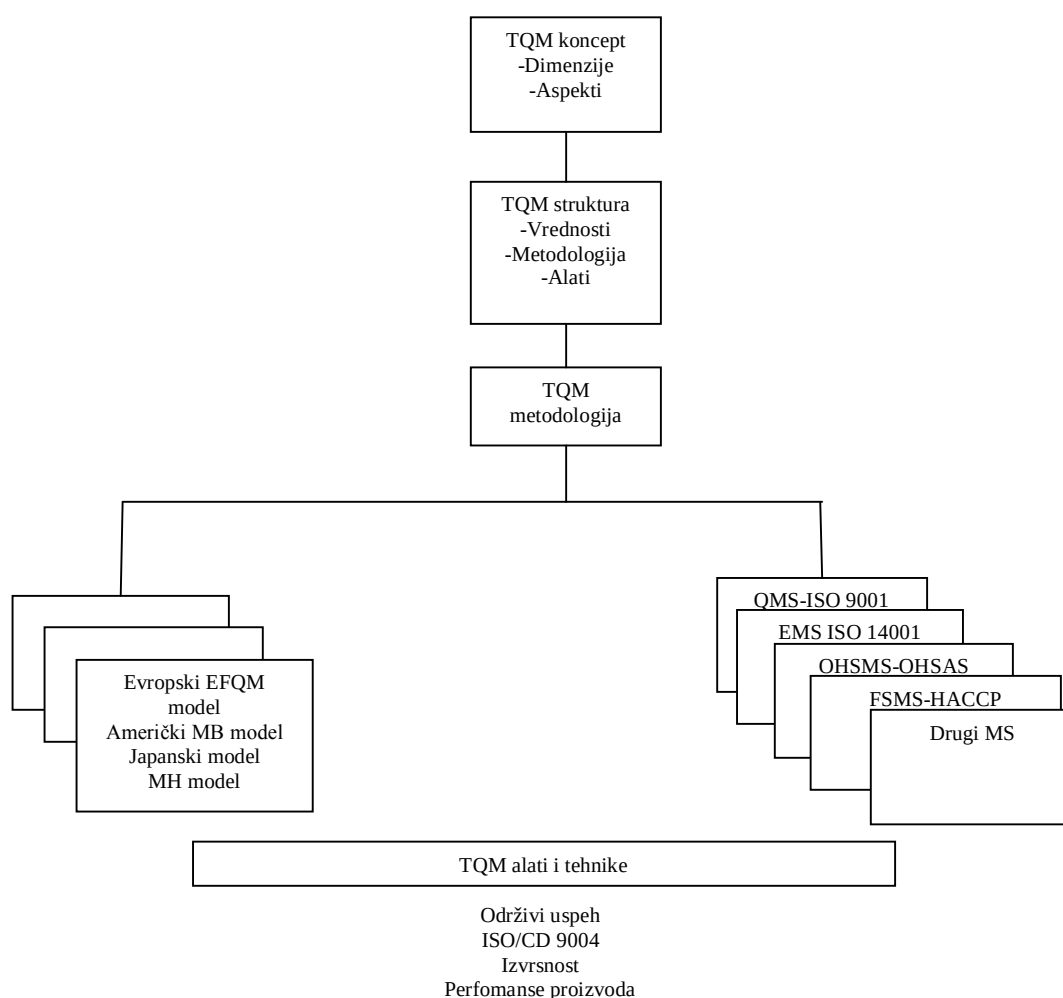
Metodologije TQM-a se razvijaju u dva međusobno odvojena pravca:

- **Modeli izvrsnosti** organizacije u celini- kao kreativnog okvira za celokupnu strukturu menadžment sistema i za rezultate organizacije. Ovaj metod se u praksi koristi u malom broju naprednih i velikih organizacija čiji je cilj ostvarenje izvanrednih performansi po svim aspektima, kako sposobnosti interne organizacije tako i rezultata poslovanja
- **Standardizovani menadžment sistemi** su sistemi koji se međusobno mogu integrisati. Ovaj metod se u praksi masovno primenjuje (u svetu danas oko milion organizacija poseduje ISO 9001) sa ciljem da se standardizuju i unaprede pojedini aspekti performansi organizacija (kvalitet proizvoda i procesa, smanjenje rizika uticaja na životnu sredinu, zdravlje i bezbednost na radu itd.)

⁶ Heleta M., *TQM-Model izvrsnosti*, Beograd, 2004.,

Razlog za razdvojenost ova dva pravca leži u tome što nije jednostavno da se standardizuju zahtevi za celokupan menadžment sistem kao i u nespremnosti organizacija da toliko detaljno usklade svoj sistem. U svakom slučaju budućnost je veza ove dve metodologije i ostvariće se tako što se kroz primenu modela izvrsnosti u najnaprednije svetske organizacije gradi najbolja praksa koja služi kao iskustvo za standardizaciju sistema za masovnu upotrebu. Upravo je ISO 9004 koji je tek izašao na tragu tome.

Ovaj rad će se više kretati u pravcu ove druge metodologije jer je domaćim preduzećima to sigurno lakše i brže da usvoje ali nećemo zaboraviti ni da bi kontinualno poboljšanje sveukupnih performansi organizacije trebalo da bude njihov vrhovni cilj.



Slika 3. Struktura i koncept menadžmenta kvaliteta⁷

⁷ Heleta M, *Menadžment kvaliteta*, Beograd, 2008.

Standardizacija menadžment sistema postaje prvorazredno pitanje poslovanja organizacije na globalnom tržištu u dvadeset prvom veku. Pored vlasnika organizacija čiji su prioritet profit i što brža oplodnja uloženog kapitala, različite zainteresovane strane: kupci, društvena zajednica, zaposleni, isporučioци i vlada, na organizovan način vrše sve veći pritisak i postavljaju zahteve da organizacije adaptiraju svoj menadžment sistem prema različitim standardima kako bi unapred bili sigurni da će ispuniti njihova očekivanja.⁸

Strateški značajno pitanje za organizacije postaje sertifikacija standardizovanih menadžment sistema: kvaliteta (QMS) prema standardu ISO 9001, životne sredine (EMS) prema ISO 14000, zdravlja i bezbednosti (OHSMS) prema OHSAS 18000, bezbednosti hrane prema HACCP i ISO 22000 i drugih. O ovim standardima pojedinačno će kasnije biti reči.

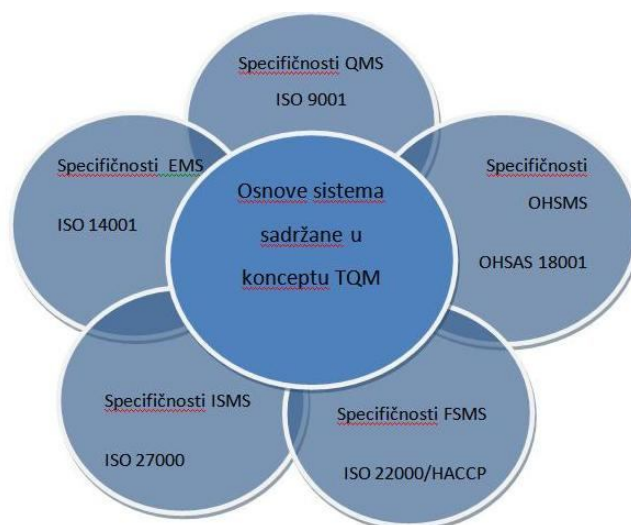
2.3.1. Integrisan menadžment sistem i totalni kvalitet

Integracija svih navedenih sistema sa postojećim sistemima u organizaciji u jedan operativni menadžment sistem predstavlja prvorazredno pitanje za njihove menadžere. Primena i implementacija različitih sistema/standarda zahtevaju jedan nov menadžerski pristup i to neke menadžere zbunjuje. Organizacije se nalaze pred dilemom jer svaka od gore navedenih zainteresovanih strana zahteva samo određeni sistem, prema određenom standardu. One imaju osnovni menadžment sistem i žele da ga što lakše adaptiraju i usklade sa zahtevima različitih standarda ali sa integrisanim resursima, nadležnostima, planovima, dokumentima, obukama i proverama, poboljšanjima i sertifikacijama. Ovo je moguće ostvariti ako se definišu zajednički principi, vrednosti, metodologija i osnove strukture na kojima svi oni počivaju. Tu stižemo do već pominjane filozofije tj. dragocenog koncepta TQM-a koji sadrži sve navedene elemente i predstavlja sveobuhvatni okvir u koji se mogu smestiti svi menadžment sistemi.

Standardi ISO 9001 su definisali zahteve za QMS, koji su usklađeni sa zahtevima ostalih standardizovanih menadžment sistema (EMS, OHSMS, ISO 22000, HACCP). Kompatibilnost se ne može postići automatski već zahvaljujući sveobuhvatnom konceptu TQM-a na kojem se svi ovi menadžment sistemi grade. To znači da se sistem kvaliteta može kreirati i implementirati tako da bude osnova za integrisanje ostalih parcijalnih menadžment sistema-standardizovanih (životne sredine, zdravlja i bezbednosti zaposlenih, laboratorije...) ili nestandardizovanih (proizvodni,

⁸ Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Beograd, 2008.

kadrovski, finansijski, strateški). Ovakav integrisani menadžment sistem je produktivniji i efikasniji.



Slika 4. Koncept integracije menadžment sistema ⁹

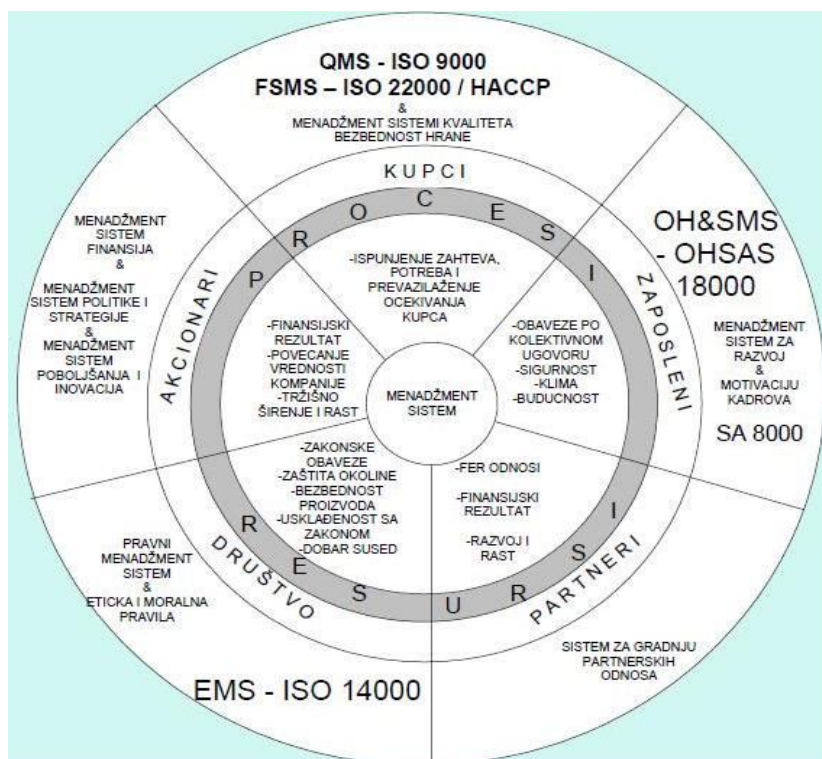
Osnove integrisanja ogledaju se u elementima TQM čija značenja sadrže osnovne ciljeve i kulturu organizacije:

- Liderstvo i participaciju
- Orijentaciju na korisnike i balans u zadovoljstvu svih korisnika organizacije
- Kontinualna poboljšanja i težnja ka izvrsnosti
- Procesni i sistemski pristup interne organizacije
- Interno i eksterno partnerstvo i kooperacija
- Društvena odgovornost koja uključuje i prevazilazi obaveze zakona i propisa

Na ovaj način različiti standardi/sistemi se posmatraju kao različiti aspekti **totalnog kvaliteta**. Dakle, na kraju stižemo do ovog pojma (jednakog pojmu izvrsnosti) totalnog kvaliteta koji obuhvata sve aspekte karakteristika:

⁹ Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Beograd, 2008.

- Funkcionalne ili upotrebne karakteristike proizvoda koje zadovoljavaju zahteve kupca, što se ostvaruje kroz QMS
- Karakteristike koje utiču na životnu sredinu, zdravlje i bezbednost zaposlenih, bezbednost hrane, bezbednost informacija (pokriveno preko ostalih standarda)
- Ostale organizacione, ekonomske i druge karakteristike organizacije i njenih rezultata



Slika 5. Struktura TQM integracijom menadžment sistema¹⁰

Planiranje, postizanje, održavanje i poboljšanje totalnog kvaliteta je cilj svake organizacije. Implementacija međunarodnih standarda i ostvarivanje integrisanog menadžment sistema put je postizanju poslovne izvrsnosti i ostvarivanju konkurentne prednosti na sve zahtevnijem tržištu.

2.4. ISO 9001:2008

Visok stepen kvaliteta je preduslov za postizanje veće konkurentnosti na svetskom tržištu. Implementiranjem standarda postiže se:

- obezbeđenje zadovoljenja kupaca

¹⁰ Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Beograd, 2009.

- zadovoljenje zahteva kupaca
- ocenjivanje sposobnosti organizacije da udovolji zahtevima kupaca putem internih ili eksternih kontrola.

ISO 9001:2008 se sastoji iz četiri glavna poslovna procesa:



Slika 6. Struktura ISO 9001:2008

Postupak uvođenja ISO 9001:2008 zahteva saradnju sa vrhunskim konsultantima zato što površinski rad i neiskustvo konsultanata u menadžmentu mogu da dovedu do kontraproduktivnog efekta i nerazumevanja ovog standarda od strane zaposlenih koji su osnova za uspešno funkcionisanje standarda u svim organizacijama. Vremenski period procesa implementacije sistema menadžmenta kvaliteta zavisi uglavnom od spremnosti organizacije na saradnju i stručnosti njenog osoblja.

Prva etapa implementacije odnosi se na menadžment organizacije koji je u obavezi da se u potpunosti upozna sa zahtevima ISO 9001:2008. Menadžment je taj koji donosi odluku o uvođenju sistema menadžmenta kvaliteta, vrši izbor spoljnih saradnika (konsultanata), obezbeđuje materijalne i ljudske resurse.

Druga etapa kod implementacije ISO 9001 se odnosi na identifikovanje procedura i procesa, kao i na izradu Poslovnika kvaliteta. Poslovnik kvaliteta predstavlja sponu između praktičnih procedura i zahteva ISO 9001:2008 i u njemu je sadržano sve „ono što će se raditi“, ali ni u kom slučaju „kako će se nešto raditi“. To „kako će se nešto raditi“ sadržano je u procedurama, zavisi od politike poslovanja i razlikuje se od firme do firme.

Treća etapa se sastoji iz dokumentovanja identifikovanih procedura i procesa. Ovo je jedna od najzahtevnijih etapa uopšte zato što se pri dokumentovanju mora voditi računa o tome da se sa što manje dokumenata pokriju sve procedure i procesi, a da pri tom budu funkcionalni i u potpunosti jasni svim zaposlenim. Od jasnoće i efikasnosti dokumenata zavisi uspešnost implementacije.

Nakon indeifikacije i dokumentovanja procedura, prelazi se na njihovu implementaciju. Implementacija predstavlja primenu ISO sistema u praksi i vrši se postepeno, korak po korak. Svaka procedura se mora proveriti pre implementacije, a naročita pažnja se mora obratiti na ispravnost dokumentovanja zapisa koji se na nju odnose. Ukoliko se smatra neophodnim, za neke od operativnih procedura se izrađuju upustva, koja objašnjavaju primenu procedura u praksi.

Sertifikacija ISO 9001:2008 se vrši nakon implementacije i uspešnog funkcionisanja standarda u organizaciji od strane nezavisnog međunarodnog sertifikacionog tela. Sertifikacija sistema menadžmenta kvaliteta predstavlja **eksternu kontrolu**. Nakon pozitivnog izveštaja sa ove kontrole sledi izdavanje sertifikata za kvalitet koji se obnavlja na godišnjem nivou.

Peta etapa se sastoji od interne kontrole (first control audit). Interna kontrola je kontrola koju vrši organizacija po ustanovljenoj proceduri u cilju pronalaženja i otklanjanja grešaka u sistemu organizacije. Interne kontrole služe za ispunjavanje osnovnog zahteva sistema menadžmenta kvaliteta koji se odnosi na stalno otklanjanje nedostataka i usavršavanje procesa, u cilju neprestanog poboljšanja menadžmenta kvalitetom u organizaciji.

U okviru serije standarda ISO 9000, identifikovano je 8 principa menadžmenta kvalitetom koje najviše rukovodstvo može da koristi pri vođenju organizacije, u cilju poboljšanja performansi, a koji se u velikoj meri poklapaju sa principima modernog menadžmenta i marketinški usmerenim poslovanjem:

1. **Usmerenje na korisnike** – organizacije zavise od svojih korisnika, stoga treba da razumeju aktuelne i buduće potrebe korisnika, da ispune njihove zahteve i da nastoje da pruže više nego što korisnici očekuju
2. **Liderstvo** – lideri uspostavljaju jedinstvo ciljeva i vođenja organizacije. Oni treba da stvaraju i održavaju interno okruženje u kojem osoblje može u potpunosti da učestvuje u ostvarivanju ciljeva organizacije

3. **Uključivanje osoblja** – osoblje na svim nivoima čini suštinski deo jedne organizacije i njihovim punim uključivanjem omogućava se da se iskoriste njihove sposobnosti za ostvarivanje dobrobiti organizacije
4. **Procesni pristup** – željeni rezultat se može efikasnije ostvarivati ako se menadžment odgovarajućim aktivnostima i resursima ostvaruje kao proces
5. **Sistemske pristup menadžmentu** – identifikovanje i razumevanje nekog sistema međusobno povezanih procesa i menadžment tim sistemom doprinose efektivnosti i efikasnosti organizacije u ostvarivanju njenih ciljeva.
6. **Stalna poboljšanja** – stalna poboljšanja performansi organizacije treba da predstavljaju njen stalni cilj
7. **Odlučivanje na osnovu činjenica** – efektivne odluke zasnivaju se na analizi podataka i informacija
8. **Uzajamno korisni odnosi sa isporučiocima** – organizacija i njeni isporučioči su nezavisni, pa uzajamno korisni odnosi povećavaju sposobnost i jednih i drugih da stvaraju vrednost.

Po standardu ISO 9001 dokumentacija Sistema menadžmenta kvaliteta mora da sadrži:

- Dokumentovane izjave o politici kvaliteta i ciljevima kvaliteta
- Poslovnika o kvalitetu (opisuje kako organizacija zadovoljava zahteve ISO 9001:2008)
- Dokumentovane procedure (opisuju metode kojim se upravlja procesima)
- Uputstva (opisuju kako se obavljaju individualni zadaci i aktivnosti)
- Zapisne

Svim ovim dokumentima mora se upravljati po uspostavljenim dokumentovanim procedurama.

Najviše rukovodstvo mora imati dokaze o svojim obavezama i delovanju na razvoju i promeni Sistema menadžmenta kvaliteta i na stalnom poboljšavanju njegove efektivnosti, kroz:

- **Fokus na kupca** (usmerenost na krajnjeg korisnika)
- **Uspostavljanje politike kvaliteta** (Politika kvaliteta - misija preduzeća)
- **Osiguranje da su utvrđeni ciljevi kvaliteta**
- **Preispitivanje**
- **Osiguravanje raspoloživosti resursa**

Organizacija mora da definiše i obezbedi resurse potrebne za:

- primenu i održavanje sistema menadžmenta kvalitetom i stalno poboljšanje njegove efektivnosti i
- povećanje zadovoljenja korisnika ispunjavanjem njihovih zahteva.

Pod resursima preduzeća smatraju se:

- zaposleni (ljudski resursi)
- infrastruktura
- radna sredina

Menadžment je dužan da imenuje jednoga člana (obično nekoga iz svog sastava) koji bez obzira na sve ostale odgovornosti mora biti odgovoran i ovlašćen za:

- osiguravanje da su procesi potrebni za sistem menadžmenta kvaliteta uspostavljeni, implementirani i da se održavaju
- izveštavanje menadžmenta o performansama sistema menadžmenta kvaliteta i izmenama neophodnim za njegovo poboljšanje
- podizanju nivoa svesti kod zaposlenih o zahtevima kupaca
- vezu sa eksternim stranama po pitanjima vezanim za sistem menadžmenta kvaliteta.

Organizaciji je neophodan menadžer kvaliteta koji će imati punu podršku menadžmenta.

Uprava mora imenovati nekog ko je u potpunosti upoznat sa zahtevima ISO 9001:2008, ko je sposoban da postupa u skladu sa njima i ko je spreman da pravovremeno izveštava menadžment o rezultatima sistema menadžmenta kvaliteta. Menadžer kvaliteta mora:

- biti lako dostupan i stajati na raspolaganju svim zaposlenim u organizaciji
- imati sposobnost komunikacije na svim nivoima i sa svim zaposlenim u organizaciji.

Menadžer kvaliteta mora biti odgovoran generalnom direktoru i mora biti isključen iz svih aktivnosti koje bi mogle imati suprotan uticaj na učinak kvaliteta.

Organizacija mora da planira i sprovodi procese praćenja, merenja, analize i poboljšanja u cilju:

- potvrde usaglašenosti proizvoda
- osiguranja usaglašenosti sistema menadžmenta kvalitetom i
- stalnog unapređenja efektivnosti sistema menadžmenta kvalitetom.

Kao jedno od merenja performansi sistema menadžmenta kvaliteta je praćenje informacija u kojoj meri su ispunjeni zahtevi korisnika. Moraju se utvrditi metode za dobijanje i korišćenje ovih informacija.

Da bi utvrdila da li je sistem menadžmenta kvaliteta usaglašen sa planiranim postavkama i zahtevima standarda, efektivno primenjen i održavan, organizacija mora da sprovodi interne provere u planiranim intervalima. Moraju se definisati kriterijumi provere, predmet i područje primene, učestalost i metode uz obezbeđenje objektivnosti i nepristrasnosti procesa provere.

Rukovodstvo odgovorno za oblast koja se proverava mora da osigura da se preduzmu mere, bez neposrednog odlaganja, za otklanjanje utvrđenih neusaglašenosti i njihovih uzroka. Naknadne aktivnosti moraju da obuhvate i verifikaciju preduzetih mera i izveštavanje o rezultatima verifikacije.

Sertifikat ISO 9001:2008 je na prvom mestu dokaz kvaliteta poslovanja i propusnica za ulazak na svetsko tržište koje diktira i zadaje određene standarde. Od početka implementacije ISO 9001:2008 pa do same sertifikacije koja se ogleda u kontroli i dodeli međunarodno priznatog sertifikata potrebno je da prođe određeni vremenski period u kome organizacija vrši sve neophodne promene u cilju ispunjenja svih zadatih zahteva sistema menadžmenta kvaliteta. Sertifikaciju vrše nezavisna sertifikaciona tela. Koristi od uvođenja ISO 9001:2008 su višestruke:

- Veća odgovornost i svest zaposlenih,
- Veća lojalnost kupaca,
- Bolje iskorišćavanje vremena i resursa,
- Povećanje stepena zadovoljenja kupaca,
- Bolja identifikacija i sledljivost proizvoda i usluga,
- Bolje tržišne mogućnosti,
- Manji gubici, veći profit,
- Kontinuirano unapređivanje kvaliteta i efikasnosti

3. SISTEM KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

3.1. Definicija

O tome šta podrazumevamo pod kvalitetom zdravstvenih usluga ili kvalitetom zdravstvene zaštite, danas postoje različite škole i svaka ima sopstvene termine i definicije. Svaka profesija, menadžeri i drugi učesnici imaju različite poglede na kvalitet. Zadatak lidera u oblasti unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite je da obezbede jedinstveno razumevanje i saglasnost između različitih učesnika ovog procesa oko toga šta žele da postignu zajedničkim naporima.

Budući da u zdravstvenoj zaštiti prvenstveno treba udovoljiti željama, potrebama i zahtevima korisnika, počecemo od Grantove definicije kvaliteta i njegove definicije kvalitetne medicinske zaštite koja glasi:

„Kvalitetna medicinska zaštita je potencijal elemenata te zaštite za ostvarenje opravdanih medicinskih i nemedicinskih ciljeva bolesnika i lekara“.¹¹

Kritični aspekti ove definicije su u naglasku da ciljeve zaštite određuje pacijent uz pomoć lekara, s ključnom pretpostavkom da je pacijent dobro informisan i da zajedno sa lekarom deli odgovornost za odluke u pogledu sopstvenog lečenja.

Postoje i druge definicije koje iste ili slične ideje formulišu na druge načine. Jedna od definicija je od Lohr-a i Schroeder-a i glasi:

„Kvalitetna medicinska zaštita je onaj stepen zaštite pri kome zdravstvene usluge za pojedinačne pacijente i populaciju povećavaju verovatnoću željenih zdravstvenih ishoda i koji je u saglasnosti sa trenutnim profesionalnim znanjem“.¹²

Još precizniju definiciju kvalitetne medicinske zaštite, koja postojećim pridružuje organizacijske, političke i finansijske interese, daje Ovretveit:

„Kvalitetna medicinska zaštita je potpuno zadovoljenje potreba onih koji najviše trebaju zdravstvene usluge, po najmanjem trošku za organizaciju, a unutar ograničenja i smernica koje postavljaju zdravstvene vlasti i finansijeri“.¹³

¹¹ Grant ES. Quality Medical Care. A definition. JAMA 1988; 280:56-61.

¹² Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. N Engl J Med 1990;322:707-12.

¹³ Ovretveit J. Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford 1995:2.

Jedna opšteprihvaćena definicija kvaliteta zdravstvene zaštite, koja se pokazala korisnom u razvoju i formulisanju strategija ističe da je „kvalitetna zdravstvena zaštita ona koja omogućava organizaciju resursa na najdelotvorniji način, kako bi se zadovoljile zdravstvene potrebe korisnika za prevencijom i lečenjem, na bezbedan način i na visokom nivou njihovih zahteva“.¹⁴

Ova definicija pokazuje da je kvalitet rezultat načina na koji se koriste resursi, a ne toga koliko ih je na rapsolaganju. U navedenoj definiciji prepoznata je potreba za bezbednom zdravstvenom zaštitom i poštovanje ljudskih prava. Takvom zdravstvenom zaštitom obuhvaćena u tri osnovna polazišta za kvalitet:

- korisnici, odnosno pacijenti
- zdravstveni radnici i saradnici
- menadžment sveukupnim kvalitetom

Oko definisanja bezbednosti pacijenta postoji saglasnost da je to identifikacija, analiza i korekcija rizičnih događaja, sa ciljem da se zdravstvena zaštita učini bezbednijom i da se rizici po zdravlje pacijenta svedu na minimum“.¹⁵

3.2. Strategija za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite

Strategija za unapređenje kvaliteta, kao deo ukupnog strateškog planiranja, je temeljni dokument u kome zdravstvena ustanova prepoznaje značaj kvaliteta za postizanje organizacijskih ciljeva i u kojem se jasno navodi da menadžment predvodi tu inicijativu i daje podršku za implementaciju unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta. Cilj strategije je promena u načinu ponašanja osoblja, izgradnja nove organizacione kulture i unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta.¹⁶

Kvalitet zdravstvene zaštite je jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite. Uvođenjem sistema kvaliteta težimo stalnom unapređenju kvaliteta u sistemu zdravstvene

¹⁴ Zakon o Vladi, „Službeni glasnik RS“, br. 101/07 65/08

¹⁵ Strategija stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta, Službeni glasnik RS, br. 15/2009.

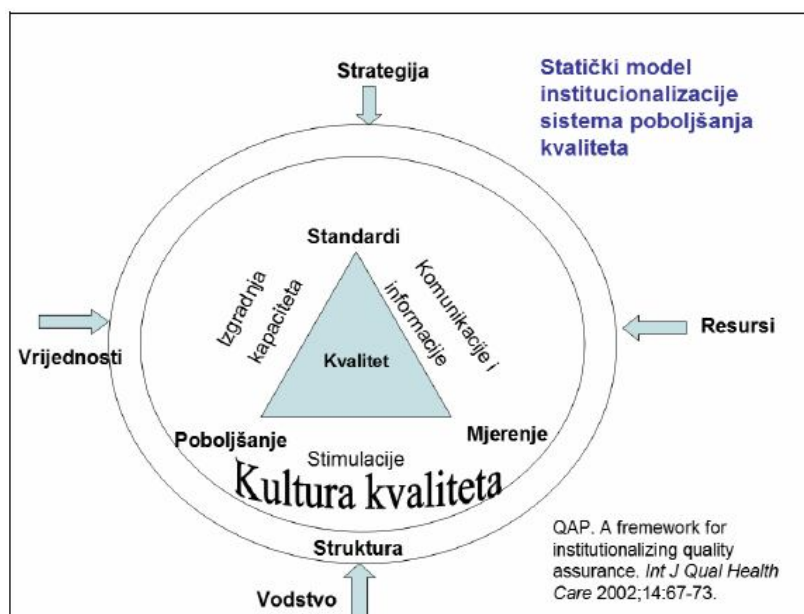
¹⁶ IWA, Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. Based on ISO 9004, 2000, second edition, ISO 2001.

zaštite, što predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspešnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo korisnika i davalaca zdravstvenih usluga.

Sistem za unapređenje kvaliteta može se definisati kao skup procedura, mera i planiranih akcija na svim nivoima organizacije koji se preduzimaju s ciljem osiguranja da je zdravstvena zaštita pružena pacijentima ispunila određene kriterijume koji opisuju svaki standard i da se trajno radi na osiguranju i poboljšanju kvaliteta zdravstvene zaštite.¹⁷

Uvođenje sistema kvaliteta u zdravstvenu ustanovu ima za cilj da smanji:

- neujednačen kvalitet zdravstvenih usluga
- neprihvatljiv nivo variranja u ishodima po zdravlje lečenih pacijenata
- neefikasno korišćenje zdravstvenih tehnologija
- vreme čekanja na medicinske procedure i intervencije
- nezadovoljstvo korisnika pruženim zdravstvenim uslugama
- nezadovoljstvo zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite
- troškove koji nastaju zbog lošeg kvaliteta



Slika 7. Statički model institucionalizacije sistema poboljšanja kvaliteta¹⁸

Kvalitet zdravstvene zaštite mora se razvijati i unapređivati kontinuirano imajući u vidu sledeće:

¹⁷ The development and implementation of quality improvement systems in health care. Council of Europe Publishing, recommendation No. R(97) 17 and explanatory memorandum, 1999.

¹⁸ QAP. A framework for institutionalizing quality assurance. Int J Qual Health Care 2002; 14:67-73.

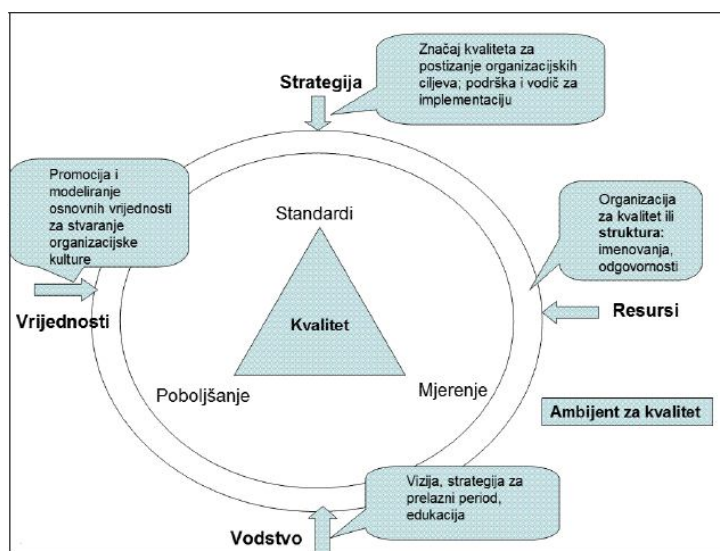
- Postoje varijacije u pružanju zdravstvene zaštite i ishodima po zdravlje za iste ili slične pacijente, koji dobijaju nedovoljnu, kao i nepotrebnu ili neadekvatnu zdravstvenu zaštitu.
- Pružena zdravstvena zaštita nije uvek bezbedna kao što bi trebalo da bude, što bezbednost pacijenata svrstava u najvažnije dimenzije kvalitetne zdravstvene zaštite.
- Nova znanja i tehnologije zahtevaju nove specijalizacije i subspecijalizacije zdravstvenih radnika i saradnika, što dovodi do prekomerne fragmentacije znanja i prakse i sve veće otuđenosti od korisnika zdravstvene zaštite. Posledica toga je nezadovoljstvo, kako korisnika, tako i zaposlenih.
- Zahtevi korisnika se menjaju i postaju sve veći. Dostupnost modernih IT omogućava bolju informisanost korisnika lečenja što dovodi do većih očekivanja. Savremeni korisnik očekuje da dobije takvu zdravstvenu zaštitu u kojoj će rizik po njegovo zdravlje biti minimalan, a korist od pružene zdravstvene zaštite maksimalna.
- Troškovi zdravstvene zaštite su u porastu, a često se za veoma visoku cenu dobijaju srazmerno mali i ograničeni efekti po zdravlje stanovnika. U takvim uslovima zahteva se veća efikasnost u sistemu zdravstvene zaštite, odnosno da se za uložena sredstva obezbedi najveća dobit po zdravlje ljudi.
- Intenzivan razvoj privatnog sektora dovodi do stvaranja zdrave konkurencije u sistemu zdravstvene zaštite. U takvim uslovima ustanove koje pružaju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu postaju atraktivnije, kako za korisnike, tako i za zdravstvene radnike.

Stalno unapređenje kvaliteta zahteva uvođenje **kulture kvaliteta** koja će podjednako uključiti sve interesne grupe - korisnike, davaoce zdravstvenih usluga, finansijere i donosiocce odluka na svim nivoima.

Prednosti uvođenja stalne kulture kvaliteta mogu se sagledati iz nekoliko različitih perspektiva:

- a. **Iz ugla zdravstvene profesije** - uvođenje **kulture kvaliteta** i stalno praćenje kvaliteta rada vodi ka smanjenju grešaka iz neznanja, nedostataka veština, nemara, nedovoljne motivacije, nepažnje.
- b. **Iz ugla korisnika zdravstvene zaštite** - prednosti se ogledaju u omogućavanju postizanja adekvatnog odgovora na njegove zahteve i očekivanja (minimalan rizik po zdravlje pacijenta uz maksimalnu korist, kao i dobijanje merljivih rezultata)

- c. **Iz ugla finansiranja zdravstvene zaštite** - to je način za unapređenje efikasnosti sistema zdravstvene zaštite.



Slika 8. Ključni elementi za uspostavljanje unutrašnjeg sistema poboljšanja kvaliteta¹⁹

3.3. Principi i načela unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, kao jedno od osnovnih načela na kojima je zasnovana zdravstvena zaštita u Republici Srbiji, u članu 23. definiše:

„Načelo stalnog unapređenja zdravstvene zaštite ostvaruje se merama i aktivnostima kojima se u skladu sa savremenim dostignućima medicinske nauke i prakse povećavaju mogućnosti povoljnog ishoda i smanjivanje rizika i drugih neželjenih posledica po zdravlje i zdravstveno stanje pojedinca i zajednice u celini“.²⁰

3.3.1. Principi kvaliteta zdravstvene zaštite

Stalno unapređenje zdravstvene zaštite zasniva se na vrednostima koje su ugrađene u koncept kvaliteta rada i usvojene u svakodnevnoj praksi zdravstvenih ustanova.

¹⁹ QAP. A framework for institutionalizing quality assurance. Int J Qual Health Care 2002; 14:67-73.

²⁰ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Službeni glasnik RS“ br. 55/05 i 75/05

- **Usmerenost na korisnika - pacijenta** - zaštita koja se pruža je kreirana prema specifičnim potrebama pacijenta koji je uključen u planiranje, analizu i sprovođenje svog lečenja. Ova zdravstvena zaštita je dogovorena sa pacijentom nakon što je dobio potpune informacije o svom zdravstvenom stanju.
- **Bezbednost** - podrazumeva da se radi o stavaranju takvog sistema zdravstvene zaštite u kome je bezbednost pacijenta primarana, a potencijalna opasnost da se naudi pacijentu tokom dijagnostičkih ili terapijskih procedura svedena je na najmanju meru.
- **Delotvornost** - pružena zdravstvena zaštita je odgovarajuća za pacijenta a intervencija postiže željeni ishod po zdravlje.
- **Pravovremenost** - zdravstvena zaštita je pružena onda kada je prepoznata potreba za njom, odgovarajuća je i bez nepotrebnog čekanja.
- **Efikasnost** - podrazumeva da se resursi koriste na način i u okruženju koji obezbeđuju najbolju vrednost za uloženi novac, posebno kada su u pitanju željeni ishodi po zdravlje korisnika.
- **Pravičnost** - podrazumeva da postoji jednak pristup uslugama za sve korisnike u stanju zdravstvene potrebe bez obzira na razlike po polu, etničkoj i verskoj pripadnosti, invaliditetu, socijalno-ekonomskim karakteristikama i mestu stanovanja.

Za dostizanje i realizaciju svakog principa stalnog unapređenja kvaliteta potrebno je definisanje standarda i pokazatelja za tri osnovna aspekta zdravstvene zaštite: **strukture, procesa i ishoda**.

Struktura podrazumeva resurse neophodne za obezbeđivanje zdravstvene zaštite, odnosno administrativne, organizacione i tehnološke mogućnosti sistema da pruži kvalitetnu zdravstvenu zaštitu i zadovolji potrebe korisnika. Ovaj aspekt zdravstvene zaštite obuhvata karakteristike davalaca zdravstvenih usluga i sistema zdravstvene zaštite (broj zdravstvenih ustanova, njihovu teritorijalnu distribuciju, dostupnost, veličinu, opremljenost, broj i strukturu zdravstvenih radnika i saradnika, njihova znanja i veštine, opterećenost, motivaciju, finansiranje).

Proces zdravstvene zaštite obuhvata sve aktivnosti koje se preduzimaju od prvog kontakta korisnika sa sistemom zdravstvene zaštite do rešavanja njegovog problema ili zadovoljenja potreba. To su: sadržaj i vreme pružanja usluga, komunikacija pacijenta sa zdravstvenim

radnicima i saradnicima, blagovremeno informisanje i uključivanje pacijenata u proces donošenja odluka koje se odnose na njegovo zdravlje.

Ishod predstavlja krajnji rezultat primenjenog procesa i odnosi se na poboljšanje zdravstvenog stanja pojedinaca, populacionih grupa ili celokupnog stanovništva nakon pružene zdravstvene zaštite kao i na odgovornost zdravstvenog sistema na nemedicinska očekivanja korisnika - **zadovoljstvo pruženom zdravstvenom zaštitom**.

	Standardi	Indikatori
Struktura	Politike i procedure se razvijaju u skladu sa zakonskim propisima za sva operativna polja bolnice	Stopa politika i procedura koje su razvijene na temelju zakonskih propisa
Proces	Politike i procedure se razvijaju uz doprinos osoblja	Stopa učešća osoblja u razvoju politika i procedura
	Politike i procedure se distribuiraju u celoj bolnici	Stopa diseminacije politika i procedura u svim jedinicama
Ishod	Vrši se provera kvaliteta radne prakse kako bi se osiguralo da se ona odvija u skladu sa dokumentovanim politikama i procedurama	Stopa usaglašenosti prakse s politikama i procedurama po vrsti organizacionih jedinica

Tabela 1. Primeri nekih bolničkih standarda i izvedenih indikatora²¹

Unapređenjem ovih elemenata poboljšava se kvalitet zdravstvene zaštite do određene granice. Mere procesa su kritične i najvažnije mere kvaliteta koje neposredno određuju ishod pružene zdravstvene zaštite, dok mere ishoda zavise i od faktora na koje sistem zdravstvene zaštite ne može da utiče.

²¹ Canadian Council on Health Services Accreditation. A Guide to the Development and Use of Performance Indicators. Ottawa 1996:7.

4. PROCESNI PRISTUP

4.1. Opšti zahtevi za procese

Organizacija mora da uspostavi, dokumentuje, primenjuje i održava QMS i da stalno poboljšava njegovu efektivnost, u skladu sa zahtevima ISO 9001.

Organizacija mora da:

- a) utvrdi procese neophodne za QMS i da ih primenjuje u celoj organizaciji;
- b) utvrdi redosled i međusobno delovanje ovih procesa – mapu procesa;
- c) utvrdi kriterijume i metode potrebne za efektivno izvođenje ovih procesa i upravljanje njima;
- d) osigura raspoloživost neophodnih resursa i informacija za podršku izvođenju i praćenju ovih procesa;
- e) prati, meri kada je to primenljivo i analizira ove procese i
- f) primenjuje mere potrebne za ostvarivanje planiranih rezultata i stalno poboljšavanje ovih procesa.

Organizacija mora da obavlja menadžment ovim procesima u skladu sa zahtevima ISO 9001.

Kada organizacija izabere da ima bilo koji proces iz "autsorsa", koji utiče na usaglašenost proizvoda sa zahtevima, ona mora da osigura upravljanje takvim procesima. Vrsta i nivo upravljanja koji se primenjuju nad takvim procesima iz "autsorsa" moraju da se definišu u okviru QMS.²²

NAPOMENA 1: Navedeni procesi, neophodni za QMS, obuhvataju procese za aktivnosti menadžmenta, obezbeđenje resursa, realizaciju proizvoda, merenje, analize i poboljšavanja.

²² Heleta M. Procesi i dokumentacija QMS, prezentacija, Univerzitet Singidunum, 2010.

NAPOMENA 2: Proces iz "outsorsa" je proces koji je potreban organizaciji za njen QMS i koji je organizacija izabrala da ga obavlja eksterna strana.

NAPOMENA 3: Obezbeđenje upravljanja nad procesima iz "outsorsa" ne oslobađa organizaciju odgovornosti za usaglašenost sa svim zahtevima korisnika i zahtevima zakona i propisa. Na vrstu i nivo upravljanja koji se primenjuju na procese iz „outsorsa“ utiču mnogi faktori, kao što su:

- a) mogući uticaj procesa iz "outsorsa" na sposobnost organizacije da obezbeđuje proizvod koji je usaglašen sa zahtevima;
- b) stepen podele upravljanja procesom;
- c) sposobnost dostizanja neophodnog upravljanja primenom zahteva iz 7.4.

4.2. Definicija procesa

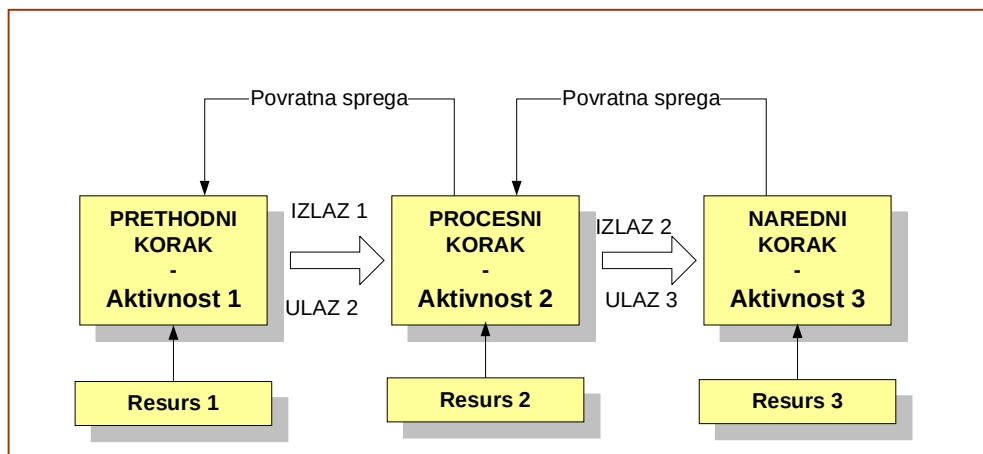
“**Proces** je skup međusobno povezanih ili međusobno delujućih aktivnosti koji pretvara ulazne elemente u izlazne”.²³

- **NAPOMENA 1:** Ulazni elementi nekog procesa po pravilu su izlazni elementi drugih procesa.
- **NAPOMENA 2:** Procesi u **organizaciji** po pravilu se:
 - planiraju i provode u kontrolisanim uslovima
 - da bi se dobila dodatna vrednost.
- **NAPOMENA 3:** Proces u kojem
 - ne može lako ili ekonomično da se verifikuje **usaglašenost rezultujućeg proizvoda**
 - često se naziva "specijalni proces".

Da bi organizacija efektivno funkcionisala, mora da identifikuju brojne:

- međusobno povezane procese i
- međusobno delujuće procese.

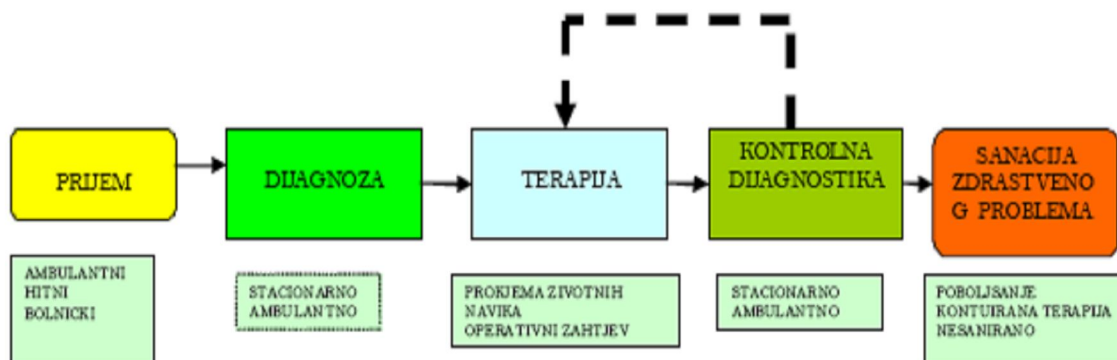
²³ Heleta M. Procesi i dokumentacija QMS, prezentacija, Univerzitet Singidunum, 2010.



Slika 9. Elementarna dispozicija jednog procesa

“Procesni pristup“ obuhvata:

- **sistematsku identifikaciju** procesa koji se koriste u organizaciji
- **menadžment** tim procesima i
- **međusobno delovanje** tih procesa²⁴



Slika 10. Tok aktivnosti u pružanju zdravstvenih usluga²⁵

²⁴ Heleta M. Procesi i dokumentacija QMS, prezentacija, Univerzitet Singidunum, 2010.

²⁵ Šofranac R, Šofranac M, Savović Z. Safety as an Important Medical Service Quality, International Quality Conference, Kragujevac, 2010.

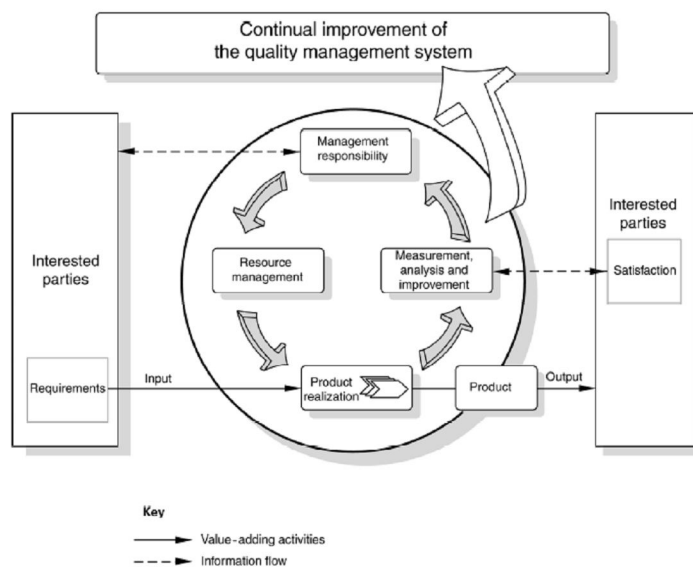


Figure 1 — Model of a process-based quality management system

Slika 11. Procesni model menadžment sistema kvaliteta

4.3. Procesni pristup u zdravstvu

Proces zdravstvene zaštite obuhvata sve aktivnosti koje se preduzimaju od prvog kontakta korisnika sa sistemom zdravstvene zaštite do rešavanja njegovog problema ili zadovoljenja potreba. To su: sadržaj i vreme pružanja usluga, komunikacija pacijenta sa zdravstvenim radnicima i saradnicima, blagovremeno informisanje, i uključivanje pacijenata u proces donošenja odluka koje se odnose na njegovo zdravlje.²⁶

Pružanje zdravstvenih usluga ostvaruje se kroz procese svih osoba u organizaciji, što je deo jednog ili više povezanih procesa u organizaciji.

Proces se može definisati kao sekvenca međusobnih aktivnosti koje, kada se izvode, koriste ljudske i druge resurse (**inpute**) da zadovolje očekivanja klijenata (potrošača).

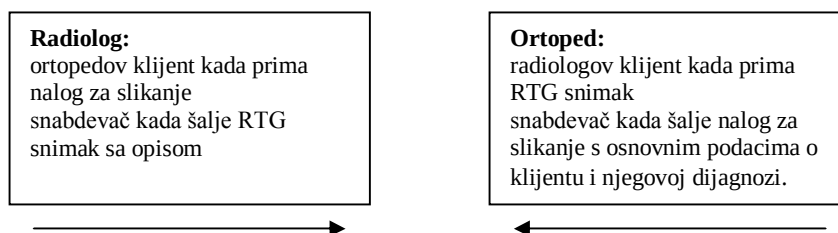
Zdravstveni radnik je **klijent** (potrošač) svih onih koji ga snabdevaju **inputima**. Postoje spoljašnji i unutrašnji klijenti i snabdevači. Svaki proces i svaki korak unutar procesa ima

²⁶ IWA, Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. Based on ISO 9004, 2000, second edition, ISO 2001.

snabdevače i potrošače. Na svakom koraku procesa je snabdevač, koji obezbeđuje inpute za taj korak procesa, i potrošač, koji prima output tog koraka.

Pacijent nije samo klijent u procesu, već aktivni učesnik i kao takav više je snabdevač nego klijent.²⁷

Zaposleni u zdravstvenoj organizaciji su unutrašnji klijenti i unutrašnji snabdevači, budući da pružaju usluge jedni drugima.

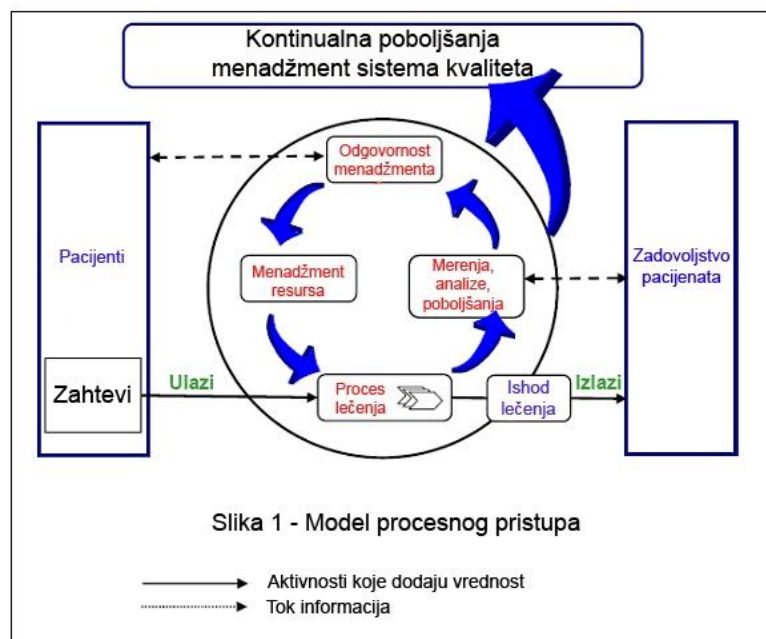


Slika 12. Odnos klijent (potrošač) - snabdevač na primeru zahteva za RTG snimanje

Čvrsti odnosi između klijenata i snabdevača apsolutno su neophodni za dobro upravljanje kvalitetom. Klijenti su pacijenti, njihove porodice, prijatelji pacijenata, lekari, zaposleno osoblje, ocenjivači zajednica. Mnogi od njih su istovremeno i snabdevači za zdravstvene procese.²⁸

²⁷ The Healthcare Quality Handbook. A Professional Resource and Study Guide, ed. Brown JA, 16th ed. JB Quality Solution, Pasadena 2001.

²⁸ Kelly M. John: Upravljanje ukupnim kvalitetom. Potecon Zagreb, 1997.



Slika 13. Model procesnog pristupa u zdravstvenoj ustanovi

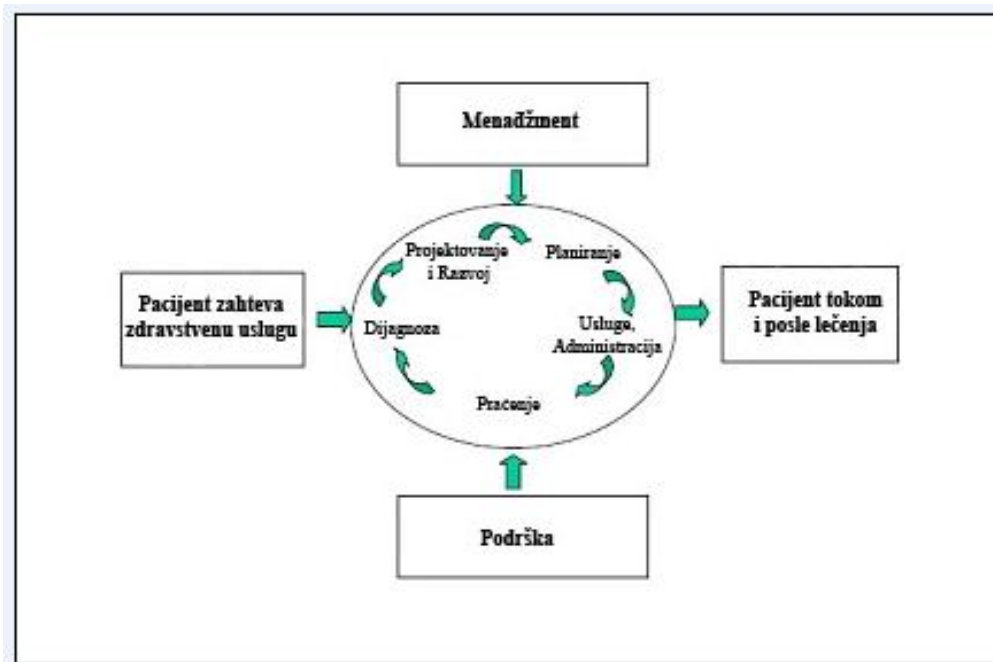
Model QMS prikazan na slici 13, zasnovan na procesima, pokazuje veze glavnih procesa QMS, gde se jasno vidi da pacijenti, kao korisnici zdravstvenih usluga imaju značajnu ulogu u definisanju zahteva, kao ulaznih elemenata. Praćenje zadovoljstva pacijenata zahteva vrednovanje informacija u vezi sa zapažanjima pacijenata, koje se odnose na to da li zdravstvena ustanova ispunjava zahteve pacijenata.

Mapa procesa predstavlja konfiguraciju procesa:

- sa redosledom vršenja
- vezom sa drugim procesima
- međusobnim delovanjem

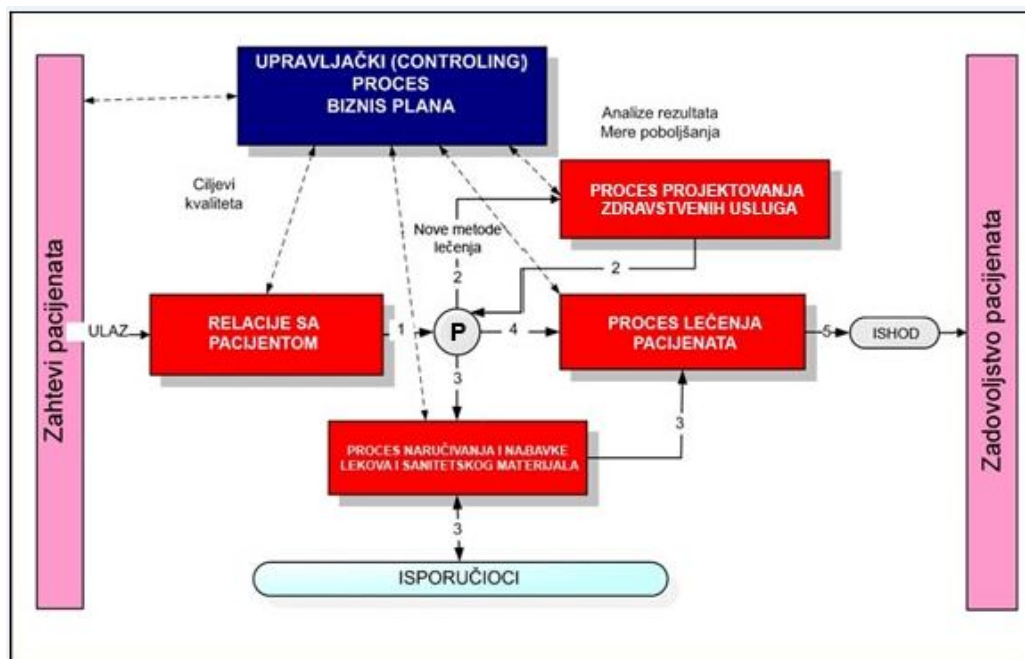
Kod definisanja mape procesa:

- prvo se identifikuju i međusobno povežu poslovni procesi za realizaciju proizvoda
- potom se identifikuju i povezuju ostale vrste procesa koje služe za menadžment, podršku i poboljšanja



Slika 14 Model zdravstvene organizacije sa pacijentom/klijentom kao „Petrošač“

Procesi se aktiviraju po sledećem redosledu:



Slika 15. Mapa ključnih procesa u zdravstvenoj ustanovi

Ako bih prethodnu šemu prilagodili sistemu zdravstvene zaštite procesi se aktiviraju sledećim redosledom:

- a. **Proces relacije sa pacijentom** u kome se identifikuju potrebe pacijenta, vrši njegov prijem i postavljanje dijagnoze
- b. **Proces projektovanja zdravstvenih usluga** - ako je u pitanju neka od retkih bolesti koja zahteva primenu novih specifičnih metoda lečenja
- c. **Proces nabavke lekova i sanitetskog materijala** koji su neophodni za lečenje pacijenta
- d. **Proces lečenja** ili realizacije usluge
- e. **Ishod lečenja**, kao deo procesa relacije sa korisnikom

5. DOKUMENTACIJA

Dokumentacija QMS mora da sadrži:

- a) dokumentovane izjave o politici kvaliteta i ciljevima kvaliteta;
- b) poslovnik o kvalitetu;
- c) dokumentovane procedure i zapise koji se zahtevaju ovim međunarodnim standardom;
- d) dokumente, uključujući i zapise, koje je organizacija utvrdila kao neophodne da bi osigurala efektivno planiranje i izvođenje svojih procesa, kao i upravljanje tim procesima.²⁹

Zahtevi ISO 9001:

NAPOMENA 1: Kada se u ovom međunarodnom standardu pojavljuje termin "dokumentovana procedura", on podrazumeva da je procedura ustanovljena, dokumentovana, da se primenjuje i da se održava.

- Jedan dokument se može odnositi na zahteve za jednu ili više procedura.
- Zahtev za nekom dokumentovanom procedurom može se obuhvatiti sa više dokumenata.

NAPOMENA 2: Obim dokumentacije QMS može se razlikovati od organizacije do organizacije zbog:

- a) veličine organizacije i vrste aktivnosti,
- b) složenosti procesa i njihovog međusobnog delovanja i
- c) kompetentnosti osoblja.

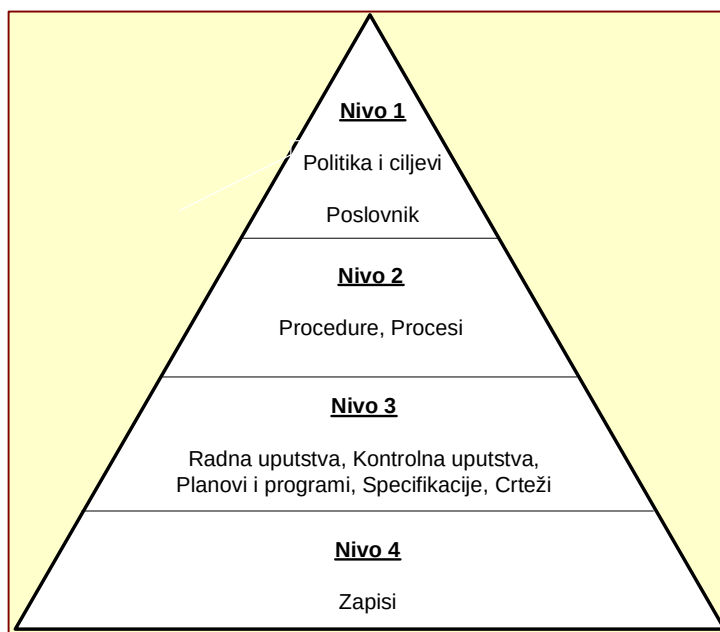
NAPOMENA 3: Dokumentacija može biti u bilo kom obliku ili na bilo kom tipu medijuma.

U QMS koriste se sledeći tipovi dokumenata:

- a) ***poslovnik o kvalitetu*** - dokument koji daju potpune informacije o QMS organizacije u celini, interno i eksterno

²⁹ Heleta M. – prezentacija Procesi i dokumentacija QMS, Univerzitet Singidunum, 2010.

- b) **procedure** - dokumenti koji sadže informacije o tome kako se dosledno obavljaju procesi
- c) **uputstva** – dokumenti koji sadže informacije o tome kako se dosledno obavljaju i aktivnosti
- d) **planovi kvaliteta** - dokumenti koji opisuju kako se sistem kvaliteta primenjuje za specifičan proizvod, projekat ili ugovor
- e) **specifikacije** - dokumenti koji sadrže zahteve
- f) **smernice** - dokumenti koji sadrže preporuke ili sugestije
- g) **crteži** - dokumenti koji sadrže informacije o tome kako izgleda proizvod
- h) **zapisi** - dokumenti koji daju objektivne dokaze o izvršenim aktivnostima ili ostvarenim rezultatima³⁰



Slika 16. Hijerarhija dokumentacije QMS

5.1. Obim dokumentacije

Svaka organizacija određuje:

- obim zahtevane dokumentacije i
- medijume koji će se koristiti

Obim i medijumi dokumentacije zavise od činilaca kao što su:

³⁰ Heleta M. – prezentacija Procesi i dokumentacija QMS, Univerzitet Singidunum, 2010.

- tip i veličina organizacije,
- složenost i međusobno delovanje procesa,
- složenost proizvoda,
- zahtevi korisnika,
- odgovarajući propisani zahtevi,
- prikazane sposobnosti osoblja, kao i
- stepen do kojeg je neophodno prikazati ispunjenost zahteva QMS

5.2. Obavezne procedure po zahtevu ISO 9001

Standard ISO 9001 sadži zahteve za šest obaveznih sistemskih dokumentovanih procedura:

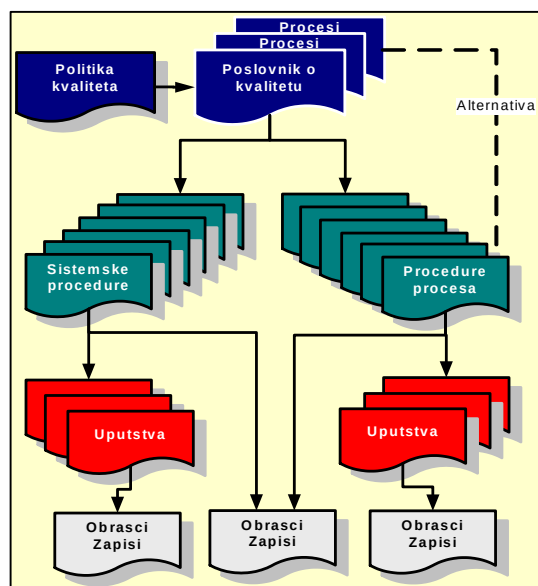
1. Procedura upravljanja dokumentima
2. Procedura upravljanja zapisima
3. Procedura internih provera
4. Procedura upravljanja neusaglašenim proizvodom
5. Procedura korektivnih mera
6. Procedura preventivnih mera

NAPOMENA 1: Moguće je neke od dokumentovane procedura spojiti u jednu – na primer procedura korektivnih i preventivnih mera

NAPOMENA 2: Iako standard to ne zahteva, uobičajeno je da se procesi:

- dokumentuju sa procedurama
- uključe u poslovnik o kvalitetu
- dokumentuju na neki drugi način

NAPOMENA 3: Jednom procedurom se može dokumenovati jedan ili više istovrsnih procesa



Slika 17. Struktura uobičajene dokumentacije QMS

5.3. Definicija i svrha procedure

Procedura - Specificiran način za obavljanje neke aktivnosti ili **procesa**.

- NAPOMENA 1: Procedura može biti dokumentovana ili nedokumentovana.
- NAPOMENA 2: Kada je procedura dokumentovana, često se koristi termin "pisana procedura" ili "dokumentovana procedura".
- **Dokumenat** koji sadrži proceduru može da se naziva "dokument procedure".

Definicija po ISO 9000

6. POLITIKE I PROCEDURE U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

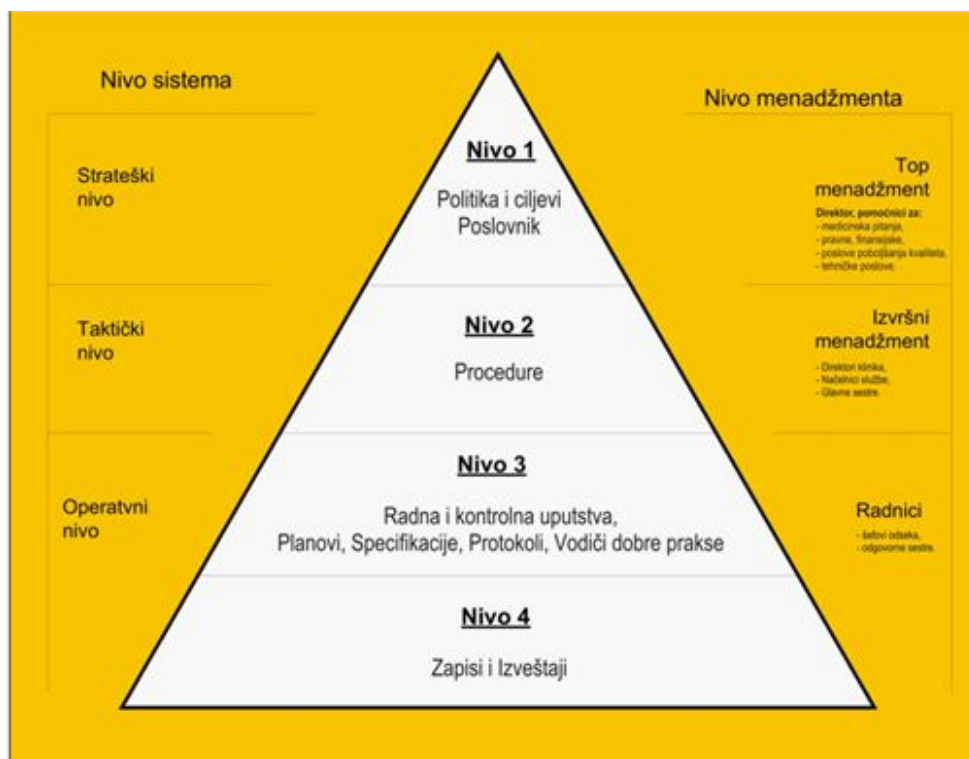
Politike i procedure je potrebno razviti za sva operativna polja zdravstvene ustanove u skladu s postojećom zakonskom i podzakonskom regulativom i dobrom praksom.

U ovom procesu javljaju se različite faze i različite uloge pojedinih nivoa menadžmenta u tim fazama. Uobičajeno je u bolnicama da se pojavljuju tri nivoa menadžmenta:

1. **Top menadžeri ili menadžeri najvišeg nivoa** u koje se ubrajaju direktor i njegovi zamjenici ili pomoćnici (za medicinska pitanja, pravne i kadrovske poslove, ekonomsko-finansijske poslove, poslove poboljšanja kvaliteta, tehničke poslove itd.).
2. **Menadžeri drugog nivoa** su menadžeri organizacionih jedinica (direktori ili načelnici klinika ili poliklinika)
3. **Menadžeri trećeg nivoa** su šefovi službi

U velikim bolnicama rukovođenje može uključiti i **četvrti nivo** (šefovi odseka) i tada se uloga menadžera trećeg nivoa deli između ove dve grupe.

Što se tiče nemedicinskih poslova, drugi nivo uobičajeno čine direktori/šefovi sektora, a treći šefovi organizacionih jedinica u sastavu sektora (npr. službe).



Slika 18. Hijerarhija dokumentacije u zdravstvenoj ustanovi

6.1. Definicija procedura u zdravstvu

Procedura je serija aktivnosti, zadataka, koraka, i drugih procesa vezanih za lečenje pacijenta, koja kada se preduzima u zadatom redosledu, daje propisani rezultat. Praćenje procedure treba da proizvede ponovljive rezultate za iste ulazne okolnosti.

Zapisane procedure se obično nazivaju instrukcije, uputstva ili recepti. Procedure visokog nivoa se povremeno nazivaju metodima.

Protokoli treba da propišu kako postupati kod konkretne bolesti ili kliničke slike da bi se u najkraćem roku postavila dijagnoza i utvrdilo koju vrstu lekova i u kojoj fazi bolesti treba dati.

Protokolima lečenja zapravo se standardizuje lečenje na svim nivoima zdravstvene zaštite, a propisuju ih najveći stručnjaci iz različitih oblasti zdravstva na stručnim sastancima.

Protokoli lečenja štite lekare od potencijalne osude za nesavesno lečenje i istovremeno garantuju pacijentima da su lečeni u skladu s najboljom lekarskom praksom. Protokoli treba da osiguraju da svaki lekar koji ih primeni može da kaže da je uradio sve što predviđaju najbolja svetska iskustva, a da je eventualni loš ishod lečenja posledica više sile.

6.2. Izrada politika i procedura

Aktivnosti na izradi politika i procedura mogu se voditi formiranjem timova za izradu politika i procedura (složenije i zahtevnije procedure, procedure vezane za rad više organizacionih jedinica) ili zaduživanjem pojedinih članova osoblja za izradu nacрта.

Prilikom izrade nacрта politika i procedura potrebno je obezbediti učešće osoblja na koje će se politika i procedure odnositi pribavljanjem njihovih mišljenja putem zajedničkih sastanaka i omogućiti davanje usmenih i pisanih pojedinačnih sugestija i komentara.

Izrada svake politike i procedure sastoji se od izrade nacрта i izrade konačnog teksta. Nacrt procedure izrađuje tim ili pojedinac, koji je od strane menadžmenta zadužen da obavi taj posao. Potrebno je posebnom procedurom ili uputstvom definisati šta sadrži nacrt procedure.

Prilikom izrade nacрта, ako je reč o procedurama, treba nastojati standardizovati obrasce koji dokumentuju primenu procedure.

Konačan tekst politike i procedure treba utvrditi pre njenog odobravanja. Ove aktivnosti treba da obuhvate:

- povezivanje nacрта sa zakonskom i podzakonskom regulativom
- kontrolu povezanosti i usklađenosti sa već odobrenim politikama i procedurama
- prilagođavanje propisanom obrascu

Povezivanje procedura sa zakonskom i podzakonskom regulativom poverava se pravnoj službi bolnice.

6.3. Odobravanje politika i procedura

Svaka politika ili procedura treba da bude odobrena od strane jednog ili više ovlašćenih članova menadžmenta.

Politika i procedura uvek podrazumeva i nalog za određeno ponašanje. Zbog toga je kod odobravanja potrebno voditi računa i o području primene, odnosno o tome koji član menadžmenta je ovlašćen da daje nalog osoblju organizacione jedinice na koju se politika ili procedura odnosi i kontroliše rad tog osoblja.

Uobičajeno je da politike i procedure, koje su zajedničke za sve ili više organizacionih jedinica, odobrava direktor bolnice. Ovde se prvenstveno misli na procedure koje su vezane za put pacijenta, upravljanje i rukovođenje zdravstvenom ustanovom (npr. politika i procedura postupanja po žalbama pacijenata i drugih korisnika, politika i procedura o zapošljavanju i izboru osoblja, procedure za prijem u bolnicu, procedure za pristup medicinskoj dokumentaciji).

Politike i procedure koje se odnose na medicinski tretman po pravilu odobrava medicinski direktor (direktor klinike). Procedure koje se odnose na zdravstvenu negu odobrava glavna sestra bolnice.

Ako se radi o procedurama specifičnim za određenu organizacionu jedinicu, iste odobrava rukovodilac te organizacione jedinice.

6.4. Distribucija usvojenih politika i procedura

Po odobravanju politika i procedura vrši se njihova distribucija u organizacione jedinice. Svaka politika i procedura treba da odredi i odgovorne osobe za distribuciju u organizacionoj jedinici i upoznavanje osoblja sa sadržajem. Ovo je obaveza menadžera trećeg nivoa. U zavisnosti od

sadržaja za upoznavanje osoblja sa politikom i procedurom mogu biti zaduženi šefovi službi, odgovorne sestre a po potrebi i drugi zaposleni (npr. sanitarni tehničar za procedure vezane za kontrolu infekcija).

Nadzor nad provođenjem politika i procedura je trajni zadatak menadžmenta, Kontinuirani nadzor je odgovornost menadžera prve linije, a povremeni nadzor menadžera organizacione jedinice višeg nivoa (npr. šefovi odeljenja dužni su da kontinuirano prate pravilno popunjavanje medicinske dokumentacije, a periodično ovu proveru vrši direktor/načelnik klinike).

6.5. Provera primene usvojenih politika i procedura

Provera poznavanja i primene usvojenih politika i procedura treba da se vrši periodično, prema programima provere kliničkog kvaliteta, koji se odnose na celu ustanovu i organizacionu jedinicu.

6.6. Revizija politika i procedura

Reviziju politika i procedura vrši menadžer odgovoran za izradu nacrtu, koji formira tim za vršenje revizije procedura. Revizija može biti **redovna** i **vandredna**. Redovna se vrši svake tri godine, a u slučaju kada nije potrebno vršiti izmene nakon redovne revizije, u tekst se unosi naznaka o izvršenoj redovnoj reviziji (datum i potpis).

Vandredna revizija se vrši po ukazanoj potrebi kada dođe do promene:

- Zakonskih i podzakonskih propisa ili opštih akata bolnice
- Medicinske prakse
- Kadrovskih, tehničkih ili tehnoločkih uslova
- Organizacije
- Drugih okolnosti koje opravdavaju reviziju.

Na revidiranu politiku i proceduru primenjuju se pravila distribucije i upoznavanja osoblja kao kod politika i procedura koje se distribuiraju prvi put.

7. Mehanizmi unapređenja kvaliteta u Evropskim zemljama

Danas u zemljama Evrope dominiraju četiri modela spoljnih mehanizama za unapređenje kvaliteta: dva su poreklom iz industrije, ISO standardi i Model Evropske federacije za menadžment kvalitetom (EFQM). Preostala dva su inicirana i razvila su se unutar zdravstvene profesije. To su akreditacija i vizitacija³¹.

Eksterni mehanizmi su definisani kao regionalni ili potencijalno nacionalni, dobrovoljni proces, gde se zdravstvene službe procenjuju od strane stručnih timova na osnovu eksplicitno publikovanih standarda.

Istraživanja su pokazala da su u zemljama Evropske unije najviše zastupljeni ISO standardi, a zatim slede akreditacija, EFQM i vizitacija.

Zastupljenost ISO standarda je najverovatnije zbog internacionalnog značaja i pogodnosti primene na pojedinačna odeljenja, naročito laboratorije i radiologije.

Model Evropske federacije za menadžment kvalitetom (EFQM) se pojavio 1988. godine.

Osnovni principi ovog modela su principi Menadžmenta totalnim kvalitetom (TQM), gde aktivnosti, odnosno njihova izvršenja treba da zadovolje očekivanja, potrebe i zahteve svih činioca u zdravstvenom sistemu. Zbog svojih svojstava EFQM može da se koristi u svim tipovima organizacija, bez obzira na njihovu veličinu ili sektor kome pripadaju.

Vizitacija je model poreklom iz Holandije i prvi put je primenjena 1992. godine od strane lekarskog društva, kao kolegijalna procena i za ponovnu registraciju članova, bazirana na eksplicitnim standardima. Akreditacija predstavlja sistemsku procenu zdravstvenih ustanova od

³¹ Klazing N. Reengineering trust: the adoption of four models for external quality assurance in health services in western European Health care system. International Journal for Quality in Health Care 2000;12 (3):183-89.

strane stručnjaka izvan zdravstvene ustanove uz korišćenje eksplicitnih standarda, odnosno to je procena kvaliteta aktivnosti, službe ili organizacije u sistemu zdravstvene zaštite.³²

Evropska unija akreditaciju definiše kao „regionalni ili (po mogućstvu) nacionalni program dobrovoljno uveden od organizacija davaoca usluga u zdravstvu, namenjen poboljšanju organizacije i pružanja zdravstvenih usluga. Program je zasnovan na eksplicitnim, publikovanim standardima koji su predložili timovi stručnjaka, a njime upravlja odgovorno telo u kome nepristrasno odlučuju korisnici, davaoci i kupci usluga (osiguranje) i država“.³³

³² Shaw C. External quality mechanism for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 12 (3):169-75.

³³ Klazinga N. Reengineering trust: the adoption of four models for external quality assurance in health services in western European Health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 2000;12 (3):183-89.

8. AKREDITACIJA

8.1. Istorija akreditacije

Američki hirurg i osnivač američkog udruženja lekara, E.A. Codma je početkom XX veka je isticao da svaka bolnica koja želi da napreduje mora da ispuni određene uslove:

- da pokaže svoje rezultate rada i analizira njihovu jaku i slabu stranu
- upoređuje svoje rezultate sa drugim bolnicama
- obezbeđuje zaštitu samo za one slučajeve za koje je stručno kompetentna
- javno objavljuje ne samo svoje uspehe već i neuspehe, tako da joj društvo može pružiti pomoć, ako postoji potreba
- unapređuje svoje lekare na bazi rezultata koje su postigli u lečenju pacijenata.

Na osnovu gore iznetog, novoosnovano udruženje lekara donosi 1918. godine Program standardizacije bolnica. Formirana je Komisija koja je utvrđivala u kojim institucijama se pruža najbolja zaštita, a onim sa lošijim standardima i opremom omogućavano je da unapređuju kvalitet. Na osnovu ovog Programa osnovana je Zajednička komisija za akreditaciju 1951. godine u SAD.

Standarde su postavljali zdravstveni radnici i oni su u početku bili i isključivi korisnici rezultata akreditacije. Iz SAD akreditacija se proširila na Kanadu 1958. godine, Novi Zeland i Australiju 1973. godine.

Akreditacija je prvi put u Evropi izvedena u Kataloniji (Španija). Odeljenje za zdravstvo Regionalne vlade Katalonija osmislilo je Program akreditacije bolnica. Ono je zahtevalo od zdravstvenih ustanova da se akredituju ukoliko žele da obnove svoje ugovore sa socijalnim osiguranjem.

Poslednjih 20 godine većina evropskih zemalja (Španija, Velika Britanija, Portugalija, Finska, Francuska i Italija) je prihvatila akreditaciju kao dobrovoljni mehanizam za unutrašnji razvoj zdravstvenih ustanova.³⁴

³⁴ Klazing N. Reengineering trust: the adoption of four models for external quality assurance in health services in western European Health care system. International Journal for Quality in Health Care 2000;12 (3):183-89.

Dobre strane akreditacije, kao modela spoljašnje procene kvaliteta su da detaljno reflektuje specifičnosti zdravstvene zaštite koja se pruža u zdravstvenoj ustanovi.³⁵

Zapaženi su i njeni koreni u kolegijalnom preispitivanju kao mehanizmu koji koristi medicinski tim da evaluiira kvalitet ukupne zaštite koju pruža zdravstvena organizacija, a evaluaciju obavljaju zdravstveni radnici sa istim nivoom obrazovanja.³⁶

Prednost akreditacije je i da koristi indikatore performanse, insistira na medicini zasnovanoj na dokazima, kliničkim indikatorima i benčmarkingu, kao i procesu obezbeđenja kvaliteta u kome organizacija postavlja ciljeve i meri njihova izvršenja, pri tome upoređujući se sa proizvodima, uslugama i praksom drugih organizacija koje su prepoznate kao lideri u toj oblasti.³⁷

Same bolnice, koje u najvećem broju učestvuju u procesu akreditacije i imaju najveće iskustvo, zapažaju i sledeće dobrobiti:

- razvoj multidisciplinarnih timova
- preispitivanje operativne politike ustanove
- unapređenje sistema podataka
- generisanje lokalnog i nacionalnog prestiža
- veće povezivanje između menadžera bolnica i ustanova³⁸

8.2. Međunarodna iskustva

Uprkos činjenici da razvoj i održavanje standarda kvaliteta predstavlja značajan izazov za mnoge zemlje po pitanjima resursa i primene, akreditacija je uspešno postavljena u mnogim zemljama sveta i prihvata se kao jedan od najboljih, doslednih i održivih pristupa za poboljšanje

³⁵ Lorenzo S, Beech R, Lang T, Santos-Eggimann B. An experience of utilization review in Europe, International Journal for Quality in Health Care, 2001; 11: 13-9.

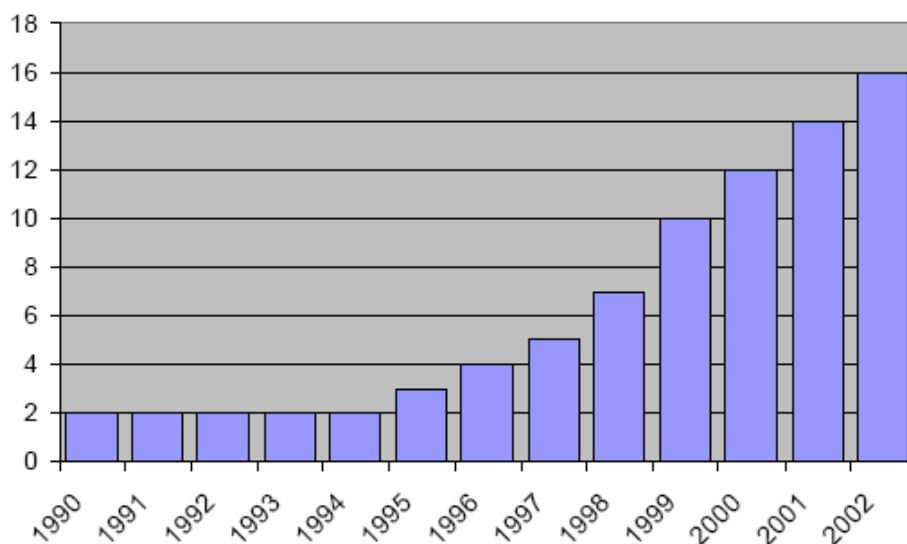
³⁶ Bjegović V, Simić S, Dimitrijević Z, Šaulić A. Akreditacija zdravstvenih ustanova kao spoljašnji mahanizam unapređenja kvaliteta. Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti. Beograd, 2001.

³⁷ Bjegović V, Simić S, Dimitrijević Z, Šaulić A. Akreditacija zdravstvenih ustanova kao spoljašnji mahanizam unapređenja kvaliteta. Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti. Beograd, 2001

³⁸ Shaw C. Ehternal quality mechanism for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. International Journal for Quality in Health Care. 2000; 12 (3):169-75.

usluga u zdravstvenim organizacijama ili zdravstvenoj ekonomiji, budući da se proces akreditacije zasniva na okvirima standarda koji propisuju mere kvaliteta za svaki aspekt pružanja zdravstvene zaštite.

Važnost akreditacije u zdravstvenoj zaštiti na međunarodnoj sceni ogleda se u visokom ugledu koji uživa Međunarodno udruženje za kvalitet u zdravstvenoj zaštiti (ISQua), čiji kvalitet garantuju akreditacijska tela u zdravstvenoj zaštiti. ISQua ALPHA standardi su visoko cenjeni i odobreni od strane akreditacijskih tela širom sveta.



Slika 19. Porast broja akreditacijskih programa u Evropi 1990-2002.godine

8.3. Definicija akreditacije

Akreditacija je postupak ocenjivanja kvaliteta rada zdravstvene ustanove na osnovu primene optimalnog nivoa utvrđenih standarda rada zdravstvene ustanove u određenoj oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grani medicine.³⁹

Program akreditacije bolnica se sastoji od četiri elementa: akreditacionog tela, standarda, procesa akreditacije i koristi od akreditacije.⁴⁰

³⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, "Sl.glasnik RS", član 214/2009

⁴⁰ Đorđević M, Đurđević S. Unapređenje kvaliteta u zdravstvu - iskustva nekih zemalja Evrope i problemi kod nas, Prvi meunarodni kongres JUSK-a, Beograd, 1996.

Akreditaciono telo je javna institucija koja je odgovorna za program akreditacije, čija je funkcija da ustanovi standarde, ispita bolnice i izda sertifikate onim ustanovama koje se uklapaju u te standarde.

Polje akreditacije je cela zdravstvena ustanova, a ne njeni pojedini delovi ili službe. To znači da se ocenjuje sveukupnost organizacijske strukture i funkcija, odnosno aktivnosti neke zdravstvene ustanove, zbog uske međupovezanosti organizacijskih celina i zdravstvenih usluga koje se u okviru tih jedinica pružaju. U poslednje vreme, zbog sve većih zahteva za zdravstvenom zaštitom koja je fokusirana na pacijenta, polje akreditacije prelazi fizičke granice pojedinih ustanova i širi se putevima prolaska pacijenta kroz zdravstveni sistem. Na taj način se akredituje ceo podsistem pružanja usluga, tkz. Networks, kako se naziva u SAD. Treba istaći da se akreditacija ne bavi proverom znanja, veština i stavova individualnih medicinskih profesionalaca, već to ostaje u nadležnosti profesionalnih udruženja i komora.

Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, osnovana je 2008. godine od strane Vlade Republike Srbije, sa ciljem da svojom delatnošću preuzme utvrđivanje standarda za akreditaciju zdravstvenih ustanova, procenu kvaliteta pružene zdravstvene zaštite stanovništvu, rešavanje u upravnim stvarima o akreditaciji zdravstvenih ustanova i izdavanje sertifikata o akreditaciji, kao i vođenje evidencije o izdatim sertifikatima.

Sertifikat o akreditaciji, koji je vremenski ograničen, zdravstvena ustanova stavlja na uvid javnosti, odnosno, pacijentima, medicinskom osoblju i celom društvu, kao dokaz da je ustanova dostigla dobar nivo kvaliteta svojih usluga.

8.4. Ciljevi akreditacije

Ciljevi akreditacije podrazumevaju:

- unapređenje kvaliteta rada zdravstvene ustanove
- bezbednost pacijenta
- obezbeđenje delotvornog i isplativog pružanja zdravstvenih usluga,
- stvaranje jednakih ili približnih uslova za pružanje zdravstvenih usluga u celom sistemu zdravstvene zaštite
- uspostavljanje poverenja korisnika zdravstvene zaštite
- unapređenje menadžmenta u zdravstvu⁴¹

⁴¹ ASUZ - Akreditacioni program, vodič za samoocenjivanje, Beograd, 2010.

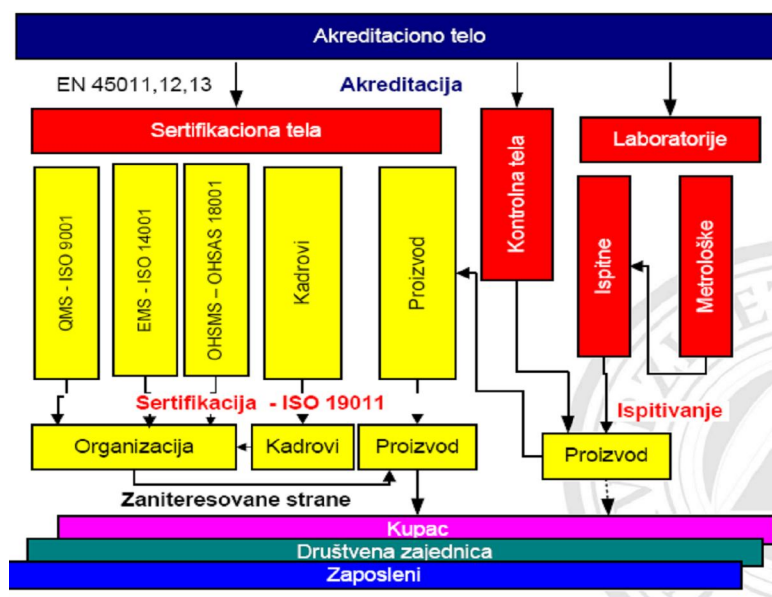
8.5. Značaj akreditacije

Danas postoji sve veći zahtev za spoljašnjom, nezavisnom procenom uspešnosti pružanja zdravstvenih usluga. Akreditacija, kao najstariji i najpoznatiji oblik spoljašnje procene rada zdravstvenih ustanova širom sveta, primenjuje standarde izvrsnosti.

Akreditacija pomaže zdravstvenim ustanovama da otkriju sopstvene prednosti i mogućnosti napretka, a ujedno da bolje razumeju ciljeve i složenost svog rada. Kada to uvide, ustanove mogu da se posvete kratkoročnim i dugoročnim planovima za poboljšanje rezultata rada i počnu sa korišćenjem raspoloživih resursa na najefikasniji mogući način.

Akreditacija obuhvata ocenjivanje od strane same ustanove radi evaluacije nivoa usklađenosti sa postavljenim standardima. Zatim tim spoljašnjih ocenjivača vrši procenu usklađenosti rada ustanove sa postavljenim nacionalnim standardima.

Akreditacioni proces je koncipiran tako da obezbedi okvir koji će omogućiti zdravstvenim ustanovama da definišu i implementiraju potrebne promene i naprave prioritete za kontinuirano unapređenje sopstvenih usluga.



Slika 20. Šema akreditacije⁴²

⁴² M. Heleta, Osnove inženjerstva, prezentacija, Univerzitet Singidunum, 2010.

9. KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

9.1. Unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite

Kvalitet zdravstvene zaštite je jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite. Stalno unapređenje kvaliteta rada i bezbednosti pacijenata su sastvni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu.

Stalno unapređenje kvaliteta (SUK) predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspešnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo korisnika i davalaca zdravstvenih usluga.

SUK zahteva uvođenje kulture kvaliteta koja će podjednako uključiti sve interesne grupe - korisnike, davaoce zdravstvenih usluga, finansijere i donosiocce odluka na svim nivoima⁴³.

Vlada Republike Srbije 2009. godine donela je Strategiju za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta kojom se teži dostizanju najvišeg nivoa kvaliteta rada i bezbednosti pacijenta i kojom se definiše pet strateških ciljeva:

1. Stvaranje uslova da korisnici pacijenti budu u središtu sistema zdravstvene zaštite
2. Unapređenje stručnog znanja zdravstvenih radnika i podizanje svesti o značaju stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i razvijanje specifičnih znanja i veština
3. Stvaranje uslova koji promovišu kulturu stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta u zdravstvenim ustanovama
4. Obezbeđenje sigurnosti, bezbednosti i isplativosti zdravstvenih tehnologija
5. Obezbeđenje finansijskih podsticaja za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata.

SUK zasniva se na vrednostima koje su ugrađene u koncept kvaliteta rada i usvojene u svakodnevnoj praksi zdravstvenih ustanova:

- usmerenost na korisnika - pacijenta
- bezbednost

⁴³ Priručnik za menadžere: Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2009.

- delotvornost
- pravovremenost
- efikasnost
- pravičnost

Za dostizanje i realizaciju svakog principa SUK potrebno je definisanje standarda i pokazatelja za tri osnovna aspekta zdravstvene zaštite: **strukture, procesa i ishoda**.

Struktura podrazumeva resurse neophodne za obezbeđivanje zdravstvene zaštite, odnosno administrativne, organizacione i tehnološke mogućnosti sistema da pruži kvalitetnu zdravstvenu zaštitu i zadovolji potrebe korisnika. Ovaj aspekt zdravstvene zaštite obuhvata karakteristike davalaca zdravstvenih usluga i sistema zdravstvene zaštite (broj zdravstvenih ustanova, njihovu teritorijalnu distribuciju, dostupnost, veličinu, opremljenost, broj i strukturu zdravstvenih radnika i saradnika, njihova znanja i veštine, opterećenost, motivaciju, finansiranje).

Proces zdravstvene zaštite obuhvata sve aktivnosti koje se preduzimaju od prvog kontakta korisnika sa sistemom zdravstvene zaštite do rešavanja njegovog problema ili zadovoljenja potreba. To su: sadržaj i vreme pružanja usluga, komunikacija pacijenta sa zdravstvenim radnicima i saradnicima, blagovremeno informisanje i uključivanje pacijenata u proces donošenja odluka koje se odnose na njegovo zdravlje.

Ishod predstavlja krajnji rezultat primenjenog procesa i odnosi se na poboljšanje zdravstvenog stanja pojedinaca, populacionih grupa ili celokupnog stanovništva nakon pružene zdravstvene zaštite kao i na odgovornost zdravstvenog sistema na nemedicinska očekivanja korisnika - **zadovoljstvo pruženom zdravstvenom zaštitom**.

9.2. Priprema zdravstvene ustanove za akreditaciju

Zdravstvene ustanove ne mogu u program akreditacije bez pomoći agencije, uz prethodno podignut sistem poboljšanja kvaliteta.

Prilikom sklapanja ugovora sa agencijom, ova se obavezuje da će im pružiti svaku pomoć, uključujući i angažman iskusnijeg zdravstvenog profesionalca ili njih više u funkciji facilitatora.

Proces akreditacije traje od 6-12 meseci ili duže, što zavisi od uspešnosti ustanove koja se akredituje.

Ceo proces akreditacije prolazi kroz četiri faze, u kojima se navode dužnosti agencije, facilitatora i ustanove:

Faze	Aktivnosti
Inicijalna faza ("svesnost")	• Aplikacija zdravstvene ustanove • Potpisan je ugovor • Dogovoren je plan projekta u zdravstvenoj ustanovi • Agenciji je uručen popunjen obrazac o profilu zdravstvene ustanove • Standardi i tehnička dokumentacija u ustanovi su distribuirani • Dogovoreni su načini obavješćavanja ustanove o projektu • Dogovoreni su načini informisanja o projektu unutar ustanove • U ustanovi je formiran projektni tim s jasnim dužnostima i odgovornostima (projektni tim može biti zakonom obavezna Komisija za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti) • Napravljen je zajednički plan edukacije i obuke različitih profila ljudi u ustanovi (menadžment, koordinator kvaliteta, članovi Komisije, unutrašnji ocjenjivači) • Drže se jednodnevni do dvodnevni modularni kursevi za zaposleno osoblje prema profilima zaposlenih • Facilitator drži otvoreni sastanak s menadžmentom i osobljem ustanove radi informisanja o početku projekta i promocije projekta (poželjno je prisustvo što većeg broja osoblja) • Osiguranje vodstva i podrške direktora / upravnika i menadžmenta ustanove • Projekat je zvanično pokrenut i svi u ustanovi su s tim upoznati • Zdravstvena ustanova brine se za lokalnu medijsku promociju, obavezujući se tako pred pacijentima i javnosti da će uspostaviti sistem poboljšanja kvaliteta i sigurnosti i da je aplicirala za akreditaciju.
Faza početnog uspostavljanja sistema ("probni period")	• Svako odeljenje i služba ocjenjuju se u odnosu na njima primjerene standarde = «samoocjena» (P = potpuno pridržavanje; D = djelomično pridržavanje; N = nepridržavanje; NP = nije primjenljivo) • Facilitator je tumač smisla svakog standarda i kriterijuma, i pomaže u samooceni ustanove • U slučaju dvoumljenja, jedini ovlašteni tumač standarda je Agencija • Zdravstvena ustanova traži od Agencije izuzeća za pojedine standarde/kriterije koji za ustanovu nisu primjenljivi • Agencija zajedno s facilitatorom razmatra takve zahtjeve i odobrava ili ne odobrava izuzeća od standarda • Zadužene su osobe i timovi za pisanje politika i procedura, koje se zahtevaju standardima/kriterijima, i određeni su rokovi za završetak tih zadataka • Facilitator pribavlja već napisane politike i procedure na drugim mjestima («mreža ustanova» koje su prethodno prošle kroz projekte kvaliteta) ili upućuje ustanovu na odgovarajuće web resurse • Koordinator organizuje sastanke projektnog tima najmanje jednom sedmično radi monitoringa i evaluacije učinjenog i o tome podnosi izvještaj direktoru (stalni zadatak) • Projektni tim zajedno s facilitatorom definiše akcioni plan poboljšanja kvaliteta u skladu sa samoocenom i prioritetima ustanove • Prišlo se formulaciji strategije kvaliteta i rizika u ustanovi • Svi uočeni

	nedostaci su popisani • Popisane su aktivnosti i zadaci koji će se provoditi uz podršku facilitatora/Agencije • Prišlo se implementaciji promjena prema prioritetima.
Faza punog razvoja sistema ("širenje")	• Zdravstvena ustanova uz pomoć facilitatora uvodi kliničku reviziju; kao vježbu razvija vodilje za kliničku praksu; razvija pokazatelje izvedbe; definiše lokalnu povelju o pravima pacijenata, razvija sistem žalbi i vrši anketiranje pacijenata; razvija sistem izvještavanja o incidentima s pripadajućim obrascima; provodi reviziju medicinske dokumentacije i obrazaca; uspostavlja sestrinsku dokumentaciju; radi na razvoju politika i procedura • U svim ovim aktivnostima neizostavna je pomoć facilitatora i Agencije (savetovanje, dokumentacija, tehnički priručnici) • U planski određenim vremenskim intervalima facilitator zajedno sa koordinatorom kvaliteta i Komisijom ocenjuje učinjeno i o tome redovno izveštava menadžment ustanove • Na zdravstvenoj ustanovi je da odredi nagrade i mere u slučaju kašnjenja i neispunjavanja preuzetih obaveza • Nastavlja se obuka: obučavaju se unutrašnji ocenjivači i po potrebi se obučava osoblje prema planu i programu drugih modula (npr. razvoj indikatora, kliničkih vodilja, klinička revizija, upravljanje kliničkim i nekliničkim rizicima, itd.) • Facilitator analizira učinjeno i pomaže u revizijama akcionog plana.
Faza završnih priprema za Spoljnu ocenu ("širenje" s nekim elementima "konsolidacije")	• Unutrašnji ocenjivači sprovode unutrašnju ocenu vlastite ustanovu («druga samoocena»), simulirajući procedure spoljne ocjene • Facilitator je na raspolaganju za savetovanje prilikom unutrašnje ocene • Usaglašavanje facilitatora, koordinatora kvaliteta, članova Komisije, unutrašnjih ocenjivača i predstavnika menadžmenta u vezi sa završnim izvještajem o drugoj samooceni • Utvrđuje se akcioni plan za ispravljanje nedostataka koji su uočeni tokom unutrašnje ocene (pomoć facilitatora se podrazumeva)

Tabela 2. Faze u razvoju akreditacijskog programa⁴⁴

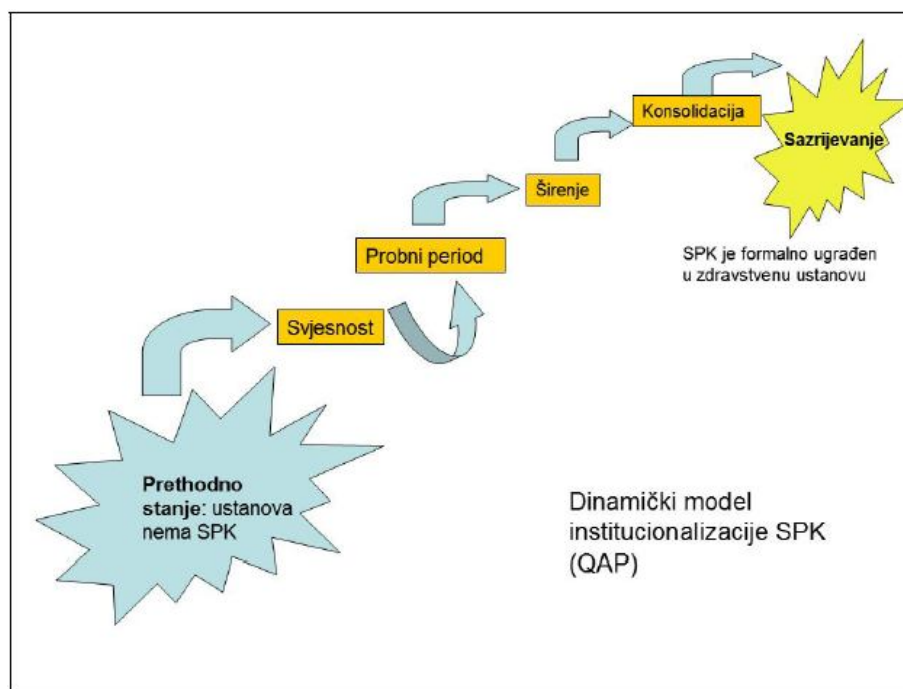
Uvođenje i institucionalizacija sistema poboljšanja kvaliteta (SPK) je stalni i evolutivni proces od samog početka do filozofske i formalne integracije u organizacijske strukture i

⁴⁴ Priručnik za menadžere: Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2009

funkcije, što označavamo sazrevanjem. Dinamički model se sastoji iz četiri faze kroz koji svaka zdravstvena ustanova koja podiže SPK mora da prođe⁴⁵:

1. **Svesnost** - orijentacija i svesnost da su potrebne promene
2. **Probni period** - planiranje i priprema za promene
3. **Širenje** - implementacija projekta kvaliteta
4. **Konsolidacija** - široka implementacija projekta i usvajanje inovacija

Ove četiri faze nalaze se između prethodnog stanja, kada ne postoji svesnost o potrebi uvođenja SPK, i završenog stanja sazrevanja, kada zdravstvena ustanova više ne može zamisliti svoj rad bez SPK. Naravno, da ne postoji prethodno stanje u kome se na sporadičan i neformalan način nije pokušalo s poboljšanjem kvaliteta, kao što su na primer edukacija i obuka osoblja. Tek formaliziranjem pristupa kvalitetu može se graditi jedan složen sistem kao što je SPK⁴⁶.



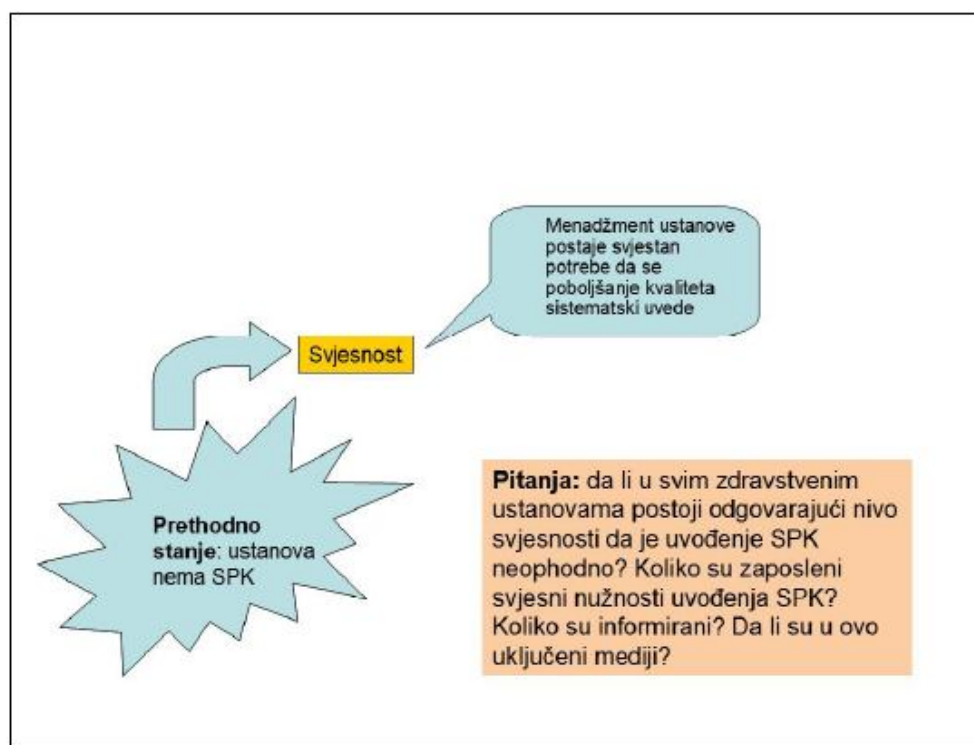
Slika 21. Uvođenje i institucionalizacija sistema poboljšanja kvaliteta (SPK)

⁴⁵ Priručnik za menadžere: Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2009

⁴⁶ Priručnik za menadžere: Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2009

9.2.1. Faza svesnosti

U ovoj fazi navode se uspešni primeri na drugim mestima, dokazuje se neophodnost poboljšanja kvaliteta, koristeći komparativne podatke, ankete i dokaze o uštedama i boljem učinku tamo gde je uveden SPK. Glavni pokretač mogu biti podaci iz ustanove koji ukazuju na probleme kvaliteta. Posebno može biti korisna sentenca da je svako poboljšanje promena, ali da svaka promena ne mora značiti poboljšanje. Ova faza se najviše tiče menadžmenta i on počinje da razmišlja o aplikaciji, budući da je svestan potrebe za poboljšanjem kvaliteta, na osnovu rasta nezadovoljstva postojećim stanjem, i konačno donosi odluku o ulasku u proces priprema za akreditaciju.

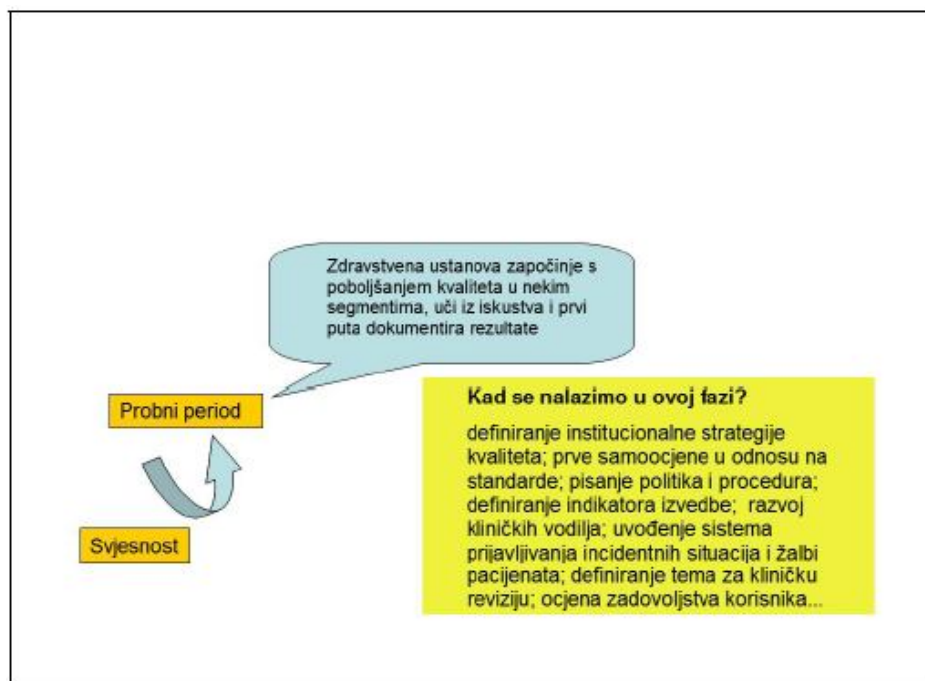


Slika 22. Faza svesnosti

9.2.2. Probni period

Ova faza traje različito dugo, a obuhvata onaj vremenski period od formalne aplikacije i formiranja organizacionih struktura za kvalitet i sigurnost usluga, te prvih skromnih početaka, do razvoja mehanizama za širenje dokumentovanih rezultata kroz zdravstvenu ustanovu. Prikupljaju se prva pozitivna iskustva, eksperimentiše se s različitim metodama, a menadžment sve više podržava ovaj pristup, razvijajući institucionalnu strategiju kvaliteta i sigurnosti. Na kraju ove

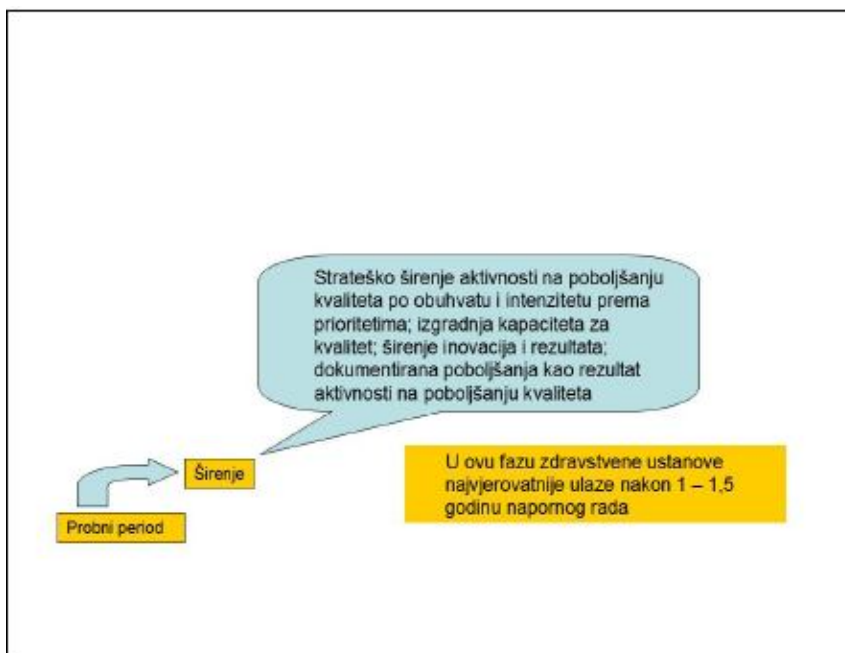
faze menadžment preduzima odlučujuću ulogu u vođstvu i nastoji da proširi inicijativu na celu organizaciju.



Slika 23. Probni period

9.2.3. Faza širenja

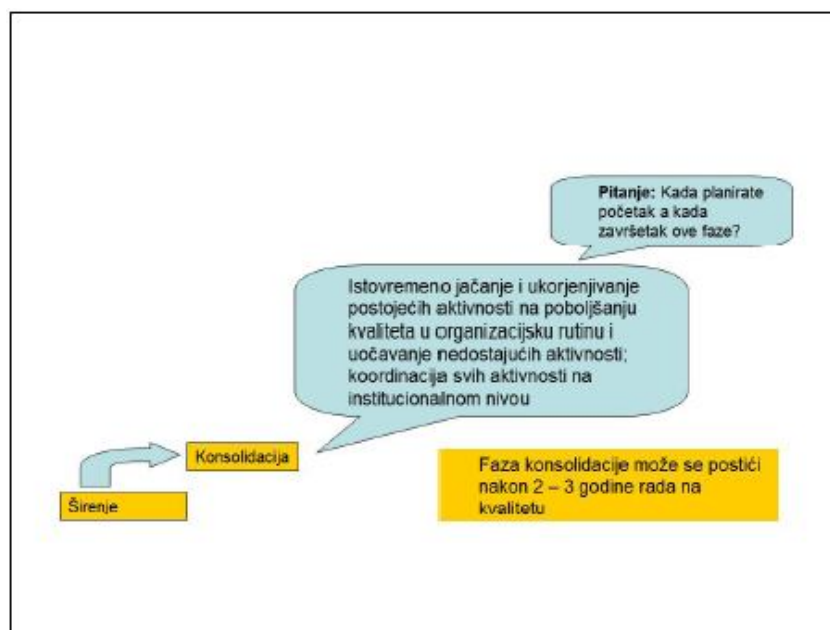
U fazi širenja, organizacija ima razvijenu strategiju i godišnji plan i program, sve veći broj osoblja uključuje se u projekte aktivnosti. Rezultati poboljšanja su vidljivi i šire se na sve nivoe ustanove. Inovacije se sve više vrednuju. Menadžment odlučuje da nastavi implementaciju zacrtane strategije. Širenje obuhvata različita odeljenja i službe i različite vrste aktivnosti u okviru poboljšanja kvaliteta.



Slika 24. Faza širenja

9.2.4.Faza konsolidacije

Specifičnost faze konsolidacije je u utemeljenju rada na kvalitetu kroz obavljanje svakodnevnih procedura u organizaciji. Treba naglasiti, da je u osnovi faze konsolidacije akumulirano znanje i iskustva iz prethodnih faza. Međutim, granica između prethodne i ove faze nije uvek jasna. Aktivnosti na poboljšanju kvaliteta i sigurnosti sve više se cene i nagrađuju. Inicijativa sve više dolazi od zaposlenih, koji uočavaju propuste i nastoje da ih isprave. Pacijenti pokazuju zadovoljstvo u anketama. Koordinacija aktivnosti na kvalitetu je sve bolja. Stvara se povoljan ambijent i klima za učenje. Naziru se glavna obeležja kulture kvaliteta.



Slika 25. Faza konsolidacije

Sazrevanje nije faza, već stanje potpune integracije SPK u strukture i funkcije organizacije. Aktivnosti na kvalitetu su deo svakodnevnih operacija i niko ih više ne razlikuje od drugih rutinskih zadataka u ustanovi.

Ove faze mogu se odvijati i simultano u različitim delovima organizacije. Uspešna implementacija svakog elementa stvara kritičnu masu energije i resursa za naredni korak, pa je zbog toga je važno analizirati uspešnost implementacije svakog posebnog elementa⁴⁷.

⁴⁷ Priručnik za menadžere: Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2009

10. AKREDITACIONI STANDARDI

10.1. Definicija i podela

Standardi čine okosnicu oblikovanja organizacijskog kvaliteta. Standardi su izjave očekivanja ili neke vrijednosti kojima se opisuje nivo na kojem će se pružiti usluga, vodeći računa da moraju biti značajni, objektivni, razumljivi, poželjni, realistični, merljivi, dostižni, fleksibilni, prihvatljivi, prilagodljivi, te profesionalni i konsenzualno prihvaćeni.

Akreditacijski standardi su izjave očekivanja pacijenata, zdravstvenih profesionalaca, menadžera i drugih aktera, na temelju kojih se zdravstvene ustanove samoocjenjuju da bi poboljšali kvalitet i sigurnost usluga koje pružaju i da bi zaslužili akreditacijsko priznanje nakon spoljnog kolegijalnog pregleda. Standardima se definišu ne samo neophodni resursi i organizacijski sporazumi, već i različiti kriterijumi, politike i procedure, npr. kvalifikacije kliničkog i pomoćnog osoblja i prihvatljiv način izvođenja same procedure, uputstva o okolnostima i uslovima izvođenja, itd.

Na temelju usklađenih akreditacijskih standarda, svaka organizacija detaljnije definiše svoje politike pomoću kojih određuju ponudu usluga, mesto i vreme pružanja usluga, i ko je podoban da pruži i primi takvu uslugu; radne procedure i protokole, kojima se usmeravaju i određuju svakodnevni poslovi (detaljan opis procedure, ko pruža uslugu i kojim klijentima; obrasci i druga prateća dokumentacija). Procedure su u biti psihomotorni zadaci koji su razloženi na korake u formi algoritma ili dijagrama toka ili su radni procesi narativno opisani.

Prema **nivou**, standardi se mogu podeliti na minimalne, optimalne i standarde izvrsnosti. Minimalni standardi moraju biti stoprocentno ispunjeni, budući da sve ono što je ispod dogovorenog minimuma označava neprihvatljivu uslugu ili proizvod. Standardi za različite vladine inspekcije su uobičajeno minimalni. Optimalni standardi, uobičajeni standardi za akreditaciju zdravstvenih ustanova, označavaju najbolji mogući nivo koji se može postići raspoloživim resursima u datim uslovima. Dakle, oni ne predstavljaju teorijski maksimum, već se vodi računa da se ovi standardi mogu ispuniti u većini slučajeva i u jednoj prosečnoj zdravstvenoj ustanovi. Najzad, standardi izvrsnosti označavaju maksimalne zahteve i uobičajeno se odnose na centre tercijalne zdravstvene zaštite, posebno na referentne zdravstvene ustanove.

Prema **vrsti**, standardi se dele na standarde strukture, procesa i ishoda zaštite. Standardi strukture definišu potrebne resurse – ljudske, finansijske i fizičke; standardi procesa definišu aktivnosti procese u zdravstvenoj ustanovi, dok se standardi ishoda odnose na rezultate tih aktivnosti. Dosadašnja istraživanja pokazuju da više resursa ne osigurava bolje ishode zaštite, ali postaje dokazi da ispunjenost procesnih standarda i kriterijuma vodi ka boljim rezultatima tretmana pacijenta.

Prema **fokusu**, standardi se dijele na organizacijske i kliničke. Ta podela je dosta veštačka, budući da ovi skupovi standarda moraju biti usaglašeni da bi bili operativni.

10.2. Standardi za akreditaciju

Standard je željeni nivo učinka koji je moguće dostići i sa kojim se može porediti postojeći nivo učinka.

Akreditacija se zasniva na standardima koje je moguće dostići nizom aktivnosti koje su definisane kriterijumima. Svaki standard ima više kriterijuma. Kriterijumi predstavljaju jasne korake, tj. aktivnosti koje treba preduzeti da bi se ispunio standard. Standardi podrazumevaju optimalne standarde kvaliteta i bezbednosti i usmereni su na unapređenje kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite u okviru zdravstvenih ustanova Srbije.

10.3. Forma standarda

Standardi i kriterijumi su obeleženi određenim brojevima:

- **Standardi** su obeleženi brojem 1.0, 2.0, 3.0 itd. Standard je željeni nivo učinka koji se može postići i sa kojim se može porediti postojeći nivo učinka.
- **Kriterijumi** su navedeni ispod standarda i obeleženi su brojem 1.1, 1.2, 1.3 itd. Kriterijumi opisuju koji su koraci, tj. aktivnosti potrebne za ostvarivanje standarda. Jedan standard može imati više kriterijuma.

10.4. Struktura standarda

Standardi namenjeni bolnicama, odnosno ustanovama sekundarnog i tercijalnog nivoa, sastoje se iz sledećih poglavlja:

- Lečenje pacijenta (generičko)

- Operaciona sala
- Intenzivna nega
- Služba urgentne medicine
- Apoteka
- Radiološka dijagnostika
- Laboratorija
- Životna sredina
- Ljudski resursi
- Upravljanje informacijama
- Rukovođenje
- Upravljanje.

Dati standardi mogu se podeliti u tri kategorije:

- **Standardi u vezi sa lečenjem pacijenta**

Ovi standardi su sačinjeni da prate proces lečenja pacijenta od momenta prijema u ustanovu, preko procene, planiranja i sprovođenja lečenja, do otpusta pacijenta. Obezbeđeni su standardi za **operacione sale, službu urgentne medicine i odeljenja intenzivne nege (vezano za bolnice), službe za zdravstvenu zaštitu: odraslog stanovništva (opšta medicina), žena (ginekologija), dece i omladine (pedijatrija), specijalističko-konsultativnu službu i službu polivalentne patronaže**. Obezbeđeni standardi za **Opšte odrednice** mogu se primeniti u svakom odeljenju koje se bavi lečenjem pacijenata. Ovo poglavlje se u budućnosti može proširiti, kako bi uz poštovanje specifičnosti, našlo primenu u drugim službama/odeljenjima u bolnici.

- **Standardi rada pratećih službi**

Prateće službe su službe u okviru zdravstvene ustanove koje pomažu (prate) proces sprovođenja lečenja. Standardi **kliničke podrške** koji se odnose na rad **laboratorije, apoteke i radiološke dijagnostike**. Sačinjena su tri poglavlja u vezi sa **nekliničkim pratećim službama: životna sredina** (uključujući kontrolu širenja infekcija, upravljanje medicinskim otpadom, masovne nesreće i akcidentne situacije, centralnu sterilizaciju i bezbedno korišćenje opreme, materijala, medicinskih uređaja i prostora), **upravljanje**

informacijama i ljudski resursi. Na osnovu prioriteta u vezi sa razvojem i koncentrisanjem, ovim standardima su obuhvaćene samo pojedine oblasti.

- **Rukovođenje**

Ovi standardi se odnose na rukovođenje zdravstvenom ustanovom. Sastavljena su poglavlja za **upravljanje i rukovođenje**. Standardi **edukacije** namenjeni su ustanovama koje imaju i obrazovnu ulogu.

10.4. Cilj primene standarda

Primena standarda za akreditaciju zdravstvenih ustanova za cilj ima:

Unapređenje kvaliteta:

Standardi su kreirani da podstaknu zdravstvene ustanove da poboljšaju kvalitet svoga rada, kako u okviru svojih ustanova tako i na nivou šireg sistema zdravstvene zaštite.

Fokus na pacijenta / korisnika usluge:

Standardi su kreirani sa fokusom na pacijenta / korisnika usluge i podrazumevaju kontinuirani proces praćenja i lečenja pacijenta od momenta prijema u ustanovu do otpusta pacijenta.

Unapređenje organizacionog planiranja i učinka:

Standardi su kreirani za procenu kapaciteta za rad i efikasnosti rada zdravstvene ustanove.

Bezbednost:

Standardi sadrže mere za zaštitu i poboljšanje bezbednosti pacijenata/korisnika usluga, zaposlenih i svih ostalih koji se nađu u kontaktu sa ustanovom.

Razvoj standarda:

Standardi su planirani, formulisani i procenjivani putem prethodno definisanih principa (ISQua principi za izradu akreditacionih standarda).

Merenje standarda:

Standardi obezbeđuju dosledno i transparentno procenjivanje i merenje njihovog ostvarivanja.

11. Mapa procesa zdravstvene ustanove

Mapiranje procesa je alat koji se koristi za razumevanje, analiziranje i dokumentovanje procesa i aktivnosti u organizaciji, kao i pomoć u identifikovanju prilika za poboljšanje.

Na osnovu mape procesa možemo analizirati i poboljšavati poslovne procese u zdravstvenoj organizaciji.

Hijerarhija poslovnih procesa se sastoji od ključnih procesa po zahtevu standarda ISO 9001 i podprocesa koji sadrže tehnološke i administrativne procese, a odvijaju se u okviru ključnih procesa, kao i procese menadžmenta (upravljačke ili controlling) i i procese za podršku.⁴⁸

Postoje četiri ključna poslovna procesa:

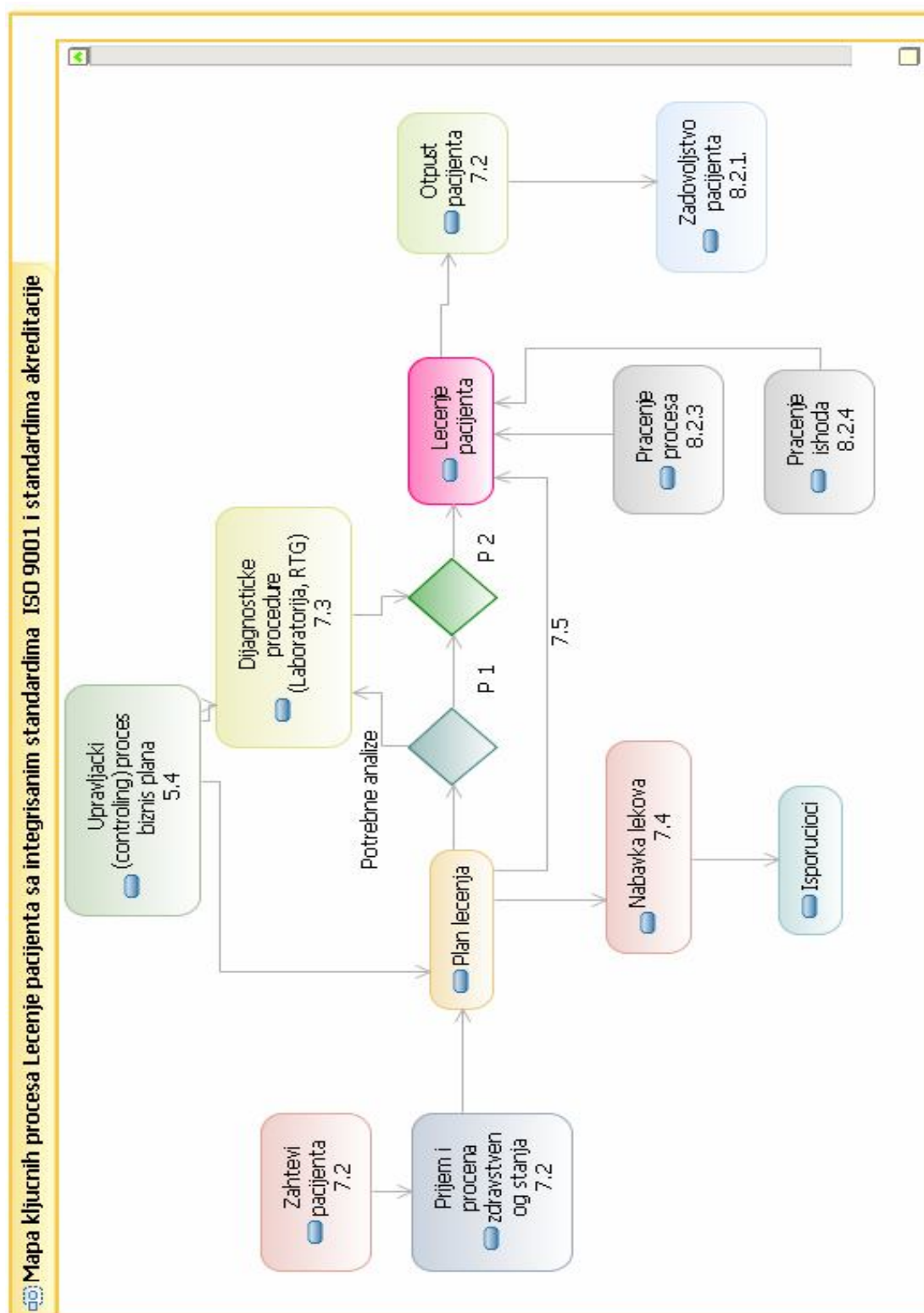
- ▶ proces koji se odnosi na kupce
- ▶ proces projektovanja i razvoja, samo za organizacije koje samostalno vrše ove aktivnosti
- ▶ proces nabavke
- ▶ proces proizvodnje ili realizacije usluge⁴⁹

Tabela 3. Uporedni prikaz standarda ISO 9001 i standarda akreditacije zdravstvenih ustanova

Standardi ISO 9001 (Procedure)	Standardi akreditacije (Procedure i protokoli)
7.2 Procesi u vezi sa zainteresovanim stranama	1.0 Prijem pacijenta 5.0 Otpust/transfer pacijenta
7.3 Dizajn i razvoj	2.0 Procena zdravstvenog stanja pacijenta i priprema multidisciplinarnog plana lečenja
7.4 Kupovina	6.0 Nnabavka opreme, lekova i medicinskih sredstava
7.5 Planiranje	3.0 Lečenje se sprovodi u skladu s planom lečenja 4.0 Plan lečenja se razmatra
6.3 Infrastruktura	6.0 Na raspolaganju su odgovarajuće prostorije
8.2.1. Merenje i praćenje performansi sistema 8.2.3. Merenje i praćenje usluge 8.2.4. Merenje i praćenje zadovoljstva zainteresovanih strana	7.0 Prati se kvalitet rada i bezbednost pacijenta 8.0 prava pacijenata

⁴⁸ Heleta M., Menadžment kvaliteta, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2009.

⁴⁹ Heleta M., Menadžment kvaliteta, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2009.

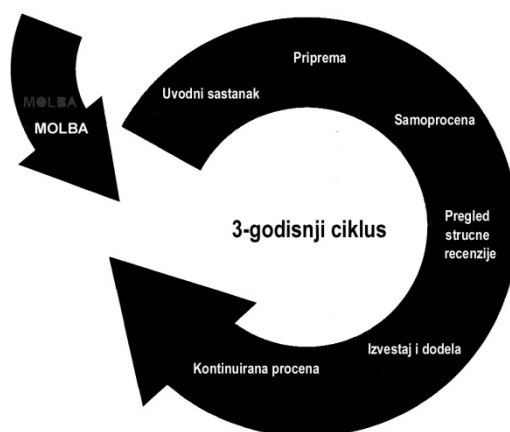


Slika 26. Mapa ključnih procesa „Lecenje pacijenata“ sa integrisanim standardima ISO 9001 i standardima akreditacije

12. PROCES AKREDITACIJE

Proces akreditacije obuhvata četiri karakteristične etape:

1. pripremu i samoocenjivanje preduzeto od strane ustanove;
2. ocenu spoljašnjih ocenjivača o usklađenosti rada ustanove sa standardima za akreditaciju;
3. pripremu finalnog izveštaja i odluku o dodeli akreditacije od strane AZUS-a;
4. kontinuiranu procenu i praćenje izvršenja plana za unapređenje kvaliteta



Slika 27. Trogodišnji ciklus procesa akreditacije⁵⁰

Proces akreditacije se u organizaciji sprovodi na sopstvenu inicijativu, kako bi se obezbedio uspeh u stalnom unapređenju kvaliteta i bezbednosti. Iako način na koji organizacija pristupa akreditaciji može da bude veoma različit, izvesni ključni aspekti moraju da budu zadovoljeni kako bi se obezbedilo adekvatno rukovođenje i koordinacija procesom akreditacije. Oni obuhvataju:

- podršku hijerarhijski najvišeg rukovodstva;
- imenovanje koordinatora za akreditaciju;
- formiranje timova za samoocenjivanje.

⁵⁰ ISQua Checklist for Development of new Healthcare Accreditation Programmes (ISQua, November 2006).

Veoma je važno da najviše rukovodstvo organizacije podržava rad na akreditaciji i da je uključeno u čitav proces. Rukovodstvo treba da saopšti ključne razloge zbog kojih je akreditacija značajna i kakvu korist ustanova očekuje da dobije od preduzetog akreditacionog procesa uz dodatno stvaranje pozitivne atmosfere ispunjene entuzijazmom koja će podstaći učešće i „nadmetanje“ tokom procesa.

12.1. Samoocenjivanje

Samoocenjivanje sprovodi ustanova radi evaluacije nivoa usklađenosti svoga rada u odnosu na postavljene standarde za akreditaciju.

Samoocenjivanje pruža mogućnost organizaciji da preispita svoj rad i da ga proceni u skladu sa akreditacionim standardima, odnosno da proceni:

- *gde se ustanova nalazila ranije,*
- *gde je trenutno i*
- *kako sebe vidi u budućnosti.*

Samoocenjivanje predočava zaposlenima šta dobro rade i koje su to oblasti koje treba unaprediti, odnosno koje su to snage i slabosti unutar organizacije.

Prva faza samoocenjivanja je sprovođenje detaljne i objektivne samoocene pridržavajući se standarda, pri čemu ustanova dolazi do saznanja „gde se sada nalazi“. Rezultati samoocenjivanja će omogućiti menadžmentu da uoči propuste u radu, tj. koja su to polja koja ne zadovoljavaju standarde i da planiraju akcije koje treba preduzeti s ciljem ispravljanja uočenih nedostataka.

U drugoj fazi, koja se sprovodi oko šest nedelja pre eksternog ocenjivanja, organizacija preduzima drugo samoocenjivanje prema standardima koju obavljaju interni ocenjivači, simulirajući potpuno eksterne ocenjivače. Ova vežba omogućava merenje napretka organizacije u ostvarivanju standarda, u odnosu na prvu samoocenu.

Informacije koje se dobiju iz druge faze samoocenjivanja se šalju članovima tima eksternih ocenjivača, tako da oni unapred imaju jasnu sliku ustanove i sistem funkcionisanja iste, što predstavlja vid pripreme sa eksterno ocenjivanje.

12.2. Uslovi za dobijanje akreditacije

Akreditaciju zdravstvena ustanova stiče na period od jedne godine, ako:

- je ostvarila 40–50% ocena 4 i 5;
- nema više od 20% ocena 1 i 2;
- kriterijumi koji se odnose na bezbednost pacijenta u procesu lečenja nisu ocenjeni ocenom manjom od 4.

Akreditaciju zdravstvena ustanova stiče na period od tri godine, ako:

- je ostvarila 51–70% ocena 4 i 5;
- nema više od 15% ocena 1 i 2;
- kriterijumi koji se odnose na bezbednost pacijenta u procesu lečenja nisu ocenjeni ocenom manjom od 4.

Akreditaciju zdravstvena ustanova stiče na period od sedam godina, ako:

- je ostvarila 71–100% ocena 4 i 5;
- nema više od 10% ocena 1 i 2;
- kriterijumi koji se odnose na bezbednost pacijenta u procesu lečenja nisu ocenjeni ocenom manjom od 4.

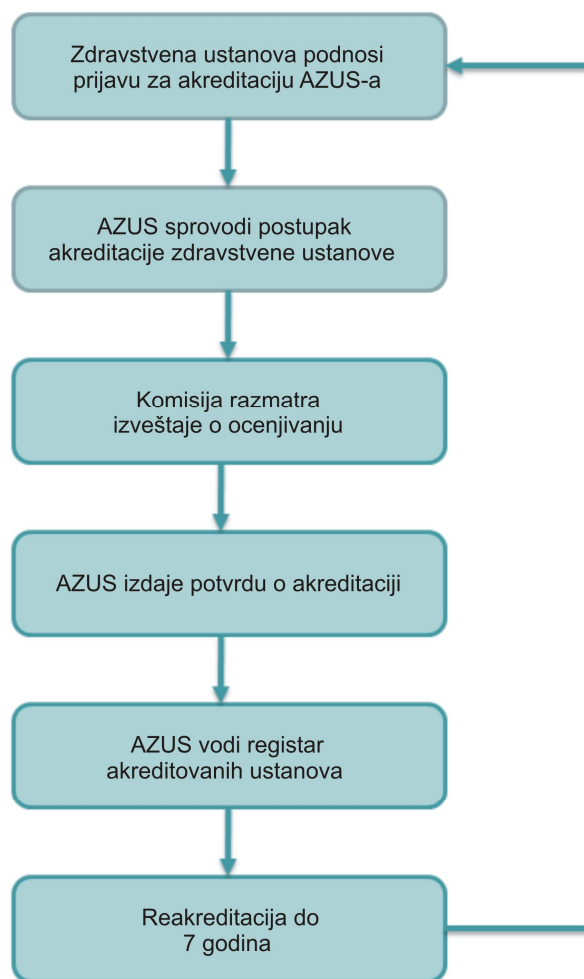
12.3. Koristi od akreditacije

Primena akreditacionih standarda vodi ka razvoju usluga i poboljšanju kvaliteta u celoj zdravstvenoj organizaciji. Procesom akreditacije obuhvaćene su sve službe i odeljenja jedne ustanove. Za one koji to postignu, akreditacija je zaslužena nagrada, odnosno dokaz da ta ustanova pruža usluge visokog kvaliteta.

Posebno naglašavamo nekoliko dokazanih koristi od učešća u programu akreditacije:

- raste svest o kvalitetu kao glavnom ekvivalentu u pružanju usluga i jača želja da se uči i poboljša;
- ispunjenje očekivanja pacijenata;
- unapređenje procesa i ishoda lečenja na temelju medicine zasnovane na dokazima;
- poboljšana horizontalna i vertikalna komunikacija u celoj organizaciji;
- snažniji pristup razvoju i primeni politika i procedura;
- poboljšan sistem kontrole dokumenata;

- bolje razumevanje iskustva pacijenata i pitanja koja se odnose na privatnost, dostojanstvo i poverljivost;
- osoblje radi zajednički u ostvarivanju akcija na postizanju kvaliteta.⁵¹



Slika 28. Šema procesa akreditacije⁵²

⁵¹ Priručnik za menadžere: Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2009

⁵² www.aaqi.rs.ba

13. BEZBEDNOST PACIJENTA

Poseban značaj u procesu akreditacije imaju kriterijumi koji se direktno odnose na bezbednost pacijenta i oni velikim delom utiču na akreditaciju. Najjednostavnija definicija bezbednosti pacijenta je prevencija grešaka i neželjenih događaja tokom pružanja zdravstvenih usluga.

Neželjeni događaji uglavnom se povezuju sa bolničkim lečenjem, ali mogu se desiti tokom pružanja usluga na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Akreditacioni program posvećuje naročitu pažnju bezbednosti pacijenta kao osnovne karakteristike kvaliteta zdravstvene zaštite.

Bezbednost pacijenta može se definisati kao smanjenje ili ublažavanje postupaka koji nisu bezbedni u okviru zdravstvenog sistema, kao i sprovođenje najbolje prakse koja vodi ka optimalnim ishodima po zdravlje pacijenta⁵³.

13.1. Inicijalni ciljevi za bezbednost pacijenta

Ciljevi za bezbednost pacijenta zasnivaju se na međunarodnim ciljevima koji su potkrepljeni istraživačkim radom.

Dole pomenuti ciljevi imaju uticaj na celokupnu zdravstvenu ustanovu i zahtevaju fokusiran i koordinisan napor da bi se izvršila njihova primena:

1. Procedure u hirurgiji vezane za bezbednost.
2. Svođenje na minimum mogućnosti nastanka infekcija u ustanovama.
3. Bezbedno rukovanje lekovima.
4. Nega i lečenje „pravog“ pacijenta.
5. Do bezbednog lečenja eliminisanjem/svođenjem na minimum neželjenih događaja.

⁵³ Канадски речник за безбедност пацијента, октобар 2003.

13.2. Neophodne aktivnosti za ostvarenje ciljeva vezanih za bezbednost pacijenta

13.2.1. Procedure u hirurgiji vezane za bezbednost

Neophodna aktivnost: Nepohodno je da ustanova primenjuje Hiruršku kontrolnu listu SZO.

Razrada: Retko se dešava da se neka hirurška procedura sprovede na pogrešan način (uključujući pogrešnu stranu tela, pogrešan organ, pogrešno mesto, pogrešan implant i pogrešnu osobu), ali ako do toga dođe posledice su velike po zdravlje pacijenta. Upotrebom Hirurške kontrolne liste SZO za operacionu salu na jednostavan način obezbeđuju se: neophodne informacije o pacijentu, koje su poznate svim članovima tima i dobra komunikacija u okviru tima. Kontrolna lista se fokusira na tri ključna perioda u operacionoj sali: pre davanja anestezije, pre hirurškog reza i pre nego što pacijent napusti operacionu salu. Primenjuje se širom sveta, a njena primena počela je i u zdravstvenim ustanovama u Srbiji.

13.2.2. Svođenje na minimum mogućnosti nastanka infekcija u ustanovama

Neophodna aktivnost: Nepohodno je da ustanova primenjuje strategiju za higijenu ruku.

Razrada: Da bi se infekcije, koje nastaju u ustanovama, svele na minimum neophodne su kombinovane i multidisciplinarne strategije. Postoje brojni dokazi koji pokazuju da upotreba antiseptika za higijenu ruku doprinosi smanjenju infekcija nastalih u ustanovama i zato treba da zauzmu centralno mesto kako bi se osigurala bezbednost pacijenta. Svetsko udruženje za bezbednost pacijenta SZO ima dobro objašnjene smernice i procedure za higijenu ruku (dostupne na internetu). Iako su delimično sprovedene strategije za primenu higijene ruku u zdravstvenim ustanovama Srbije, implementacija nije u potpunosti izvršena. Na osnovu toga AZUS može da ima veliki uticaj u akreditovanim ustanovama, odnosno u ustanovama koje su u procesu akreditacije ukoliko:

- 1) predloži strategiju za higijenu ruku i obezbedi edukaciju za njenu primenu,
- 2) zahteva primenu strategije i
- 3) redovno prati pravilno sprovođenje strategije.

13.2.3. Bezbedno rukovanje lekovima

Neophodne aktivnosti: Ustanove treba da uklone koncentrovane elektrolite van odeljenja za lečenje pacijenta (da spreče da dođe do mešanja sa slično pakovanim rastvorima; da spreče lošu pripremu ili loše rukovanje intravenoznim rastvorima), primene program za bezbedno rukovanje narkoticima i obezbede program obuke za korišćenje infuzione pumpe.

Razrada: Prilikom rukovanja lekovima može doći do propusta vezanih za bezbednost pacijenta i greške mogu imati višestruke posledice. Prethodno predložene tri aktivnosti odnose se na rukovanje lekovima, koje ukoliko se ne sprovedu na adekvatan način može da ima potencijalno velike posledice po zdravlje pacijenata. Zbog toga se predlaže da se te aktivnosti prve uzmu u obzir. U slučaju kada se koncentrovani elektroliti zamene drugim sličnim rastvorima, koji se čuvaju na odeljenju za lečenje pacijenata ili u slučaju da se priprema intravenoznih rastvora nepravilno sprovedu, može doći do smrtnog ishoda. Neadekvatno skladištenje i izdavanje lekova može biti opasno po zdravlje pacijenta. Upotreba infuzionih pumpi od strane osoblja koje ne poseduje adekvatnu obuku, može da dovede do neadekvatnog, neefektivnog ili rizičnog davanja lekova po zdravlje pacijenta.

13.2.4. Nega i lečenje “pravog” pacijenta

Neophodna aktivnost: Ustanove treba da primene sistem za identifikaciju pacijenata.

Razrada: Pogrešna identifikacija pacijenata dovodi do grešaka u propisivanju i davanju lekova, transfuziji, ispitivanjima i sprovođenju procedura nad pogrešnom osobom. Najčešći oblik identifikacije je narukvica koju pacijent nosi oko zgloba. Međutim, često se dešava da narukvica nestane ili informacije koje se nalaze na njoj nisu tačne. Pored toga, do problema dolazi i kad osoblje ne uspe da odredi koje procedure, testovi i lekovi se odnose na određenog pacijenta. Takođe se dešava da narukvice nemaju sistem kodiranja kako bi se lakše prepoznalo zdravstveno stanje pacijenta ili njegove potrebe. Dobro napravljen sistem za identifikaciju pacijenata rešava ovakve vrste problema i time se smanjuju rizici vezani za bezbednost pacijenta

13.2.5. Do bezbednog lečenja eliminisanjem/svođenjem na minimum

neželjenih događaja

Neophodna aktivnost: Ustanove treba da primene sistem koji lako prepoznaje neželjene događaje.

Razrada: Neželjeni događaj je bilo koja neželjena povreda ili komplikacija koja dovodi do pojave invaliditeta, smrtnog ishoda ili produženog boravka u bolnici, a nastaje kao posledica rada menadžmenta u zdravstvenoj ustanovi⁵⁴. Neželjeni događaji do kojih najčešće dolazi su: povreda pacijenta, neophodna ili neplanirana operacija, infekcija nastala u zdravstvenoj ustanovi, prijem pacijenta u bolnicu do kojeg je došlo zbog nepravilnog lečenja na nivou primarne zdravstvene zaštite, ponovni prijem pacijenta zbog neadekvatnog lečenja, problemi sa transfuzijom krvi, neželjena reakcija na lek, srčani zastoj, respiratorni zastoj, padovi i smrtni ishodi. Neželjeni događaji koji imaju ozbiljne posledice i ne dešavaju se često spadaju u nepredvidive i neobjašnjive događaje. Sistem prepoznavanja neželjenih događaja podrazumeva: izveštavanje i vođenje dokumentacije o neželjenim događajima, analizu neželjenih događaja kako bi se odredile aktivnosti za sprečavanje ponavljanja neželjenog događaja, primena aktivnosti na unapređenju kvaliteta rada i objavljivanje rezultata.⁵⁵

⁵⁴ Канадски Институт за информације у здравству (СИИ), 2002.

⁵⁵ Приручник за спровођење мера за безбедност пацијента, Београд, 2010.

14. Pokazatelji kvaliteta rada zdravstvene ustanove

Praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite obuhvata definisanje obeležja i kriterijuma koji određuju šta čini dobru zdravstvenu zaštitu. Najveći izazov za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite je sistematski pristup njegovom merenju, koji nam omogućava da bolje razumemo šta pod kvalitetom podrazumevamo. To je složen proces koji počinje koncenzusom o tome šta će se meriti, identifikovanjem odgovarajućih pokazatelja uključujući i izvore podataka za njihovo dobijanje, nastavlja se analizom, sintezom i tumačenjem dobijenih rezultata, a završava njihovom diseminacijom.⁵⁶

Pod pokazateljima kvaliteta podrazumeva se kvantitativna pokazatelj koji se koristi za praćenje i evaluaciju kvaliteta nege i lečenja pacijenata, i kao podrška aktivnostima zdravstvene zaštite.

Prema zakonu o zdravstvenoj zaštiti pokazatelji kvaliteta u oblasti pedijatrije prate se na odeljenjima pedijatrije, perinatologije, neonatologije, dečje neurologije i dečje psihijatrije.⁵⁷

Obavezni pokazatelji kvaliteta koji se prate u pedijatriji su:

- 1) **Stopa letaliteta** - (Izračunava se kao broj umrlih lica na pedijatrijskom odeljenju podeljen sa brojem lečenih na tom odeljenju i pomnožen sa 100);
- 2) **Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema** - (Izračunava se kao broj umrlih na pedijatrijskom odeljenju u toku prvih 48 sati od prijema podeljen sa brojem umrlih na tom odeljenju i pomnožen sa 100);
- 3) **Prosečna dužina bolničkog lečenja** - (Izračunava se kao ukupan broj dana bolničkog lečenja na pedijatrijskom odeljenju podeljen sa brojem hospitalizacija na tom odeljenju);
- 4) **Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji** - (Izračunava se kao broj medicinskih sestara angažovanih na nezi bolesnika na pedijatrijskom odeljenju podeljen sa brojem zauzetih postelja na tom odeljenju);

⁵⁶ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Praćenje pokazatelja kvaliteta zdravstvene zaštite, Beograd, 2010.

⁵⁷ Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene (Sl. gl. RS br. 49/2010)

- 5) **Procenat obdukovanih** - (Izračunava se kao broj obdukovanih podeljen sa ukupnim brojem umrlih pacijenata na pedijatrijskim odeljenjima i pomnožen sa 100);
- 6) **Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcioni dijagnoza** - (Izračunava se kao broj dijagnoza sa pedijatrijskog odeljenja koje su potvrđene obdukcionim nalazom podeljen sa ukupnim brojem umrlih pacijenata na tim odeljenjima upućenih na obdukciju i pomnožen sa 100);
- 7) **Procenat pacijenata upućenih u druge zdravstvene ustanove** (osim na rehabilitaciju) (Izračunava se kao broj pacijenata sa pedijatrijskog odeljenja upućenih u druge zdravstvene ustanove istog ili višeg nivoa na dalju dijagnostiku i tretman, sem na rehabilitaciju).⁵⁸

14.1. Analiza pokazatelja kvaliteta rada za pedijatrijske ustanove tercijalnog nivoa

Analizirani su obavezni pokazatelji kvaliteta rada za pedijatrijske grane medicine iz baze podataka o kvalitetu rada zdravstvenih ustanova na teritoriji grada Beograda, Gradskog zavoda za javno zdravlje Beograd.

Stacionarno lečenje dece u Beogradu vrši se u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, Univerzitetskoj dečjoj klinici i 3 kliničko-bolnička centra. Za lečenje i rehabilitaciju dece obolele od specifičnih oboljenja i stanja koriste se kapaciteti Specijalne bolnice za cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju, Klinike za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu i Instituta za neonatologiju. Zbog specifičnosti ovih ustanova nije moguće poređenje njihovih pokazatelja kvaliteta.

Odeljenja za lečenje obolele dece postoje i u drugim ustanovama, namenjenih prvenstveno za lečenje odraslih bolesnika (Institut za onkologiju i radiologiju Srbije), kao i u drugim ustanovama (Institut za mentalno zdravlje i dr.), koje ne dostavljaju podatke o pokazateljima kvaliteta pedijatrijskih odeljenja.⁵⁹

⁵⁸ Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene (Sl. gl. RS br. 49/2010)

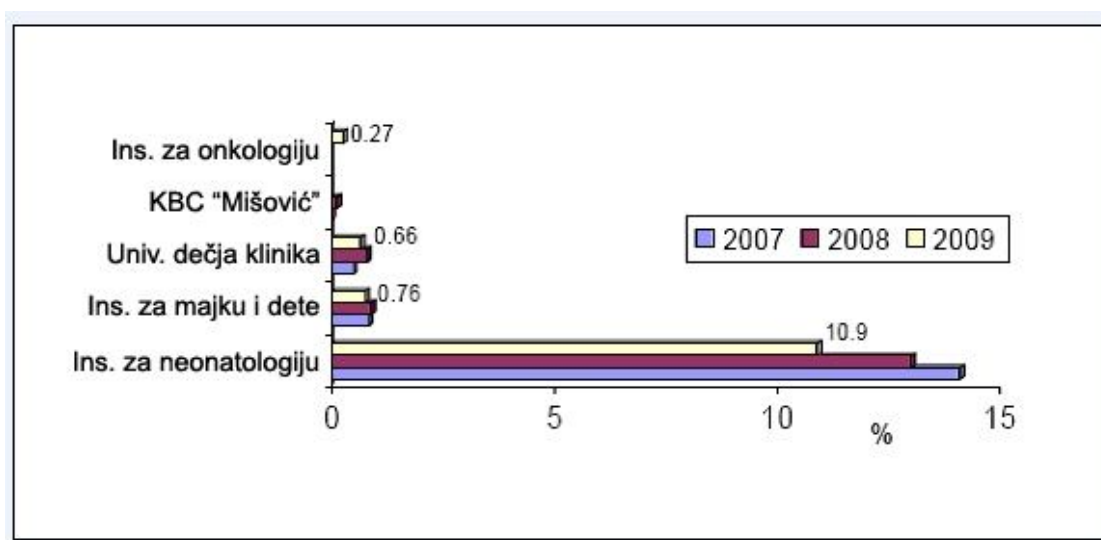
⁵⁹ www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite

14.1.1. Stopa letaliteta

U 10 bolnica u Beogradu u 2009. godini hospitalizovano je 22.414 dece, što je više u odnosu na prethodnu godinu, prvenstveno zbog većeg broja bolnički lečene dece u Univerzitetnoj dečjoj klinici i u manjem obimu u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije.

Smrtnim ishodom završeno je lečenje kod 209 dece (227 u 2008. godini), od kojih 102 u Institutu za neonatologiju, 54 u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, 51 u Univerzitetnoj dečjoj klinici i 2 u Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije. U ostalim bolnicama nije bilo smrtnih ishoda.

Stopa letaliteta na pedijatrijskim odeljenjima je bila 0,93% i manja je u odnosu na 2008. godinu, kada je iznosila 1,15%. Stopa letaliteta je najveća, prema očekivanju u Institutu za neonatologiju 11%, ali je u svim bolnicama stopa smanjena u odnosu na prošlu godinu (grafikon 1).⁶⁰

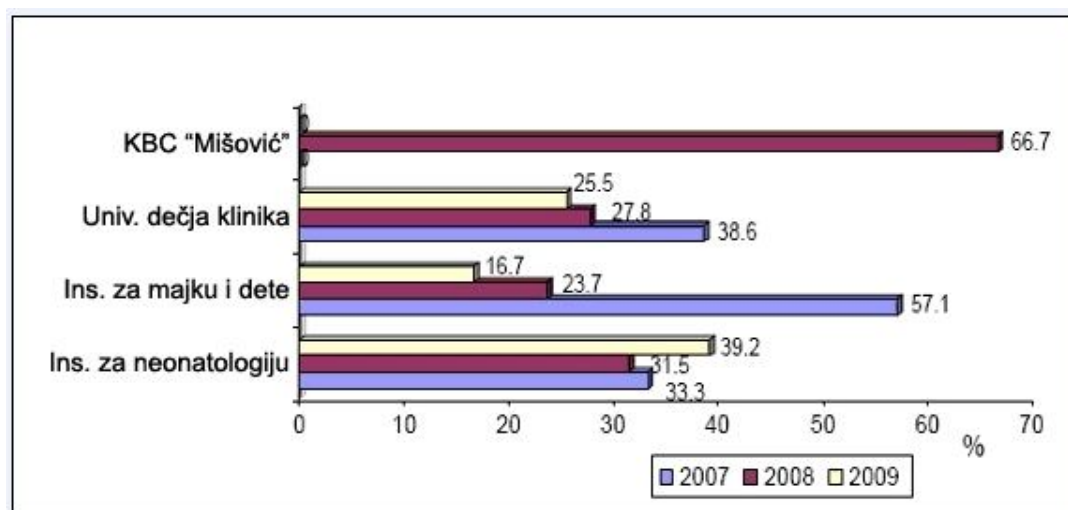


Grafikon 1. Stopa letaliteta na pedijatrijskim odeljenjima

⁶⁰ www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite

14.1.2. Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema

U toku prvih 48 sati od bolničkog prijema, lečenje 62 dece je završeno smrtnim ishodom, tako da je procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema u bolnicu iznosio 29,67% (u 2008. godini, 29%). Najveći procenat umrlih u prvih 48 sati je u Institutu za neonatologiju 39% (grafikon 2.).⁶¹



Grafikon 2. Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema na pedijatrijskim odeljenjima

14.1.3. Prosečna dužina bolničkog lečenja

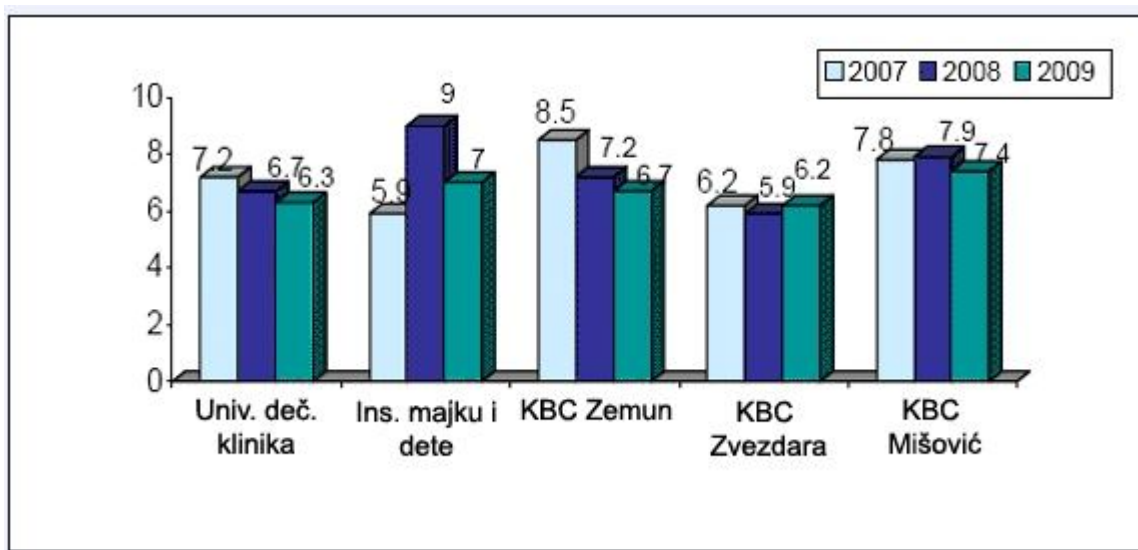
Za pedijatrijske discipline korišćeno je u 10 ustanova 813 postelja, što je za 9 više u odnosu na prehodnu godinu, zbog povećanja broja pedijatrijskih postelja u Univerzitetskoj dečjoj klinici. Lečeno je 22.414 pacijenata i ostvareno 213.662 dana bolničkog lečenja, a prosečna dužina lečenja je bila 9,53 dana (11,30 dana u 2008. godini, a 10,13 dana u 2007. godini). Prosečna dužina lečenja je smanjena u odnosu na prethodne godine na svim pedijatrijskim odeljenjima, a posebno u Specijalnoj bolnici za cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju (grafikon 3).

Prosečna dužina lečenja je skoro izjednačena na pedijatrijskim odeljenjima kliničko-bolničkih centara, Univerzitetske dečje klinike i Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije (oko

⁶¹ www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite

6-7 dana). U ove vrednosti nije uračunat boravak novorođene dece u porodilištima kliničko-bolničkih centara.

U svim ovim ustanovama moguće je poređenje dužine lečenja samo sa prethodnom godinom zbog promene u metodologiji izračunavanja (isključena su odeljenja dečje hirurgije i neonatološka odeljenja pri porodilištima).⁶²



Grafikon 3. Prosečna dužina bolničkog lečenja -pedijatrija-

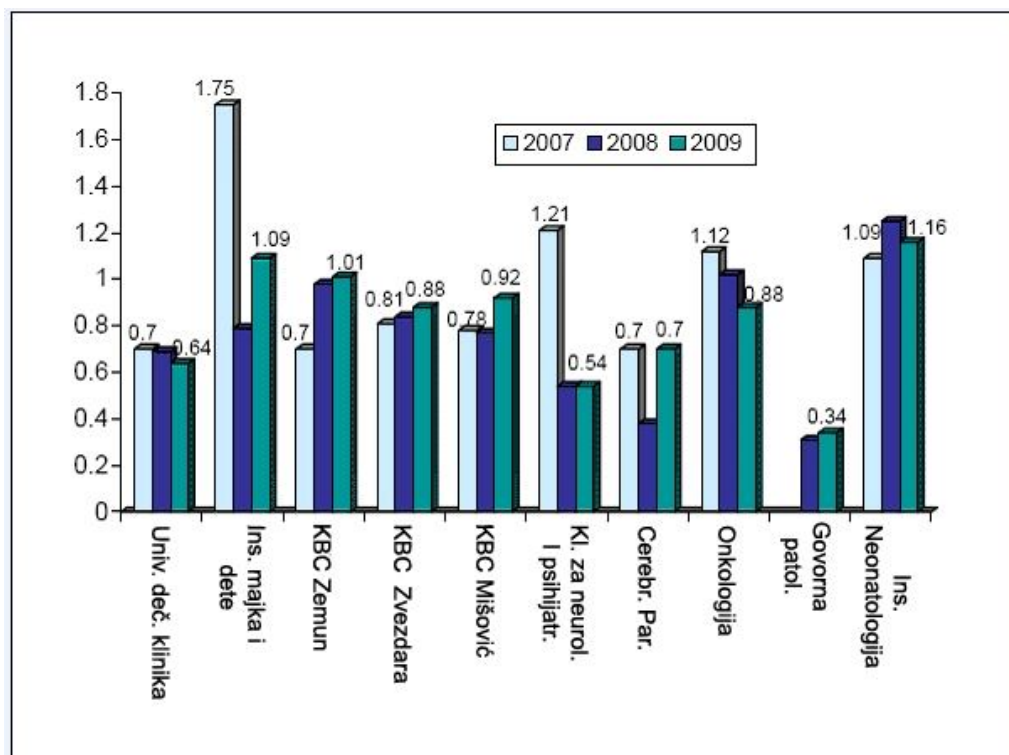
14.1.4. Prosečan broj medicinskih sestara po zauzetoj bolničkoj postelji

U okviru pedijatrijskih disciplina bilo je angažovano efektivno 523,4 medicinskih sestara na nezi bolesnika ili 0,89 sestara po zauzetoj postelji. To je više u odnosu na prethodnu godinu za 34 medicinske sestre, pri čemu je najveće povećanje ostvareno u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije.

Obezbeđenost sestrinskim kadrom je najveća u Institutu za neonatologiju, što je i očekivano, s obzirom na težinu oboljenja i uzrast dece koja se leče u ovoj ustanovi. Najmanje medicinskih sestara angažovanih na nezi bolesnika po zauzetoj postelji ima Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju, 0,34 (grafikon 4).⁶³

⁶² www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite

⁶³ www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite



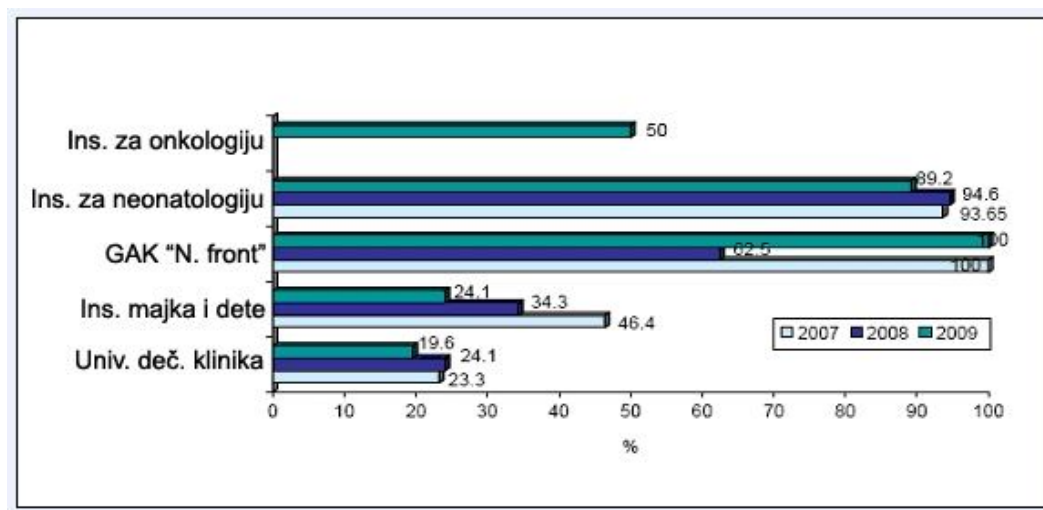
Grafikon 4. Broj medicinskih sestara po postelji -pedijatrijske discipline-

14.1.5. Procenat obdukovanih

Podaci o obdukovanim pacijentima analizirani su za 11 bolnica, jer su uključene i obdukcije novorođenčadi u GAK „Narodni front“. Lečenje dece na pedijatrijskim odeljenjima završeno je u 223 slučaja smrtnim ishodom (237 u prethodnoj godini). Najviše umrlih pacijenata bilo je u Institutu za neonatologiju (102), a zatim u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije (54) i Univerzitetској dečјој klinici (51). Obdukcija je urađena u 129 slučajeva, ili 57,85%, što je manje u odnosu na prethodne godine (60,3% u 2008. godini, a 66,12% u 2007. godini).

Broj urađenih obdukcija ima opadajući trend u sve tri pedijatrijske ustanove, u kojima je najveći broj umrlih pacijenata. Postoje velike razlike između bolnica u procentu obdukovanih, tako da je u Institutu za neonatologiju 89%, a u GAK „Narodni front“ 100% obdukovanih

(grafikon 5). Znatno manji procenat obdukovanih je u Univerzitetnoj dečjoj klinici 19,6% i Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije 24%.⁶⁴



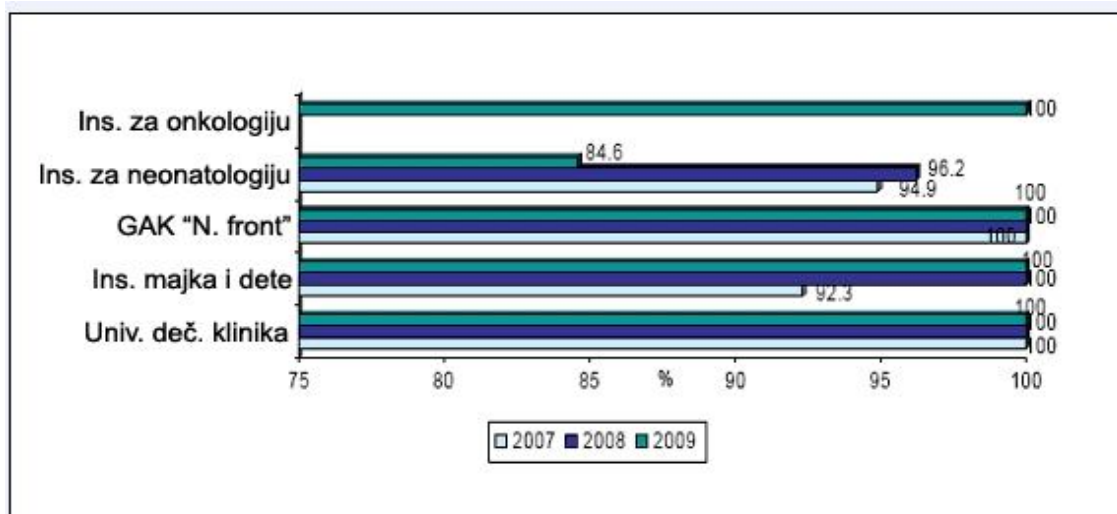
Grafikon 5. Procenat obdukovanih na pedijatrijskim odeljenjima

14.1.6. Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcioničkih dijagnoza

Od 129 urađenih obdukcija u 115 (89,15%) slučajeva je obdukciona dijagnoza bila podudarna sa kliničkom, što je manje u odnosu na prethodne godine (97,2% podudarnih dijagnoza u 2008. godini, a 95,12% u 2007. godini). Potpuna podudarnost kliničkih i obdukcioničkih dijagnoza (100%) ostvarena je u svim ustanovama, izuzev Instituta za neonatologiju, gde je bilo 84,6% podudarnih dijagnoza (grafikon 6). Ovakve vrednosti ukazuju na potrebu provere kvaliteta podataka.⁶⁵

⁶⁴ www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite

⁶⁵ www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite



Grafikon 6. Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcionih dijagnoza

Istraživanje kvaliteta zdravstvene zaštite u oblasti pedijatrije ograničeno je dostupnim podacima koji predstavljaju zakonski obavezne pokazatelje kvaliteta rada. Prosečna dužina lečenja predstavlja jedan od najznačajnijih pokazatelja efikasnosti i kvaliteta rada bolnice. Dužina lečenja zavisi od vrste i težina bolesti, komorbiditeta, uzrasta, pola, kvaliteta pružene zaštite i performansi samog odeljenja.⁶⁶

Za ustanove tercijalnog nivoa zdravstvenen zaštite, kao i u oblasti pedijatrijske delatnosti standardi koji se odnose na pokazatelje ovoga novoa nisu definisani. U nedostatku propisanih standarda o dužini lečenja, podatak iz literature o prosečnoj dužini lečenja u unuverzitetским pedijatrijskim ustanovama može se uzeti kao primer „dobre kliničke prakse“. U pedijatrijskim ustanovama u Kanadi prosečna dužina lečenja iznosi 5,1 dana⁶⁷, a u SAD 4,5 - 6,3 dana, što je kraće u odnosu na lečenja u našim zdravstvenim ustanovama tercijalnog nivoa zdravstvene zaštite.⁶⁸

Postoji određeni broj varijabli koje utiču na pokazatelje praćenja, nezavisno od kvaliteta pružene zdravstvene zaštite, kao što su uzrast bolesnika, pol, težina oboljenja, komorbiditet.

Zbog toga je za adekvatnu komparaciju ustanova i praćenje trendova podesnije uspostavljanje standarda za pojedine pokazatelje.

⁶⁶ Kuburović N. Merjenje performansi bolnice. Zadužbina Andrejević, Beograd, 2006.

⁶⁷ Canadian Institute for Health Information. Inpatient Hospitalizations and Average Length of Stay Trends in Canada, 2003-2004 and 2004-2005, (cited 2009 Sep 18). Available from: http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/HMDB_Analysis_in_Brief_Final_eng_Pdf.

⁶⁸ Americas Best Children's Hospitals. US News Best Hospitals, 2010. Available from: <http://health.usnews.com/best-hospitals/pediatric-rankings>

Pri upoređivanju pokazatelja kvaliteta rada nisu uzeti u obzir težina oboljenja i faktor složenosti operacija lečenih bolesnika. U našoj zemlji ti važni pokazatelji nisu obavezni i ne evidentiraju se na validan način.

Suština praćenja ovih pokazatelja i najveća korist je motivisanje zaposlenih i podizanje odgovornosti i svesti o potrebi stalnog unapređenja kvaliteta rada, kao i utvrđivanje prioriteta za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i uspostavljanje nacionalnih standarda kliničkih pokazatelja kvaliteta rada i kontrole sprovođenja planiranih mera.⁶⁹

Svaki od definisanih obaveznih pokazatelja kvaliteta zdravstvene zaštite trebalo bi da ima svoj stručno i naučno utemeljen standard. To bi omogućilo vrednovanje svakog dobijenog pokazatelja i objektivnu procenu postignutog u odnosu na optimalna očekivanja, utvrđivanje mera i aktivnosti za stalno unapređenje kvaliteta i uspostavljanje sistema upravljanja kvalitetom i procesa akreditacije u sistemu zdravstvene zaštite.

⁶⁹ Kuburovic N, Đuričić S, Nešković A, Dedić V, Kuburović V. Procena kvaliteta rada u pedijatrijskim ustanovama tercijalnog nivoa zdravstvene zaštite u Srbiji, Vojnosanitetski pregled, Beograd, 2010.

15. ZAKLJUČAK

Od početka osamdesetih godina većina zemalja sveta značajno su redukovale svoje bolničke kapacitete i izvršile prebacivanje nekih usluga ka alternativnim oblicima pružanja zdravstvene zaštite. Sve više bolnica se fokusira na akutnu negu, zbrinjavajući isključivo pacijente sa stanjima koja zahtevaju relativno intenzivnu medicinsku negu ili sofisticiranu negu u lečenju. Zdravstveni sistem Republike Srbije potrebno je približiti zdravstvenom sistemu razvijenih zemalja, posebno u pogledu obezbeđenja i pružanja visokokvalitetnih zdravstvenih usluga u korist svih građana Republike Srbije. Potpuno je izvesno da će biti potrebne godine, pa čak i decenije u sprovođenju reformi zdravstvenog sistema. Samo efikasno organizovana bolnica imaće pozitivan efekat na zdravlje ljudi.

Zdravstvene ustanove treba da uvažavaju činjenicu da se zdravstvenim organizacijama ne garantuje uspeh na tržištu i njihov opstanak samim njihovim postojanjem. Danas su materijalna sredstva namenjena za zdravstvenu zaštitu vidno ograničena. Evidentan je kako pad zdravstvenog standarda uopšte, tako i pad ličnog komfora pacijenata u hospitalnim uslovima, a takođe i pad ličnog standarda zaposlenih u zdravstvu. U novije vreme osnivaju se privatne bolnice, centri za negu i druge zdravstvene ustanove, koje su u obezbeđivanju odgovarajuće zdravstvene usluge motivisane profitom. Tako prodajući usluge radi sticanja profita te zdravstvene ustanove teže da zadovolje korisnike zdravstvenih usluga. Prema tome, javlja se konkurencija od strane privatnih zdravstvenih ustanova. Zato zdravstvene organizacije moraju biti sposobne da usklade svoje mogućnosti i asortiman usluga sa odgovarajućim potrebama, zahtevima, prioritetima nametnutim od strane korisnika usluga i društva u celini.

Sadašnje stanje u zdravstvu je nezadovoljavajuće, može se reći alarmantno. Postoje dva izrazita problema. Prvi je akutna nestašica materijalno finansijskih sredstava, što umanjuje realne mogućnosti zdravstva za bolje i efikasnije delovanje, a drugi je što postojeći način organizovanja i upravljanja ove organizacije čini neefektivnim i neefikasnim.

Obezbeđivanje kvalitetnih i sigurnih usluga u bolničkom sektoru Republike Srbije podrazumeva intenzivan rad na uvođenju i primeni standarda kvaliteta u cilju izgradnje sistema kontinuiranog unapređenja, osiguranja i kontrole kvaliteta.

U skladu sa sistemom poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga, svaka zdravstvena ustanova treba da definiše svoje procese – prevencije, dijagnostike, nege, tretmana, rehabilitacije, administrativne i druge podržavajuće procese.

ISO 9001 ne precizira kojim potrebama klijenta treba udovoljiti, već osigurava da su ispravne procedure obavljene na konzistentan i kontrolisan način. Drugim rečima, sistem kvaliteta ISO 9001 podrazumeva da ako su identifikovani procesi u organizaciji, ako su određene sekvence i interakcije tih procesa, ako su određeni kriterijumi i metode za odvijanje i kontrolu procesa, ako postoje odgovarajući resursi, merenje, praćenje i analiza tih procesa, ako su implementirane aktivnosti u dostizanju planiranih rezultata i kontinuiranog poboljšanja kvaliteta, da su ispunjeni zahtevi ISO 9001.

Takva zdravstvena ustanova poseduje dokumentovani sistem kvaliteta za koji ISO auditori ne ispituje profesionalni sadržaj aktivnosti i rezultate.

Taj sadržaj i ishode zaštite mogu proveriti samo zdravstveni profesionalci koji vrše spoljašnju kontrolu ustanove, odnosno akreditaciju.

Akreditacija u zdravstvu je više od distribucije i upoznavanja sa standardima. Akreditacijski program testira kako su implementirani standardi za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite u cilju bezbednosti pacijenta.

Polje akreditacije je cela zdravstvena ustanova, a ne njeni pojedini delovi ili službe. To znači da se ocenjuju sveukupnost organizacijske strukture i funkcija, odnosno aktivnosti zdravstvene ustanove, zbog uske međupovezanosti organizacijskih celina i zdravstvenih usluga koje se u okviru tih jedinica pružaju.

Ovaj pristup je specifičan i zahteva da sva odeljenja i svi zaposleni unutar zdravstvene ustanove budu uključeni u rad na dostizanju propisanih standarda. Posebno treba istaći da je učešće u ovom procesu od neprocenjive važnosti u razvijanju i poboljšanju unutrašnje komunikacije i rada tima.

Kroz zajednički rad, razmenu ideja kako da koriste standarde i razvijaju usluge, članovi timova su u prilici da bolje upoznaju svoju organizaciju. Njihovo učešće u programu akreditacije često doprinosi jačanju entuzijazma i predstavlja katalizator za uvođenje novih kreativnih metoda u radu, a za dobrobit svih učesnika u procesu zdravstvene zaštite.

Akreditacija će pomoći organizaciji da unapredi njen celokupni učinak, da ima kulturu kontinuiranog unapređenja kvaliteta i da se usredsredi na pacijente/klijente i rezultate.

Organizacije koje se odnose prema akreditaciji isključivo kao prema sredstvu za dobijanje sertifikata neće imati puno koristi od nje, kao okvira za unapređenje kvaliteta i bezbednosti pacijenta.

Celokupan rad, kompletno istraživanje u njemu i zaključno razmatranje ukazuje da zdravstveni sistem Republike Srbije, ovakav kakav je danas ne može da opstane i da će u budućnosti morati da pretrpi velike promene kroz proces uvođenja sistema kvaliteta ISO 9001 u funkciji akreditacije zdravstvenih ustanova.

16. LITERATURA

1. Heleta M., *Upravljanje kvalitetom*, Univerzitet Singidunum, 2009.
2. Heleta M., *Menadžment kvaliteta*, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2008.
3. Heleta M., *TQM-Model izvrsnosti*, Beograd, 2004.
4. Grant ES. Quality Medical Care. A definition. JAMA 1988; 280:56-61.
5. Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. N Engl J Med 1990;322:707-12.
6. Ovretveit J. Health Service Quality. An intraduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford 1995:2.
7. Zakon o Vladi, „Službeni glasnik RS“, br. 101/07 65/08
8. Strategija stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta, Službeni glasnik RS, br. 15/2009.
9. IWA, Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. Based on ISO 9004, 2000, secon edition, ISO 2001.
10. The development and implementation of quality improvement systems in health care. Council of Europe Publishing, recommendation No. R(97) 17 and explanatory memorandum, 1999.
11. QAP. A fremework for institutionalizing quality assurance. Int J Qual Health Care 2002; 14:67-73.
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti , „Službeni glasnik RS“ br. 55/05 i 75/05
13. Canadian Council on Health Services Accreditation. A Guide to the Development and Use of Performance Indicators. Ottawa 1996:7.
14. Heleta M. Procesi i dokumentacija QMS, Univerzitet Singidunum, 2010
15. Šofranac R, Šofranac M, Savović Z. Safety as an Important Medical Service Quality, International Quality Conference, Kragujevac, 2010.
16. The Healthcare Quality Handbook. A Professional Resource and Study Guide, ed. Brown JA, 16th ed. JB Quality Solution, Pasadena 2001.
17. Kelly M. John: Upravljanje ukupnim kvalitetom. Potecon Zagreb, 1997

18. Klazing N. Reengineering trust: the adoption of four models for external quality assurance in health services in western European Health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 2000;12 (3):183-89.
19. Shaw C. External quality mechanism for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 12 (3):169-75.
20. LorenzoS, Beech R, Lang T, Santos-Eggimann B. An experience of utilization review in Europe, *International Journal for Quality in Health Care*, 2001; 11: 13-9.
21. Bjegović V, Simić S, Dimitrijević Z, Šaulić A. Akreditacija zdravstvenih ustanova kao spoljašnji mahanizam unapređenja kvaliteta. *Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti*. Beograd, 2001.
22. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, "Sl.glasnik RS", član 214/2009.
23. Đorđević M, Đurđević S. Unapređenje kvaliteta u zdravstvu - iskustva nekih zemalja Evrope i problemi kod nas, Prvi meunarodni kongres JUSK-a, Beograd, 1996.
24. ASUZ - Akreditacioni program, vodič za samoocenjivanje, Beograd, 2010.
25. M. Heleta, Osnove inženjerstva, prezentacija, Univerzitet Singidunum, 2010.
26. Priručnik za menadžere:Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini,Sarajevo, 2009.
27. ISQua Checklist for Developement of new Healthcare Accreditation Programmes (ISQua, November 2006).
28. www.aaqi.rs.ba
29. Канадски речник за безбедност пацијента, октобар 2003.
30. Канадски Институт за информације у здравству (CIHI), 2002.
31. Приручник за спровођење мера за безбедност пацијента, Beograd, 2010.
32. Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene (Sl. gl. RS br. 57/07)
33. www.zdravlje.org.rs, Gradski Zavod za javno zdravlje, Kvalitet zdravstvene zaštite.
34. Kuburović N. Merenje performansi bolnice. Zadužbina Andrejević, Beograd, 2006.
35. Canadian Institute for Health Information. Inpatient Hospitalizations and Average Length of Stay Trends in Canada, 2003-2004 and 2004-2005, (cited 2009 Sep 18). Available from:<http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/HMDB> Analysis in Brief Final eng. Pdf.

-
36. Americas Best Children s Hospitals. US News Best Hospitals, 2010. Available from:<http://health.usnews.com/best-hospitals/pediatric-rankings>
 37. Kuburovic N, Đuričić S, Nešković A, Dedić V, Kuburović V. Procena kvaliteta rada u pedijatrijskim ustanovama tercijalnog nivoa zdravstvene zaštite u Srbiji, Vojnosanitetski pregled, Beograd, 2010.