

Универзитет Џон Незбит, Београд
Факултет за пословне студије, Београд

Златја М. Мишковић

**УТИЦАЈ ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ НА СИСТЕМ ЗА МЕНАџМЕНТ
КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ**

- ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА -

Београд, 2017.

МЕНТОР: др Александра Живаљевић, ванредни професор, Факултета за пословне студије, Џон Незбит универзитет, Београд

Чланови комисије:

Датум одбране докторске дисертације: _____

За стварање овог дела велику захвалност дугујем породици, пријатељима и колегама који су ме стрпљиво бодрили и помагали, свако на свој начин, да истрајем до краја.

Захвална сам свом супругу који ми је био велика подршка и који би данас био најсрећнији због постојања ове докторске дисертације.

Захвална сам и својој деци на стрпљењу и разумевању за тренутке када нисам имала довољно времена за њих.

Захваљујем се мојој сестри која ми је пружила велику љубав и подршку причајући сатима са мном када сам била немогућа за разговор са другима.

Захвална сам мојим родитељима на васпитању да будем истрајна и упорна и да је за све циљеве у животу потребан неки труд и напор, да једино тако остварени циљ има праву вредност.

Захваљујем се колегама на ангажовању око прикупљања потребних података из здравствених установа у којима раде, тиме су ми олакшали тај, у нашим условима, доста сложен процес.

Посебну захвалност дугујем проф. др.Александри Живаљевић, која ми је указала поверење прихвативши да буде мој ментор и све време за мене била доступна са драгоценим саветима и невероватном енергијом да ме подстакне и нађе прави начин за решавање проблема. Од избора теме, помоћи око потребне литературе за теоретски део дисертације до спровођења истраживања, издвајала је своје време и несебично ми помагала својим знањем, искуством, добротом и разумевањем. Захваљујем се за њено бесконачно стрпљење и охрабривање у тренуцима када ми се чинило да је крај јако далеко.

**Мојој породици која ме увек мотивише да будем
успешнија и боља за њих**

Златја Мишковић

УТИЦАЈ ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ НА СИСТЕМ ЗА МЕНАџМЕНТ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

АПСТРАКТ / РЕЗИМЕ

Изузетан значај квалитетног здравственог система за појединца и друштвени систем у целини и неопходност његовог прилагођавања променама у друштву утицали су да се схвати потреба за организовањем здравствених установа на другачији начин. У савременој науци је зато отворена једна потпуно нова област која се бави менаџментом здравствених установа са поддисциплином која проучава квалитет у здравственим установама. Квалитет у здравству је проучаван са разних аспеката, постоји велики број радова на тему квалитета у здравственим установама и његове зависности од знања здравствених радника, организације здравствених установа, вештине менаџера... и тд., али до сада нико није истраживао да ли и власничка структура има било какав утицај на квалитет и уколико га има на који начин утиче.

У здравственим установама Републике Србији постоје два власничка односа, државни и приватни, што ствара ривалитет и настанак “тржишне утакмице”. Први утисак је да је приватна пракса боље организована, да адекватније распоређује своја финансијска средства и да примењује тржишни начин размишљања и пословања. Државне установе, са друге стране, морају да се изборе са константним недостатком средстава за обављање здравствене делатности и уједно остваре своју друштвену улогу на најрационалнији могући начин. Такво стање у државним установама не мотивише здравствене раднике, а кориснике усмерава ка приватном сектору. У тржишној утакмици између приватног и државног сектора пацијенти су корисници, али и контролори здравствених услуга, а њихово искуство и мишљење имају пресудну улогу за даље функционисање и опстанак ових здравствених установа.

Проучавањем начина на који здравствене установе управљају квалитетом у приватном и у државном сектору и њиховом компарацијом, у докторској дисертацији ће бити уочене разлике како у приступима тако и у ефектима. Проучаваће се само квалитет услуга у

здравственим установама примарног и секундарног нивоа здравствене заштите, с обзиром да у Републици Србији приватне здравствене установе терцијалног нивоа здравствене заштите још нису основане. Основни циљ истраживања је да се утврди да ли врста власничке структуре утиче на начин постизања квалитета и ниво оствареног квалитета здравствених услуга, на постојеће разлике у квалитету здравствене заштите у тим установама, као и да се анализирају разлози тих разлика и утврде могућности и начини да се разлике смање, а општи ниво квалитета услуга здравствене заштите у Републици Србији побољша.

Кључне речи: Здравствени пословни систем, власничка структура, квалитет, модел квалитета, анатомска структура, подсистем, процес, показатељи квалитета, акредитациони стандарди.

Научна област: Друштвене науке

Ужа научна област: Управљање квалитетом

САДРЖАЈ

Апстракт / Резиме

1. Увод	1
1.1. Значај истраживања	1
1.2. Предмет и циљ истраживања	3
1.3. Полазне претпоставке	5
1.4. Методе истраживања	7
1.5. Очекивани научни допринос	8
2. Теоретске основе	11
2.1. Пословни систем, структура и власничка структура	11
2.1.1. Појам пословног система	11
2.1.2. Пословни системи и врсте пословних система	17
2.1.3. Постојећи модели власничке структуре пословних система	18
2.2. Менаџмент квалитетом и постојећи модели	20
2.2.1. Квалитет и димензије квалитета	32
2.2.2. Квалитет система, процеса и продуката	38
2.2.3. Системски приступ и врсте система	45
2.2.4. Процесни приступ и врсте процеса	47
2.3. Здравствени систем и здравствене установе као пословни системи.....	54
2.3.1. Историјат развоја система здравствене заштите.....	61
2.3.2. Савремена организација здравствене заштите.....	63
2.3.2.1. Смањивање неједнакости у очувању здравља и одрживи развој	66
2.3.2.2. Друштвена одговорност здравствених установа	69
2.3.2.3. Организација, функција и задаци здравствених установа	73
2.3.2.4. Модели организовања здравствених установа	76
2.3.2.5. Модели финансирања здравствених установа и власничке структуре	78
2.3.2.6. Карактеристике здравствене услуге као производа непрофитне организације	83

2.3.3. Квалитет у здравству	85
2.3.3.1. Квалитет здравствене услуге	93
2.3.3.2. Квалитет процеса здравственог пословног система	104
2.3.3.3. Модели унапређења квалитета у здравственом пословном системима	106
3. Менаџмент квалитетом здравствених установа Републике Србије	109
3.1. Организација здравственог система Републике Србије са освртом на постојеће моделе власничке структуре установа	114
3.2. Постојећи законски оквир са аспекта менаџмента квалитетом здравствених установа Републике Србије	117
3.3. Стандарди за акредитацију здравствених установа Републике Србије	123
3.3.1. Акредитација и компоненте акредитације	128
3.3.2. Процедура додељивања сертификата о акредитацији	131
3.3.3. Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите	138
3.3.4. Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите	143
3.3.5. Заједнички стандарди за акредитацију за све здравствене установе...	151
3.3.6. Самооцењивање и спољашње оцењивање.....	156
3.3.7. Примери примењених међународних стандарда у здравственом систему Републике Србије и њихов значај за унапређење квалитета здравствене заштите	160
3.3.8. Показатељи за мерење квалитета здравствене заштите	164
3.3.8.1. Мерење квалитета	167
3.3.8.2. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите	171
3.3.8.3. Показатељи квалитета и критеријум за избор показатеља квалитета	180
4. Истраживање утицаја власничке структуре на систем за менаџмент квалитетом здравствених установа примарног и секундарног нивоа здравствене заштите	184

4.1. Методе које су примењене у истраживању	184
4.2. Узорак истраживања	185
4.3. Ток истраживања	186
4.4. Резултати истраживања	186
5. Анализа резултата истраживања у односу на постављене хипотезе	198
6. Закључак	208
7. Прилози	212
8. Списак графичких приказа и табела.....	219
9. Литература	222

1. УВОД

1.1. Значај истраживања

Организација здравствене заштите у Републици Србији, у јавном сектору и приватној пракси, одређена је Уставом, Законом о здравственој заштити, Законом о здравственом осигурању, Законом о лековима и медицинским средствима, Законом о коморама здравствених радника и подзаконским актима, који прецизније дефинишу законске одредбе. Поред одговорности и обавеза које су дефинисане законима, важна је и етичка и стручна одговорност за подизање и постизање задовољавајућег нивоа квалитета здравствене заштите становништва.

Пацијенти поверавају своје здравље и живот лекару и осталим здравственим радницима, њиховом знању, способности, одговорности, савесности и љубазности. Зато медицинска етика, коју чини скуп начела и правила понашања на основу којих се оцењује понашање сестара, лекара и других здравствених радника, представља важан критеријум за оцену квалитета услуга здравствених радника и доприноси бољем квалитету здравствене заштите.

Развојем нових технологија, медицинске дијагностике и савременим методама лечења, продужио се значајно животни век пацијената. Самим тим, повећао се број старијих пацијената са придруженим болестима, а уједно и ризик од компликација и нежељених исхода лечења у процесу пружања здравствене услуге, која се у оваквим случајевима састоји од више повезаних услуга. Иако се на основу анализа извештаја Светске Здравствене Организације, као и извештаја о квалитету здравствене заштите разних јавних државних институција, стиче утисак да се нежељени исходи лечења и компликације углавном односе на болничко лечење, могу се догодити у току пружања услуга на било ком нивоу здравствене заштите. Зато је један од најважнијих задатака здравствене заштите, у целокупном здравственом систему, стварање услова за спречавање настанка могућих грешака и нежељених догађаја током пружања здравствених услуга.

Фактори који утичу на појаву нежељених догађаја могу се поделити на системске и људске. Кључне факторе чине пацијенти (њихво здравствено стање, личност, могућност комуникације, њихов социо-економски статус) и здравствени радници (њихово знање, вештине, физичко и ментално здравље и њихове индивидуалне способности). Међутим, институционални фактори (нпр. потребни тимови, њихова комуникација, радно окружење) као и организациони и управљачки фактори, такође, имају веома значајну улогу у спречавању нежељених догађаја и подизању нивоа квалитета лечења у здравственим установама.

Са развојем медицине и других научних области постиже се већи проценат излечења и повећава вероватноћа постизања жељених исхода лечења, а развој информационе технологије омогућава бољу информисаност пацијената о новим достигнућима медицинске науке, па и очекивања корисника здравственог система постају све комплекснија и већа. Здравствене институције се суочавају са потребом за све бржим усвајањем савремених медицинских достигнућа, са једне стране, и са потребом да се функционисање здравствених установа доведе на што рационалнији ниво, са друге стране. Очекивања корисника подразумевају непрекидно инвестирање у здравствене установе, најновије медицинске технологије, скупе лекове и едукације здравствених радника, а неопходност рационалног пословања изискује налажење нових, јефтинијих и исплативијих начина пружања здравствених услуга.

У здравственим установама Републике Србији постоје два власничка односа, државни и приватни, што омогућава настанак ривалитета и јачање “тржишне утакмице”. Стиче се утисак да је приватна пракса у Републици Србији боље организована, а разлог може бити адекватније распоређивање финансијских средстава или тржишни начин размишљања и пословања. У исто време, државне установе су суочене са константним недостатком средстава за обављање здравствене делатности што не мотивише здравствене раднике, а кориснике усмерава ка приватном сектору. Често се дешава да здравствени радници из државних установа своје слободно време користе за рад у приватним здравственим установама. Такав рад здравствених радника може узроковати деградацију квалитета здравствене услуге због смањене концентрације изазване замором. У тржишној утакмици

између приватног и државног сектора пацијент је корисник и контролор здравствене услуге и има пресудну улогу за њихово даље функционисање и опстанак.

Здравствени систем је важан део друштвеног система јер од њега зависи здравље и квалитет живота сваког појединца, породице и целокупног становништва, друштвени развој и напредак у свим сегментима. Здравствени систем на више начина доприноси општем привредном развоју сваке земље, делујући на унапређење и очување здравља популације он директно утиче на ниво производње у друштву, а тиме континуирано доприноси бруто друштвеном производу. Квалитетан здравствени систем представља један од најзначајнијих фактора социјалне стабилности и општег друштвеног благостања, али пружа и осећај сигурности и заштићености сваком кориснику појединачно.

Због изузетног значаја здравственог система, за појединца и друштво у целини, светски званичници су схватили да је неопходно организовати здравствене установе на другачији начин. У савременој науци је зато отворена једна потпуно нова димензија која се бави менаџментом здравствених установа, са поддисциплином која проучава квалитет у здравственим установама. Постоје бројни радови на тему квалитета у здравственим установама и његове зависности од знања кадрова, организације здравствених установа, вештине менаџера, едукације пацијената..., али до сада нико није истраживао да ли и власничка структура има било какав утицај на квалитет здравствених установа.

1.2. Предмет и циљ истраживања

Предмет проучавања дисертације су начини на који здравствене установе управљају квалитетом у приватним и у државним здравственим установама, како би се идентификовало да ли постоји разлика између њих, како у приступима тако и у ефектима. Као предмет проучавања узео се у обзир само примарни и секундарни ниво здравствене заштите, с обзиром да у Републици Србији приватне здравствене установе терцијалног нивоа здравствене заштите још нису основане те је немогуће вршити компарацију овог нивоа.

Стога су чиниоци предмета истраживања *квалитет* као општи појам, *квалитет пословног система* и свих његових елемената, *квалитет здравствених установа* посматраних са аспекта теорије система као пословних система, *власничка структура* здравствених установа посматрана као фактор у постизању квалитета здравствених установа и здравствених услуга.

Под квалитетом се подразумева скуп својстава неког ентитета којима се задовољавају захтеви заинтересованих страна¹. Систем за менаџмент квалитетом дефинисан је као систем менаџмента којим се, са становишта квалитета, води организација и њоме управља². Заинтересоване стране подразумевају све оне појединце и организације на које квалитет производа или услуге има утицаја, тј. све оне организације и појединце који имају користи од производње производа или услуге³. Здравствене установе су пословни системи који на основу улаза и ресурса, деловањем процеса који се у њима одвијају, остварују здравствене услуге, којима се делује на стање пацијената како би се исто одржало, уколико је пацијент здрав, или превело у здраво стање, уколико је пацијент болестан⁴. Власничка структура подразумева скуп субјеката који имају права својине над капиталом предузећа. С те стране, у Републици Србији постоје здравствене установе чији је власник држава и оне чији су власници појединци или организације, те разликујемо државне здравствене установе и приватне здравствене установе.

Истраживање теоретског дела односи се на период од почетка 20. века па до данас, док се подаци прикупљени на узорку од 50 здравствених установа Републике Србије односе на период од 2013 – 2015. године. Истраживање теоретског дела обухвата светску праксу из области менаџмента квалитетом здравствених установа да би се даље истраживање могло фокусирати на здравствене установе Републике Србије.

¹ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 57.

² SRPS ISO 9000:2007 Sistemi menadžmenta kvalitetom- Osnove i rečnik, Institut za standardizaciju, 2007., str.6

³ Juran J.M., Gryna F.M., “Quality Planning and Analysis”, McGraw-Hill, 1993.

⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012.

Истраживање припада друштвеном пољу наука, области економских наука, и задира у научне дисциплине менаџмента квалитетом и организационих наука, а уједно дотиче и област правних наука, односећи се на научне дисциплине власничког права.

Циљ истраживања је да се утврди да ли врста власничке структуре има утицај на начин постизања квалитета, на ниво оствареног квалитета здравствених услуга, на постојеће разлике у квалитету здравствене заштите тих установа, као и да се анализирају разлози тих разлика и утврде могућности и начини да се те разлике смање, а општи квалитет услуга здравствене заштите у Републици Србији побољша.

Научни циљ истраживања изражава проширивање научног сазнања о постојећим моделима квалитета здравствених установа, њиховим ефектима и њиховој релацији са врстом власничке структуре здравствених установа. С тог аспекта научни циљ овог истраживања биће остварен кроз научну дескрипцију и научно откриће.

Друштвени циљ истраживања огледа се у пружању тумачења примерености модела квалитета врсти власничке структуре над здравственим установама, којом се омогућава олакшани избор адекватног модела и повећава сигурност постизања планираних ефеката примене модела.

1.3. Полазне претпоставке

У дисертацији се полази од генералне хипотезе која гласи:

H0: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће и ефекти система за менаџмент квалитетом бити различити.

Генерална хипотеза почива на осам помоћних хипотеза:

H1: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у мотивацији здравствених радника.

X2: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у времену чекања на пружање здравствене услуге.

X3: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у окренутости радне средине корисницима, као и у предусретљивости и љубазности запослених.

X4: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у организацији и ефикасности процеса пружања услуга, од самог заказивања и пријема корисника, примене медицинских процедура, дијагностике и лечења, до жељених исхода и контролних прегледа.

X5: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у броју дијагностичких метода, анализа и контролних прегледа корисника.

X6: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у начинима рационализације трошкова пословања.

X7: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико постоји разлика у информисаности пацијената о њиховим правима, као и разлика у начину и брзини одзива здравствених установа у случају жалби пацијената.

X8: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико постоји разлика у задовољству пацијената пруженим здравственим услугама.

1.4. Методе истраживања

Истраживање које је вршено у циљу тестирања хипотеза и израде докторске дисертације, спроведено је методом анкетања у 50 установа здравственог система Републике Србије и то примарног и секундарног нивоа здравствене заштите. Узорак се састојао од истог броја приватних и државних здравствених установа, те су у истраживању оба вида власничке структуре здравствених установа биле подједнако заступљене. У докторској дисертацији нису анализирани установе терцијалног нивоа здравствене заштите, компарација овог нивоа здравствене заштите је била онемогућена, због тога што у Републици Србији не постоје установе овог нивоа у приватном власништву.

Такође, у циљу доказивања хипотеза и доношења закључака, анализирани су научни и стручни радова из области менаџмента здравствених установа и спроведена су истраживања о ефектима система за менаџмент квалитетом здравствених установа у Републици Србији.

Истраживање је спроведено упитником чији су садржај чинила питања проистекла из претходно постављених хипотеза и истраживања. Подаци добијени анкетањем су обрађени статистичким методама, те су се методом дедукције и методом индукције донели закључци о тачности хипотеза, о постојању разлика у квалитету здравствене заштите државних и приватних здравствених установа и њиховог функционисања.

У истраживању и доношењу закључака у односу на постављене хипотезе користиће се следеће научне методе:

1. Основне научне методе:

А) *Метод анализе* биће коришћен за истраживање досадашњих научних достигнућа у оквиру менаџмента квалитетом здравствених установа, затим у случају постојећих начина постизања квалитета у здравственим установама Републике Србије, кроз анализу обрађених података из 50 здравствених установа.

Б) *Метод индукције* ће се користити како би се извели закључци о начинима постизања квалитета здравствених установа различитих власничких структура и донео суд о валидности постављених хипотеза.

Ц) *Метод синтезе и метод генерализације* користиће се у извођењу генералног закључка докторске дисертације чиме ће се постићи планирани научни допринос истраживања.

2. Опште научне методе:

А) *Статистичка метода* користиће се за обраду података прикупљених на узорку од 50 здравствених установа Републике Србије

Б) *Компаративна метода* биће примењена у случају поређења обрађених података два дела узорка истраживања.

3. Методе прикупљања података:

А) Подаци из узорка од 50 здравствених установа Републике Србије биће прикупљени *методом анкетног испитивања*, при чему ће се вршити и *метод анализе докумената* како би се употпунили и тестирали прикупљени подаци.

1.5. Очекивани научни допринос

Досадашња теорија менаџмента организације као и менаџмента квалитетом даје опште моделе организовања и управљања пословним системима, којим се обезбеђује квалитет услуга и производа, а тиме утиче на проширивање тржишног удела по основу раста задовољства корисника. Процесни приступ и системски приступ представљају опште моделе функционисања пословних система и као такви применљиви су на било који тип и врсту организације, али само као полазна основа за пројектовање конкретних модела. Стандарди описују моделе оптималног функционисања организације, позивајући се на кључне или критичне процесе, њихове токове и очекиване резултате (серија ISO 9000) или на критеријуме које пословни системи треба да испуне као минимум сопственог квалитета и квалитета њихових услуга и производа (акредитациони стандарди везани за здравство) у смислу осигуравања безбедности.

Здравствене установе се могу посматрати као пословни системи па сви наведени општи модели као и теоријске претпоставке из ове области могу бити примењени на њих, уважавајући њихове специфичности. Закони који се односе на здравствени систем дају оквире у којима треба да се одвија функционисање здравствених пословних система. Научни и стручни радови из области менаџмента здравствених пословних система указују на решења и начине управљања већ постојећим, дефинисаним и имплементираним моделима система за менаџмент квалитетом, дајући предлоге начина решавања појединачних проблема који се могу јавити у оваквим организацијама.

Како је научни циљ истраживања проширивање нивоа сазнања о постојећим разликама у квалитету здравствене заштите установа различитих власничких структура, о узроцима тих разлика као и о могућностима и начинима да се те разлике смање, допринос докторске дисертације се огледа кроз:

- Научни опис, систематизацију и класификацију знања у вези са проблематиком идентификовања и дефинисања квалитета здравствених установа
- Научни опис, систематизацију и класификацију знања у вези са моделима и поступцима за унапређивање квалитета здравствених установа
- Систематизацију и доступност резултата истраживања постојеће теорије и праксе организовања и управљања здравственим установама различитих власничких структура
- Идентификација ефеката различитих начина организовања и управљања здравственим установама различитих власничких структура
- Идентификација узрока различитих начина организовања и управљања здравственим установама различитих власничких структура
- Идентификација мера којима се може утицати на побољшање ефеката у оним установама у којима су ефекти лошији

Стога ће докторска дисертација имати хеуристички научни допринос јер се бави откривањем фактора „врсте власничке структуре“ и његовог утицаја на систем за менаџмент квалитетом здравствених установа, који до сада у науци није истраживан.

Истраживање које ће бити спроведено у 50 здравствених установа, примарног и секундарног нивоа здравствене заштите у приватном и државном власништву, представљаће оригиналан допринос развоју научне дисциплине менаџмента квалитетом у здравственим установама Републике Србије јер:

- ће на једном месту бити прикупљени подаци из праксе,
- биће идентификоване и анализиране грешке у приватним и државним установама, небезбедне активности, неадекватна или неблаговремена деловања.
- ће компарација грешака у та два сектора омогућити идентификацију битних разлика у учесталости појединих грешака, разлика у процедурама заказивања, пријема, лечења и контроле, што ће указати на утицај врсте власничке структуре на систем за менаџмент квалитетом тих установа.

Друштвени допринос ће бити остварен кроз резултате истраживања који ће омогућити идентификацију слабих и јаких страна система менаџмента квалитетом приватних и државних здравствених установа, чиме ће бити омогућено једноставније, брже и лакше дефинисање решења конкретних проблема у ове две врсте здравствених установа. То ће, уједно, допринети да се уоче могућности и начини да се квалитети услуга у приватном и државном власништву што више приближе и изједначе, како би се повећао укупни квалитет система здравствене заштите у земљи и унапредило здравље целокупног становништва.

2. ТЕОРЕТСКЕ ОСНОВЕ

2.1. ПОСЛОВНИ СИСТЕМ, СТРУКТУРА И ВЛАСНИЧКА СТРУКТУРА

2.1.1. Појам пословног система

Систем представља јединствену целину у којој међусобно зависни елементи (процеси) усклађено функционишу користећи различите ресурсе за постизање својих циљева, а при том размењује материју, енергију и информације са околином. Систем је дефинисан својим циљевима који у исто време подстичу његово деловање.

Пословни систем представља ону врсту организационих система који на тржишту размењују своје производе или услуге и на тај начин остварују економске ефекте, што представља материјални основ њиховог постојања и функционисања.⁵ Као и сви системи и пословни системи се састоје из групе међусобно зависних елемената (подсистема), па промена у једном делу пословног система (у једном подсистему) доводи до промене у другим деловима (у подсистемима). Пословни системи настоје да одрже равнотежу, а за то им је неопходна повратна спрега из окружења.

Пословне системе стварају људи и зато са аспекта настанка спадају у вештачке системе. Састоје се од великог броја елемената па су, самим тим, и веома сложени системи. Њихов појавни облик је и реалан и апстрактан. Реалне компоненте пословних система чине све материјалне, стварне физичке компоненте, као што су материјали, средства за рад, објекти..., док апстрактне компоненте пословних система чине идеје, пројекти, софтвери као и међуљудски односи, комуникација и клима која влада у пословном систему⁶. Основни услов за настанак и постојање пословног система је размена производа и услуга на тржишту, зато представљају отворене системе. Из окружења долазе улази пословног система у виду енергетских, материјалних, информационих или других величина, које пословни систем својим процесима претвара у излазе, производе или услуге. Излази

⁵ Лековић Б., Вученовић М., “Механизам-филозофија и технологија”, Желнид, Београд, 1998., Стр.270.

⁶ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 22.

представљају резултат функционисања пословног система, којима он остварује економске ефекте, тј. стиче материјалне вредности.

Пословни системи су динамички системи јер све промене и поремећаји из окружења утичу на пословни систем преко низа законитости. Нове технологије и нови проналасци, информације и нова знања, која су у вези са њима, реакције и функционисања осталих пословних система са њиховим пословним стратегијама, делују на пословни систем и могу отежати или олакшати његов опстанак. Због промена у окружењу, које су под утицајем природних, техничких, друштвених и тржишних услова, пословни систем је приморан да се стално мења, да би опстао.

Трајање функционисања система је условљено његовом способношћу прилагођавања и јачином његовог деловања на окружење, што се у суштини своди на способност проналажења начина за остварење постављених циљева или економских ефеката. Пословни систем је систем са коначним функционисањем јер када изгуби своју сврху у окружењу и када више не остварује довољне економске ефекте за опстанак, нестаје. У глобалном смислу, функционисање пословног система је стохастичко јер у истим околностима он може показати различито понашање и дати различите ефекте. Ипак, постоје одређене вероватноће у предвиђању будућих понашања пословних система.

Улога и понашање пословног система јасно је одређена његовом делатношћу и законима који важе у друштву. Иако пословни систем тежи детерминистичком функционисању, услед различитих поремећаја из окружења који су различити по интензитету и разноврсности, а некада делују и истовремено, могу настати различите сметње у самом пословном систему. Стабилност пословног система директно зависи од његове способности да предвиди промене и поремећаје у окружењу, али и унутар самог система и да на адекватан начин реагује на њих.

Уколико се посматра комплексност, пословни системи имају карактеристике свих врста система. На дневном нивоу посматрени, пословни системи су саморегулишући јер на мање

промене из окружења реагују прилагођавањем понашања. При томе, регулаторну улогу система има подсистем управљања.

Пословни системи се састоје из два основна дела: управљачког и извршног.⁷ Управљачки део одређује циљеве, структуру и понашање система, док извршни део извршава налоге управљачког дела и спроводи планиране промене у пракси, тако да пословни систем спада у адаптивне системе. Спровodeћи пословне стратегије, пословни системи комуницирају са окружењем и утичу на окружење, а на основу анализа предходних искустава предвиђају исходе у будућности, па су због тога пословни системи и самообучавајући системи. Сви пословни системи који у себи имају високоразвијен подсистем истраживања и развоја чија основна улога јесте иновација и проналажење нових знања су саморазвојни системи.⁸

Пословни системи настају из интереса, најчешће да би остварили економски ефекат као што је добит или профит, који пословни систем може да оствари једино уколико испуњава своју сврху на тржишту или у одређеној друштвеној заједници. Према теорији менаџмента квалитетом, услов за оснивање и опстанак пословног система јесте испуњавање његове друштвене или тржишне улоге кроз задовољавање потреба заинтересованих страна.

На основу до сада изложеног, можемо закључити да се и пословни системи понашају као и сви остали системи и да се састоје из улаза, излаза, ресурса, процеса и повратне спреге. Сваки систем има своје окружење и повезан је са другим системима, зато истовремено представља подсистем неког надсистема и надсистем неким подсистемима, поготову се сложени пословни системи састоје из низа различитих подсистема.

Сви материјални и нематеријални ентитети који су неопходни за функционисање пословног система, а које пословни систем набавља из окружења, представљају улазе система. То су ентитети који директно или идиректно утичу на стварање жељених излаза

⁷ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 24.

⁸ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 24.

из пословног система у виду производа или услуга. Улазни ентитети чине улазе система до тренутка када почињу да се користе или троше током функционисања система, а од тог момента постају ресурси.

Пословни систем утиче на окружење преко својих излаза, који представљају све ентитете које систем емитује у окружење, а који настају као последица његовог функционисања. Основни излази из организације су производи који се према стандарду ISO 9000: 2008 деле на услуге, софтвер, хардвер и процесни матерјал.

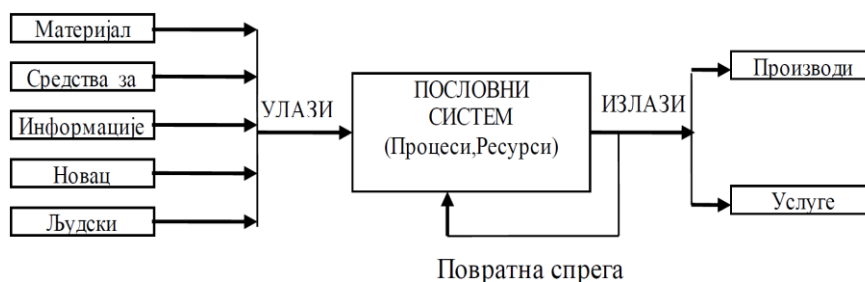
Производи и услуге су посебна врста излаза из пословног система који су намењени тржишту и преко којих он остварује своје циљеве и мисију. Пословни систем својим излазима (производи\услуге) на тржишту остварује економске ефекте, као материјални основ за његово даље постојање и функционисање.

Ресурсе пословног система представљају ентитети које систем користи у току свог функционисања, а који постоје у оквиру самог пословног система. Ресурси су претходно представљали улазе у пословни систем, да би у моменту њиховог коришћења или трошења за функционисање пословног система постали ресурси. Ресурсе систем може користити или трошити.

Процеси пословног система су ентитет преко којег се врши трансформација улаза у излазе система. Они чине динамички део система који повезују елементе пословног система и којима се улази уз помоћ ресурса претварају у излазе. Када не би било процеса у пословном систему, он би био статичке структуре, а улази и излази из система не би ни постојали.

Повратна веза или „feedback” има посебно значајну улогу у опстанку и развоју пословних система. Она се може схватити као регулатор система или као повратно коло, а њена улога се огледа у преношењу информација које се генеришу на излазу из система да би се њима утицало на улазе система, елементе, њихове везе и системске процесе. Помоћу повратне спреге постиже се провера и регулација функционисања пословног система у кратком

временском року, а сам пословни систем се на тај начин орјентише према захтевима тржишта. Повратна веза чини основу за самообучавање и саморазвој у пословном систему. Када се њен значај занемарује или када повратна веза није управљана, пословни систем је изложен ризику да на промене у окружењу не реагује адекватно и благовремено и да не остварује оптимални развој. Оптималним развојем се обезбеђује побољшање пословног система, уз минимална улагања постижу се максимални резултати са ефектима на дуги временски рок. Повратна спрега омогућава регулацију функционисања пословног система у односу на промене које се дешавају у окружењу, али и на промене у самом пословном систему. Повратна спрега је процес прикупљања, анализе и преноса информација од извршних делова пословног система ка управљачким деловима, тј. од резултата ка плану. Управљање повратном спрегом је могуће само онда када је она дефинисана кроз идентификацију свих врста информација које се прикупљају и ентитета од којих се прикупљају (излаз, фаза, процес, окружење), кроз начине обраде добијених информација, као и кроз начине њиховог преноса и одређивања ентитета до којих ће бити пренесене.



Слика 1: Упростијени модел пословног система⁹

Пословни системи имају особину да се њихови елементи групишу међурелацијама у подсистеме, зато се сваки пословни систем састоји од подсистема који, према Факултету организационих наука, представљају анатомску структуру пословног система.

Одређивање подсистема се заснива на функционалној подели, а појам функције се везује за улогу и сврху постојања ентитета у датој целини, па и функционална подела на

⁹ Мијатовић И., "Развој модела перформанси и индикатора квалитета управљања пословним системом", Докторска дисертација, Факултет организационих наука Универзитета у Београду, 2008., стр.31.

подсистеме служи реализацији циљева система као целине. Зато подсистем можемо дефинисати као скуп процеса и специфичних ресурса који својим специфичним излазима доприноси реализацији циљева пословног система. Анатомска структура пословног система се састоји од дванаест подсистема, од којих је један специјализован, а осталих једанаест универзалних.

Специјализовани подсистем је скуп специјализованих процеса и оних ресурса који су неопходни да би овај систем произвео излазе намењене тржишту, тј. производе или услуге.¹⁰ Специјализовани подсистем произилази из делатности пословног система и он повезује и дефинише све остале подсистеме пословног система.¹¹ Универзални подсистеми представљају подршку специјализованом подсистему и сагледавају се као скупови универзалних процеса и ресурса неопходних за производњу излаза који ће служити за функционисање специјализованог подсистема¹².



Слика 2: Анатомска структура пословног система¹³

¹⁰ Митровић Ж., Живковић Н., “Структурирање и моделирање пословних система – анатомски приступ”, Зборник радова Sumorg 2000., ФОН, Београд.

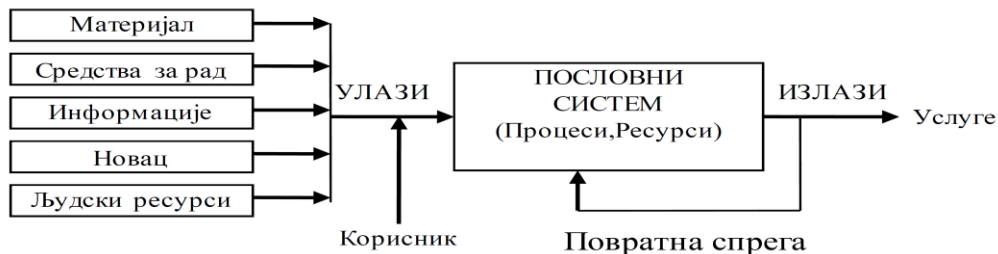
¹¹ Митровић Ж., Живковић Н., “Структурирање и моделирање пословних система – анатомски приступ”, Зборник радова Sumorg 2000., ФОН, Београд.

¹² Митровић Ж., Живковић Н., “Структурирање и моделирање пословних система – анатомски приступ”, Зборник радова Sumorg 2000., ФОН, Београд.

¹³ Мијатовић И., “Развој модела перформанси и индикатора квалитета управљања пословним системом”, Докторска дисертација, Факултет организационих наука Универзитета у Београду, 2008., стр.31.

2.1.2. Пословни системи и врсте пословних система

Према врсти продукта, као излаза из пословног система, пословни системи се деле на две врсте на производне и услужне пословне системе. Производни пословни систем својим функционисањем ствара производе, опипљиве материјалне продукте намењене тржишту. Услужни пословни систем као резултат свог функционисања тржишту нуди услуге, које представљају неопредмећене и неопипљиве продукте. У зависности од тога да ли су продукти пословног система опредмећени или неопредмећени они утичу на начин функционисања и организацију пословног система, као и на његову могућност да обавља специјализоване процесе без учешћа корисника. У услужним пословним системима специјализовани процеси се не могу одвијати без учешћа корисника, који својим присуством и вољом користи услугу истог тренутка када је пословни систем пружа. Зато је са аспекта структуре пословног система, основна разлика између производног и услужног пословног система додатни улаз у услужни пословни систем кога представља корисник услуге.



Слика 3: Модел услужног пословног система¹⁴

Услужни пословни системи представљају системе који се састоје од специфичних вештина и опреме. Ова врста система нуди својим корисницима продукте система у виду различитих облика услуга, а пружање услуга које ће задовољити њихове потребе захтева додатни ниво прилагођавања кориснику за разлику од производње производа у производним пословним системима.

¹⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 30.

2.1.3. Постојећи модели власничке структуре пословних система

У свим друштвеним системима света постоје, мање или више, слични институционални облици организовања пословних система. Различити облици организовања настају због потребе друштва да се уреди односи између тржишних субјеката и да се уреди читав привредни, односно, друштвени систем. Облици власништва пословних система, начин оснивања, одлучивања, управљања, пословођења и њихова величина, не разликују се много у различитим државама, па се основне карактеристике разних институционалних облика пословних система могу генерализовати.

На основу искустава из праксе развијених земаља и реалних потреба Републике Србије, формирани су разноврсни институционални облици пословних система и код нас, са различитим облицима својине, садржаја и унутрашње структуре. Држава законским актима регулише односе између њих, контролише исправност њиховог пословања на тржишту и регулише могуће спорове. Законом о предузећима из 1996 године утврђена је целовита концепција предузећа, као пословног система и економско правног субјекта у привреди.

Суштинске промене у правном, економском и организационом одређивању пословних система уведене су код нас још 1988. године., када је законом први пут извршена класификација (предузећа) пословних система на својинској основи и када је предвиђено постојање пословних система у следећим облицима својине:

- у друштвеној својини
- у задружној својини
- у мешовитој својини
- у приватној својини

Основни видови предузећа су врло флексибилни када је у питању власништво над њима. Током пословања, може доћи до ситуације да средства или део средстава промене власника, па да се тиме промени и тип предузећа. Нпр., уколико друштвено предузеће лоше послује и оствари губитак, а неко приватно предузеће у њега уложити средства да

би се криза пребродила, од друштвеног предузећа ће настати мешовито. Временом, уколико се настави са откупљивањем остатка друштвене својине, оно може постати приватно.

Институционални облици организовања пословних система нису релевантни за тему докторске дисертације па се нећемо бавити њима, али је зато важно истаћи специфичности јавног предузећа јер здравствене установе припадају том институционалном облику.

Јавно предузеће је предузеће чији је већински власник држава. Ова предузећа обављају делатност од општег интереса за државу и зато се оснивају државним капиталом, а оснивају се и послују у складу са законом који одређује њихов правни положај и законом који уређује обављање делатности од општег интереса. Када се оснива јавно предузеће, државни капитал предузећа се уписује у регистар и подели на акције, односно уделе, које имају одређену номиналну вредност. Државни капитал у јавном предузећу чине новчана средства, која је уложила држава, и права коришћења ствари и права, која су у државној својини. Независно од облика организације, важни органи управљања су надзорни одбор и одбор за ревизију. Пошто спадају у групу државних предузећа, у њиховом управљању учествује држава путем својих представника. Ова предузећа често имају монополски положај на тржишту, што поскупљује њихове услуге, а одражава се и на квалитет пословања.

Законом су одређене делатности које су од општег интереса за друштво, а то су: производња и дистрибуције електричне енергије, нафте и нафтних деривата, природног и течног гаса као и производња и прерада угља, разна истраживања, железнички, поштански, ваздушни саобраћај и телекомуникација, издавање уџбеника, службеног гласила Републике Србије и информисање, коришћење, заштита и унапређивања добара од општег интереса као што су воде, путеви, минералне сировине, шуме, реке, језера, обале, бање..., као и комунална делатност.

Циљ оснивања јавних предузећа је да се обезбеде и заштите интереси државе у функционисању виталних сектора привредне делатности, које су од великог значаја за живот грађана. Често се може догодити да се интереси ових предузећа и друштва не поклапају. Такав пример је када је у интересу електропривреде да подигне цену електричне енергије и тиме угрози стандард становништва. У том случају, задатак представника државе је да процени оправданост захтева електропривреде и заштити становништво од нереалних цена. Поред бриге о ценама, држава води бригу и о квалитету и обиму производа и услуга који се пружају становништву, а спадају у домен јавних предузећа. Због великог значаја и важне улоге ових предузећа у друштву, њихове органе управљања бирају државни органи.

Као закључак, треба нагласити да се основни мотиви који покрећу приватна и друштвена предузећа битно разликују. Приватна предузећа на првом месту стављају економску добит, па је целокупно пословање усмерено ка остваривању што већег профита, док код друштвених предузећа доминира социјални интерес, који уједно представља и својеврсно ограничење. Очигледан пример је здравствена делатност, док приватне здравствене установе могу користити скупу дијагностику, препоручивати ефикасније, савременије методе лечења и скупе лекове и све то уградити у цену услуга, државне установе морају водити рачуна да њихове услуге могу бити доступне целокупној популацији и да се уклопе у буџет који им је намењен. На основу тога, долазимо до закључка да разлике у мотивима пословања, који проистичу из својинске основе, стварају одређену разлику у квалитету здравствених услуга у приватном и друштвеном сектору, а управо анализа тих разлика представља тему докторске дисертације.

2.2. Менаџмент квалитетом и постојећи модели

Развој теорије менаџмента квалитетом је имао основни циљ да побољшања квалитет производа и услуга (на првом месту у сектору индустрије), да заштити интересе потрошача и да омогући организацијама да успешно послују у разним привредним областима. Резултат развоја ове теорије је проналажење различитих модела за унапређење и обезбеђење квалитета. Моделима се описују или приказују елементи пословног система

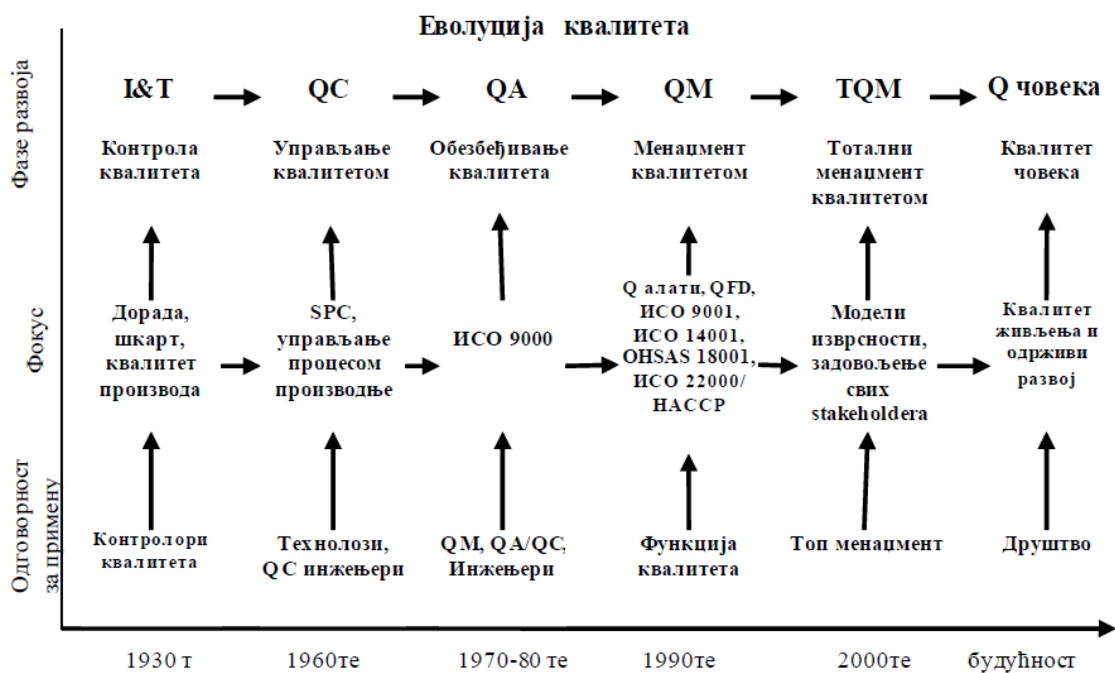
и њихове међусобне везе, којима треба да се постигне жељени циљ. Они се могу схватити као упутства или рецептуре за постизање циљева, јер је у њима дефинисано како треба организовати одређене делове пословног система да би се одабрана подручја пословања побољшала. У научној и стручној литератури могу се срести разни модели чијом имплементацијом се постижу већи или мањи резултати, али се сви генерално могу сврстати у три глобалне категорије (три типа модела): вербални, графички и математички. Вербални модели описују речима одређене елементе организације и њихове везе, графички модели користе за то графичке симболе, а математички модели математичке симболе и операције.

Сва три типа модела и математички и графички и вербални, у зависности од могућности њихове примене на разне врсте делатности, степена њихове свеобухватности и типа организације, могу се поделити на опште или конкретне моделе. Општи модели приказују уопштено опште елементе организације и њихове везе. Ови модели се најчешће примењују, а односе се на све врсте пословних система или на било који пословни систем из одређене делатности. Они не узимају у обзир специфичности једног предузећа или установе, али се на основу њих развија конкретан модел који приказује специфичности конкретног пословног система.

Већина савремених модела је заснована на процесном и системском приступу и орјентисана на прикупљању података о потребама корисника и њиховом задовољству. Подаци о потребама корисника и њиховом задовољству заједно са подацима о перформансама система, који се прикупљају из саме организације, представљају основну орјентацију за унапређивање квалитета у пословним системима у којима је примењен неки од модела. Било који од примењених модела за унапређење или обезбеђење квалитета би требао да постигне смањење па чак и елиминисање неусаглашености, као што су грешке у функционисању система, лош квалитет услуга и производа, грешке у процесима система, да минимизира трошкове и максимизира шансе за стицање користи од спроведених промена у циљу унапређења квалитета, да у пракси покаже да је изабрани начин унапређења квалитета најбољи и за организацију и за све заинтересоване стране.

Научна дисциплина менаџмента квалитетом проналази своје зачетке у индустријској револуцији и научном менаџменту Фредерика Тејлора. Данас, подржава идејни приступ да је квалитет средство за постизање успеха на светском и домаћем тржишту, јер у савременим пословним системима квалитет представља суштину успешног пословања и опстанка на тржишту.

Свест о важности квалитета започела је да се развија од 1920-те године са појавом статистичке теорије, која се односила на управљање квалитетом производа. Овај концепт се даље развијао у Јапану од 1940-те године руковођен Американцима: Edwards Deming-ом, Joseph Juran-ом и Armand Feigenbaum-ом. Тада је проширен домен поред квалитета производа и на квалитет свих питања унутар организације, односно на квалитет свих њених ентитета, што у суштини и представља почетак примене тоталног менаџмента квалитетом TQM-а (Total Quality Management).



Слика 4: Графички приказ еволуције квалитета¹⁵

¹⁵ Хелета М., “TQM-Модел изврности”, Едукта, Београд., 2004.

У најранијем периоду организоване масовне производње контрола квалитета је служила да би се могло установити да ли радник, радно место или производ, испуњавају унапред дефинисане услове. Иако контрола није била систематска, у условима ниског обима производње каква је онда била, омогућавала је остваривање жељених циљева. Организације су временом постајале све веће па је, самим тим, и потреба за ефикаснијим пословањем била све већа. Frederick W. Taylor је 1911. године у свом делу "Принципи научног менаџмента" дао основу за ефикасну употребу људи у индустријским организацијама. Према том концепту јасно су дефинисани задаци који се обављају у стандардним условима, а концепт је укључивао и контролу која је:¹⁶

- намењена осигурању да ниједан неисправан производ напусти фабрику или радионицу;
- фокусирана на производ и детекцију проблема у производу;
- укључивала испитивање сваке ставке у складу са спецификацијама производа;
- обављана на крају процеса производње;
- подразумевала специјално обучене инспекторе.

Taylor-ов приступ је временом прерастао у покрет назван тејлоризам, који је заслужан за настанак посебног одељења контроле у пословном систему. Важан допринос њиховог рада је уочавање недостатка превенције у производним процесима. Касније је та идеја довела до појаве концепта контроле квалитета (QC-Quality Control), како би се омогућило откривање и решавање проблема који се јављају дуж производне линије. Предвиђањем настанка лошег квалитета, тј неусаглашености дуж производне линије, превентивним деловањем, спречавала се производња неисправних, тј. неусаглашених производа и отклањали су се дотадашњи трошкови улагања времена и рада у комаде лошег квалитета. Године 1920. др W. Shewhart је промовисао примену статистичких метода у управљању квалитетом па су и статистичке методе добиле значајну улогу у овој области. Он је први осмислио контролну карту и доказао да варијације у процесу производње доводе до варијација у самом производу и, аналогно томе, елиминисање варијација у процесу производње доводи до жељеног нивоа квалитета крајњих производа.

¹⁶ Живаљевић А., "Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система", Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 67.

Статистичко управљање квалитетом:¹⁷

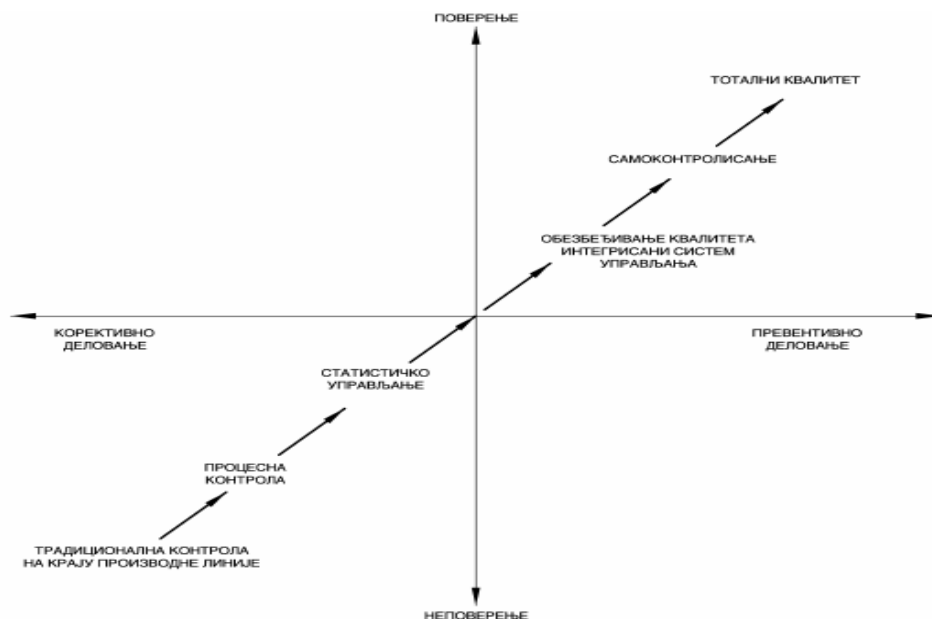
- фокусира се на производ, откривање проблема и контролу квалитета;
- укључује испитивање узорака и статистички закључује усаглашеност свих производа;
- врши се у фазама процеса производње, а не само на крају производног процеса;
- ослања се на кадрове обучене за производњу и стручњаке за контролу квалитета.

Shewhart-ов рад су наставили Deming, Dodge и Roming. Ипак, производни системи нису користили у потпуности предложене технике ових теорија све до краја 1940.

Касније је почео да се развија нови концепт за обезбеђење квалитета - QA (Quality Assurance), који је подразумевао управљање процесом производње, али и пословним процесима организације који су подржавали производни процес. Стандарди серије ISO 9000 су усвојили овај концепт и задржали функционални приступ организацији.

Концепт QM (Quality Management) настаје применом процесног и системског приступа у сагледавању организације. Менаџмент квалитетом схвата организацију као систем процеса и њихових међусобних веза. У њему се подразумева примена алата и техника квалитета, QFD метода у свим пословним функцијама за постизање квалитета, да би се постигао квалитет и остварили његови економски ефекти. На бази овог концепта, а у зависности од циља и аспекта управљања пословним системом, развијени су ISO 9001:2000, ISO 14001, OХСАС 18001, ISO 2200, HACCP стандарди и други стандарди, који дају основу за управљање одређеним процесима у пословном систему.

¹⁷ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 67.

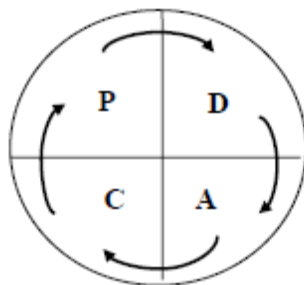


Слика 5: Правац раста нивоа система квалитета¹⁸

Од 1980 до 1990 године започиње нова фаза управљања квалитетом и нова фаза менаџмента позната под називом менаџмент тоталним квалитетом. Термин "тотални квалитет" – "total quality" први пут је употребио Feigenbaum на првој међународној конференцији за контролу квалитета у Токију 1969. Ishikawa је у исто време "тотално управљање квалитетом" "total quality control" тумачио као „управљање квалитетом широм организације“ која обухвата све запослене, од највишег руководства до радника. Он је наглашавао да се овај термин разликује од западног схватања тоталног квалитета, где се акценат ставља на стратегије, кориснике и окружење.

Јапански успех, који је постигнут захваљујући имплементацији концепата квалитета, изазвао је велику пажњу западних компанија па су и оне почеле да спроводе сопствене иницијативе квалитета. Тако је дошло до развија ТQM концепта, за широк дијапазон квалитетом фокусираних стратегија, програма и техника и до тога да он постане централна оријентација за западни покрет квалитета.

¹⁸ Филиповић Ј., "Основе квалитета", ФОН, Београд, 2007., Стр. 25.



Слика 6: Демингов PDCA циклус¹⁹

Др Deming се може сматрати творцем и утемељивачем TQM концепта. Његов допринос менаџменту квалитетом се односи на процес унапређења квалитета, на унапређење менаџмента и свих активности у пословном систему кроз PDCA циклус – (Plan, Do, Check, Act – Планирај, Уради, Провери, Делуј)²⁰ – који је представљен на слици 5. Сви запослени на свијим радним местима, при реализацији пословних активности у пословном процесу, би требали примењивати PDCA циклус. Реализација сваке активности пословног процеса започиње планирањем, које поред конкретног плана садржи и стандард, правило, пропис или процедуру по којој се одређена активност спроводи. После тога следи реализација акција, затим провера да ли је оно што је планирано и спроведено, а на крају се, на основу добијених података, предузимају мере за побољшање тих активности. После реализованог PDCA циклуса, исти циклус се опет понавља и управо то понављање, уз укључивање свих запослених, омогућава процес континуалних побољшања.

За разлику од традиционалног концепта управљања квалитетом, Deming-ов модел доноси новине јер он представља нову пословну филозофију менаџмента, која има за циљ задовољење купца, акционара (власника), пословних партнера, запослених и друштва у целини, континуираним побољшањем нивоа квалитета целокупног репродукционог процеса, уз активно учешће свих запослених.²¹

¹⁹ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр 43.

²⁰ Јуран Ј. М., “Обликовањем до квалитета”, Пословни систем “Трмеч”, Београд, 1998.

²¹ Ђузовић С., Димитријевић Љ., “Менаџмент укупног квалитета (тqm) – стратегија перманентног прилагођавања предузећа захтевима пробирљивог тржишта”, Менаџмент тоталним квалитетом, IV International Congress Yugoslav Union for Standards and Quality, Belgrade, 2002.

Зачеци TQM, поред Deming-a, могу се наћи и код Drucker-a, Juran-a, Ishikawa-e, Crosby-ија, Feigenbaum-a. Juran попут Deminga, препоручује непрекидну спиралу активности, која се састоји од истраживања тржишта, развоја производа, пројектовања, планирања производње, набавке, процесне контроле, завршне контроле и испитивања, продаје и наравно, од повратне информације од корисника. Његов приступ усмерава на три процеса важна за квалитет који су названи Трилогија квалитета:²²

- Планирање квалитета (*Quality Planning*) - Процес припреме за постизање циљева квалитета
- Управљање квалитетом (*Quality Control*) - Процес постизања циљева квалитета за време производње
- Унапређивање квалитета (*Quality Improvement*) - Процес издизања на, до тада, не достигнути ниво квалитета.

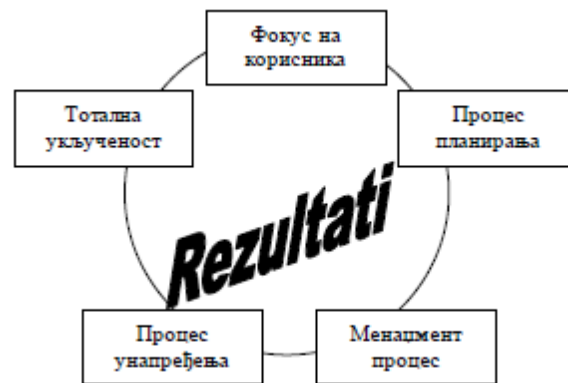
Аутор Каоги Ishikawa, почетком 1960-тих има посебну заслугу за увођење кружока квалитета. Ови кружоке су чинили волонтерске групе радника који су се састајали и расправљали о томе како се може унапредити квалитет на радном месту, са било ког аспекта, и како се те идеје могу презентовати менаџменту. Као резултат рада кружока квалитета јављала се већа мотивација радника. Радници су имали осећај да су укључени у процес управљања и да се њихово мишљење уважава. Идеја да треба побољшати не само квалитета производа, већ и сваки аспекта организације, је још један продукт њиховог рада. Такав приступ је вероватно представљао зачетак идеје тоталног квалитета.

TQM представља скуп принципа, техника, процеса и најбоље праксе, која се током времена показала као ефективна. Многе светски значајне организације показују понашање у пословању које се идентификује као TQM.

Слика 7. Приказује најједноставнији модел TQM-а. Према том моделу први корак је испитивање и разумевање потреба корисника. Те потребе се затим интегришу са осталим информацијама и користе у процесу планирања. После тога, применом техника и метода

²² Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 67.

менаџмента процесима, развијају се процеси који су стабилни и способни да одговоре на захтеве корисника. Даље, процес унапређења прати могућност примене тих истих процеса у циљу како радикалних тако и инкременталних унапређења. Као завршни елемент TQM модела је тотална укљученост са адекватним лидерством, када менаџмент преузима личну одговорност за имплементацију и развој свих TQM активности. Сви наведени елементи TQM модела делују заједно у циљу остваривања планираних циљева, односно жељених резултата.



Слика 7: Најједноставнијег модела TQM-а²³

Фокус на корисника, укључивање свих запослених, стално усавршавање и интеграција менаџмента квалитетом у целу организацију, представљају стандардне фразе дефиниције TQM-а. TQM представља структурирани систем за менаџмент квалитетом производа, процеса и ресурса у организацији, а циљ му је задовољење интерних, екстерних корисника и добављача. Главни циљ му је задржавање, а затим и повећавање задовољства корисника кроз континуална унапређења, која се остварују кроз примену систематских метода за решавање проблема уз помоћ потпоре за добре резултате, односно стандардизацијом²⁴.

²³ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 72.

²⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 72.

Постоји осам основних елемената TQM-а који су неопходни за успешну имплементацију овог модела.²⁵ Основни елементи TQM-а представљају: комуникација, основе етике, признања, интегритет, тимски рад, лидерство, поверење и обуке тј. тренинзи. За имплементацију TQM-а не постоји стандардна процедура. Свака компанија уводи TQM на свој начин за који сматра да је најбољи за њен пословни систем. TQM програм ипак мора бити структуриран и интерно стандардизован за сваки пословни систем који га уводи, а свако од запослених у организацији мора примењивати TQM онако како га је поставио менаџмент те организације.

TQM модели које организације, односно пословни системи могу да примене укључују Демингову награду за квалитет – The Deming Prize, Malcolm Baldrige критеријуме за постизање изврности, Европску фондацију за менаџмент квалитетом - EFQM, и ISO стандарде за менаџмент квалитетом. TQM модели често се називају једним именом - Модели пословне изврности, што говори у прилог томе да је пословна изврност исто што и тотални менаџмент квалитетом, али са јасније дефинисаним приступом.²⁶

Концепт изврности се базира на изванредној пракси. Појам изванредан има значење супериоран у односу на друге из исте групе или категорије. Модели изврности представљају моделе који омогућавају поређење пословних система по успешности испуњавања задатих критеријума, које прописује модел. Верује се да ће организација, уколико примени изабрани модел, постићи већи тржишни удео, бољи квалитет излаза и добре финансијске резултате.

Не можемо говорити о локалној, регионалној или националној изврности зато што не постоје. Циљеви пословне изврности су глобални, а укључују следеће компоненте:²⁷

- Висок ниво перформанси пословања у поређењу са домаћом и иностраном конкуренцијом или са најбољим у пракси

²⁵ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.73.

²⁶ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.73.

²⁷ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.73.

- Показивање дугорочних трендова побољшања у свим аспектима пословања
- Постојање и примена добрих метода и активности TQM – QMS-а

Приступи система менаџмента квалитетом, који су дати у фамилији стандарда ISO 9000 и у моделима организационе изврности, засновани су на заједничким принципима²⁸. И једни и други:²⁹

- омогућавају организацији да идентификује своје снаге и слабости,
- садрже одредбе за вредновање према генеричким моделима,
- дају основ за стална побољшавања и
- садрже одредбе за екстерно признавање.

Различити су приступи фамилије стандарда ISO 9000 и модела изврности системима менаџмента квалитетом, а та разлика се огледа у њиховом обухвату примене. Фамилија стандарда ISO 9000 садржи упутства за побољшање перформанси и захтева који се односе на системе менаџмента квалитетом. Испуњеност тих захтева се утврђује на основу вредновања система менаџмента квалитетом. Што се тиче модели изврности, они садрже критеријуме који омогућавају упоредно вредновање организационих перформанси, а то се може применити за све активности и све заинтересоване стране пословног система. У моделима изврности основу за упоређивање перформанси пословног система са перформансама других пословних система дају управо ти критеријуми за оцењивање.

Појам система квалитета објашњен је у стандарду ISO 8402: “Систем квалитета представља организациону структуру, поступке, процесе и ресурсе који су потребни за остварење управљања квалитетом”. Систем квалитета је осмишљен и подржан од стране менаџмента и односи се на целу организацију, обухвата све процесе, активности и ресурсе. Његова сврха састоји се у постизању излаза који задовољавају захтеве

²⁸ СРПС ISO 9000:2007 Системи менаџмента квалитетом - Основе и речник, Институт за стандардизацију, 2007.

²⁹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.73.

стакхолдера, чиме се остварују циљеви успешног пословања.³⁰ У филозофском и процедуралном смислу, ефективни систем квалитета је фактор који повезује све елементе пословног система, како испоручиоце на улазу тако и кориснике на излазу. У верзији стандарда ISO 9000:2005 термин “систем квалитета” промењен је у термин “систем за менаџмент квалитетом”, а дефинисан је као систем менаџмента који са аспекта квалитета води и управља пословни систем тј. организацију.

Уколико би се систем за менаџмент квалитетом анализирао само кроз стандард ISO 9001, онда би се он могао сматрати скупом захтева овог стандарда, а ентитети који се планирају, управљају и унапређују чинили би само један део тог пословног система. Али, пословни систем чине сви елементи који су међусобно у интеракцији и који везама које остварују, карактеристикама и начинима функционисања, директно или индиректно, утичу на квалитет излаза из система, односно квалитет продуката, који треба да задовоље захтеве заинтересованих страна.

На основу до сада изложеног, може се закључити да систем за менаџмент квалитетом обухвата цео пословни систем, све његове саставне делове, као и везе са окружењем. Систем за менаџмент квалитетом може бити на вишем или нижем нивоу уређености, у зависности од степена дефинисаности пословног система, примене метода и техника унапређења и обезбеђења квалитета, као и менаџмента његовим перформансама. Зависно од степена уређености он може у, већој или мањој мери, остварити пројектоване циљеве.

Анализа имплементације резултата теорије менаџмента квалитета сведочи да укључивање тог модела, принципа и знања у индустрију омогућава значајно смањење трошкова (Seth & Tripathi, 2008; Jain & Mishra, 2009; Ardianto & Natsir, 2014), побољшање перформанси кроз раст продуктивности и ефективности (Seth & Tripathi, 2008; Heras - Saizarbitoria, & Boiral, 2013; Douglas & Glen, 2000; Jang and Lin 2008), повећање задовољства купаца (Vouzaz & Psychogios, 2007; Yang, 2006; Mersha, Sriram & Herron, 2009) и елиминисање производа и услуга ниског квалитета (Martínez – Lorente & Martínez - Costa, 2004; Alic &

³⁰ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.74.

Rusjan, 2010).³¹ Са друге стране, постоје бројне дискусије о квалитету добијених резултата и ефекту примењених мера и концепата на здравствену заштиту, као што су високи трошкови (Cutler, 2014; Cabin et al, 2014; Turan & Palvia, 2014; Parekh, Kronick & Tavenner, 2014) лоша услуга (Turan & Palvia, 2014; Amarasingham, et al 2014; Attanasio, Oppedisano & Vera-Hernández, 2014) и превише често незадовољство пацијената (George & Shocksneider, 2014; Main et al, 2007), који се стално истичу у извештајима, студијама и рукописима.³²

2.2.1. Квалитет и димензије квалитета

Различити аутори су у својим дефиницијама квалитета показали да квалитет представља релативан појам јер је везан за субјективни доживљај. С обзиром на чињеницу да квалитет за сваког појединца има не само другачије значење у смислу објашњавања квалитета различитим појмовима, већ и различите квантитативне вредности појма којим се објашњава, пројектовање и постизање квалитета било ког ентитета представља велики подухват.³³

Када анализирамо квалитет, морамо знати о квалитету ког ентитета говоримо, али и са чијег аспекта се он дефинише. Када се ради о производу или услузи, различити учесници у производном ланцу ће њихов квалитет различито дефинисати. Пројектанти ће квалитет производа сагледавати кроз задовољење техничких спецификација и могу га сматрати извршним а да, за разлику од њих, корисници исти производ сматрају некавалитетним. Различите интересне групе могу оценити квалитет истог ентитета кроз његове различите особине, а те особине су понекад чак и супротне. Зато је посебно важно, пре него што се започне са разматрањем жељених особина ентитета са циљем да се дефинише квалитет,

³¹ Živaljević A., Vrcelj, N., Djordjević A., “Comparative analysis of two quality evolutions: global quality management theory vs. quality in health care”, Faculty of Business Studies, Megatrend University, Republic of Serbia.

³² Živaljević A., Vrcelj, N., Djordjević A., “Comparative analysis of two quality evolutions: global quality management theory vs. quality in health care”, Faculty of Business Studies, Megatrend University, Republic of Serbia

³³ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.47.

да се најпре сагледају све интересне групе које чине различите категорије корисника ентитета чији се квалитет процењује или настоји постићи.

Кориснике у ужем смислу представљају организације или особе које користе производе или услуге да би задовољиле своје потребе, док су корисници у ширем смислу сви на које квалитет производа или услуге утиче, односно, они који имају користи од производње производа или услуге. Постоје три врсте корисника у ширем смислу:³⁴

1. Екстерни корисници – Сви они ван пословног система, који имају неку корист од производа или услуге, која је произведена у конкретном пословном систему. Пословни систем је процесима размене (тржишне или вантржишне) повезан са окружењем.

2. Унутрашњи корисници – Унутар пословног система су сви елементи повезани процесима. Излаз из једног процеса представља улаз у наредни па се наредни процес може сматрати корисником претходног. Запослени у организацији, такође, имају корист или штету од производа или услуге које производи пословни систем у зависности од њиховог нивоа квалитета.

3. Добављачи – Потребне добављача морају се разумети и увек имати у виду, јер стварање узајамно корисних односа са добављачима је од кључног значаја за постизање планираног квалитета.

Термин "Интересне групе" је превод термина "Stakeholders", представља кориснике схваћене у ширем контексту и односи се на све оне који јесу или могу бити под утицајем активности пословног система или његовог успеха. Интересне групе се најчешће везују за сам појам организације, односно пословног система, и означавају шири појам од корисника схваћеног у ужем смислу.

Јуран је у својим радовима навео две основне, глобалне, групе корисника: унутрашње и спољашње. Унутрашњи корисници су људи, сектори, функције, процеси и остали елементи унутар организације, тј. сви они који као део пословног ланца примају улазе од

³⁴ Juran J.M., Gryna F. M., "Quality Planning and Analysis", McGraw-Hill, 1993.

других људи, сектора, функција, процеса итд.³⁵ Спољашњи корисници су људи и организације на које има утицаја крајњи производ, тј. они који га купују или конзумирају, а шире гледано, у категорију спољашњих корисника спада и друштво у целини³⁶.

Осам димензија квалитета производа по **Garvin** - у су:³⁷

1. Перформансе (Performance): - “Основне операционе карактеристике производа/услуга (брзина аутомобила, носивост, лакоћа са којом се носе контактна сочива). Перформанса представља квантитативну меру која карактерише физичке и функционалне атрибуте који се односе на обављање мисије/операције или функције под задатим условима. Критеријуми који се најчешће везују за перформансе укључују ефективност задовољења захтева корисника (ефективност), трошкове (ефикасност) и расположивост (availability).

С обзиром да ова димензија квалитета одражава мерљиве атрибуте, различите робне марке се могу релативно објективно рангирати на бази појединих перформанси”.³⁸

2. Специјалне одлике (Special Features) – “Карактеристике које употпуњују основне функције (навигациони уређаји у колима, ваздушни јастук...). Линија која раздваја специјалне од основних одлика је врло танка и често, временом, неке специјалне одлике прерастају у основне (нпр. клима уређај у колима, даљински управљач за ТВ...)”.³⁹

3. Поузданост (Reliability) – “Вероватноћа да производ, део опреме или систем, у специфицираним операционим условима, обављају своју функцију у одређеном периоду времена. Другим речима то је вероватноћа да производ, део опреме или систем неће показати знаке неисправности или отказати у одређеном периоду времена или после одређеног броја циклуса (пет година, 100,000 км, 100,000 циклуса, обрта и тд.)”.⁴⁰

³⁵ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.49.

³⁶ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.49.

³⁷ Филиповић Ј., “ Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 85.

³⁸ Филиповић Ј., “ Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 85.

³⁹ Филиповић Ј., “ Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 86.

⁴⁰ Филиповић Ј., “ Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 86.

4. Усаглашеност (Conformance) – “Степен усаглашености конструкције и операционих карактеристика производа са постављеним стандардима /услугама (димензије производа су унутар задатих толеранција, испорука је на време)”.⁴¹

5. Трајност, (Durability) – “Дужина експлоатационог периода робе, период до замене, век трајања. (Отпор на корозију, хабање материјала од кога су направљена седишта, мотор за брисаче, компресор за хлађење) Ова димензија се може посматрати са техничког и економског становишта. Са техничког аспекта гледано, век трајања представља дужину временског периода до физичког расходања робе. Са економске тачке гледишта, корисници морају упоредити трошкове са евентуалних будућих поправки постојеће робе и инвестирања у нову робу. У овом случају, век трајања се може дефинисати као период до квара, чија је природа таква да је набавка нове исплативија од будућих поправки постојеће робе”.⁴²

6. Погодност сервисирања (Serviceability) – “Корисници нису заинтересовани само за повећану поузданост и век трајања робе, већ важност придају и брзини, компетентности, услужности и лакоћи поправки након продаје (пост – продајним активностима). Распољивост и доступност резервних делова је такође врло важан аспект сервисних услуга, те се стога произвођачи обавезују да ће одређено време након престанка производње одређене робе наставити да за њу производе резервне делове”.⁴³

7. Естетске карактеристике (Aesthetics) – “Изглед, осећај на додир, укус, мирис, угођај. За разлику од перформанси и специјалних карактеристика, ова димензија није ни приближно универзална, напротив подложна је субјективности корисника, те је стога потребно истражити поједине тржишне нише”.⁴⁴

8. Корисничко поимање квалитета (Perceived quality) – “Начин на који корисник доживљава квалитет. Односи се на корисникове захтеве засноване на томе шта он мисли

⁴¹ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 87.

⁴² Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 87.

⁴³ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 87.

⁴⁴ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 88.

или верује да му је потребно. Ове потребе обухватају не само физичку корист од производа, већ и ону која се односи на self - image и све остале аспекте користи од испорученог производа које корисник сматра вредним. Правилно схватање корисничког поимања квалитета организацијама – испоручиоцима може пружити значајну конкуритивну предност. У доброј мери ова димензија обухвата и ниво општих и специфичних знања и вештина, а и субјективно поимање квалитета настало као резултат имиџа, рекламе, марке, обликовано прегледима у часописима или каталозима произвођача”.⁴⁵

Треба истаћи чињеницу да су димензије квалитета у производу, мање или више, независне једна од других па често производ може бити изузетан по питању једне димензије, а просечан или доста лош у односу на другу. Пословни системи не треба да се труде да паралелно побољшавају све димензије квалитета својих производа јер је то скоро немогуће, осим када постоји могућност да одређени производ пласирају по изузетно високој цени. Понекад и ниво технологије представља ограничење, а дешава се да се производ може побољшати у једној димензији квалитета само на рачун друге димензије.

Димензије квалитета производа по **Manley - y**:⁴⁶

1. Функционалност
2. Економичност
3. Безбедност
4. Поузданост
5. Сврсисходност

Димензије квалитета робе из угла корисника и одржавалаца (сервисера):⁴⁷

1. Просечно време до отказа или квара
2. Могућност и начин настанка отаза или квара
3. Лакоћа одржавања
4. Просечно време трајања оправке

⁴⁵ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 88.

⁴⁶ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 90.

⁴⁷ Филиповић Ј., “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007., стр. 90.

За одређивање карактеристика квалитета услуга може се поћи од уочавања основних димензија квалитета услуга, као група карактеристика квалитета, тј. већег броја величина, које својим вредностима утичу на укупни квалитет услуге. Један од најпознатих модела јесте “**Rater**” модел димензија квалитета услуга (Parasuraman, Zeithamel i Berry, 1984), који укључује следеће димензије:⁴⁸

1. **Поузданост (Reliability):** Зависи од способности онога ко пружа услугу да је пружи онако како је корисник захтевао, поуздано и тачно.
2. **Поверење (Assurance):** Ова димензија зависи од знања и стручности пружаоца услуге и њихове способности да остваре поверење и осећај сигурности код корисника.
3. **Физички доживљај (Tangibles):** Представља општи утисак о изгледу објекта у коме се пружају услуге, опреми, особљу и комуникационим медијима.
4. **Емпатија, разумевање (Empathy):** Корисници очекују од пружаоца услуга да разумеју њихове жеље, настојања, потребе, они очекују индивидуални приступ и посвећивање пажње.
5. **Одзив (Responsiveness):** Представља спремност пружаоца услуге да брзо и на прави начин одреагује и да у право време пружи одговарајућу услугу.

Осим горе наведених димензија квалитета услуга често се срећу и следеће:⁴⁹

- **Време (Time):** Колико траје пружање услуга?
- **Доступност (Accessibility):** Да ли се лако долази до услуге?
- **Расположивост (Availability):** Време чекања на прихватање захтева за услугу.
- **Потпуност (Completeness):** Степен слагања услуге са захтевима (нпр. да ли су сви наручени делови испоручени?)
- **Љубазност (Courtesy):** Односи се на особље које пружа услугу.
- **Професионалност (Professionalism):** Односи се на особље које пружа услугу.

⁴⁸ Живковић Н., Глоговац М., “Управљање квалитетом”, Факултет организационих наука, Универзитет у Београду, Newpress, Смедерево, Београд, 2015., стр. 120.

⁴⁹ Живковић Н., Глоговац М., “Управљање квалитетом”, Факултет организационих наука, Универзитет у Београду, Newpress- Смедерево, Београд, 2015., стр. 121.

- **Конзистентност (Consistency):** Да ли се услуга увек и сваком кориснику пружа на исти начин?
- **Нумеричка тачност (Numerical Accuracy):** Тачност преноса средстава у банци.
- **Уредност (Cleanliness):** Чистоћа хотелске собе.

2.2.2. Квалитет система, процеса и продуката

Појам квалитета се може везати за било који ентитет јер представља његове особине. Пословни систем као ентитет који ствара излазе одређеног квалитета, такође, има свој квалитет. Очигледна је директна веза квалитета производа или услуга, као излаза пословног система, са квалитетом пословног система и његових делова, јер њихов квалитет проистиче из квалитета пословног система преко квалитета процеса који се одвијају у њему. Према дефиницији квалитета ISO 9000:2007, “квалитет пословног система се дефинише као ниво до којег скуп својствених карактеристика пословног система испуњава захтеве и ствара вредност за различите стејхолдере”.⁵⁰ Међутим, захтеви стејхолдера често могу бити супротстављени зато што им не одговарају исте карактеристике пословног система. Из тог разлога, постизање квалитета пословног система, а самим тим и квалитета производа и услуга, често представља велики изазов за менаџмент пословног система. Тај проблем се релативно упрошћава када се кључни стејхолдери издвоје из скупа свих стејхолдера и када се на тај начин смањи број захтева. Онда се проблем избора између два супротна захтева решава према степену важности стејхолдера. Уколико се са тог аспекта анализира квалитет пословног система, он се може дефинисати као способност пословног система да произведе вредности које ће задовољити захтеве кључних стејхолдера.

Пошто се пословни систем састоји из одређеног броја међусобно повезаних подсистема, подразумева се да ће квалитет сваког подсистема утицати на квалитет целокупног пословног система и да је потребно да се и квалитет сваког подсистема сагледава кроз потребу његових корисника. Стејхолдери подсистема чине својеврсни подсистем

⁵⁰ ISO 9000:2007 “Системи менаџмента квалитетом – Основе и речник”, Институт за стандардизацију Србије, 2007. Стр.22.

пословног система и они су заинтересовани за квалитет излаза из датог подсистема, односно, они имају корист или штету од успешности функционисања тог подсистема.

Пошто се систем дефинише као скуп интерних обележја система, која чине његови делови или све оно из чега се систем састоји и омогућава његово егзистирање и функционисање, намеће се закључак да се квалитет система може посматрати кроз:⁵¹

- Квалитет улаза и излаза система
- Квалитет процеса система који одражавају динамику система.
- Квалитет структуре система која је скуп свих релација међу елементима система.
- Квалитет ресурса система који представљају покретачке силе и основ за функционисање система.

Горе изложена теза може се применити и на квалитет подсистема, јер је једна од основних карактеристика система да се његови подсистеми могу посматрати као системи, при чему се онда систем којем припадају третира као окружење датог подсистема.

Особине излаза из процеса су у директној корелацији са процесима и зависне од њихових особина, јер представљају њихов резултат. С обзиром да у пословном систему сви процеси граде релације, они су повезани тако што утичу једни на друге својим излазима па се увек морају узети у обзир особине свих процеса пословног система. Ако се анализира општа дефиниција квалитета дата у стандардима ISO 9001:2000 и узме у обзир чињеница да сваки процес у пословном систему има свог корисника, онда се може закључити да квалитет процеса заправо чине особине тог процеса. Сврха процеса је да уз минималне утроске неопходних улаза трансформацијом створи излазе преко којих ће се задовољити потребе корисника тих излаза, тј. корисника тог процеса⁵². Из тога проистиче закључак да је без одговарајућих особина одређеног процеса, које као скуп представљају квалитета тог процеса, немогуће остварити његову сврху.

⁵¹ Черничек И., “Увод у теорију глобалног размишљања”, Прометеј, Нови Сад, 2000., стр. 37.

⁵² Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.59.

Квалитет процеса неопходно је посматрати у односу на:⁵³

- Квалитет излаза
- Количину излаза
- Цену, трошкове стварања излаза
- Рок, време стварања излаза

Квалитет процеса је комплексан појам који се састоји из базних и функционалних одреднице квалитета. Базне одреднице приказују меру остварених предуслова за адекватно функционисање процеса и односе се на стварање услова за испуњавање претходно дефинисаних захтева корисника процеса, односно, запослених у пословном систему који управљају тим процесом.

Базне одреднице квалитета су:⁵⁴

- Ниво дефинисаности, одређености процеса (назив, место у логичком стаблу процеса, у мрежама, каталогу и моделу процеса)
- Ниво специфицираности, структурне и садржајне одређености процеса (улаз, излаз, ток, поремећаји, подела рада, надлежности и одговорности)
- Ниво примене принципа, правила и метода инжењеринга процеса у функцији преиспитивања, побољшавања и евентуалног реинжењеринга процеса

Ниво базних одредница утиче на утврђивање функционалних одредница квалитета процеса.⁵⁵ Функционалне одреднице квалитета процеса се сагледавају кроз однос трошкова и особина излаза у одређеном временском периоду, у њих спадају:⁵⁶

- Успешност процеса као синтетички исказ способности, рационалности и временске усклађености је одредница која мери односно показује ниво остварења планираног

⁵³ Живковић Н., Глоговац М., “Управљање квалитетом”, Факултет организационих наука, Универзитет у Београду, Newpress- Смедерево, Београд, 2015., стр. 126.

⁵⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.60.

⁵⁵ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.60.

⁵⁶ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.60.

квалитета и обима излаза из процеса уз што ниже трошкове и временску усклађеност са осталим процесима у одговарајућој мрежи процеса.

- Стабилност процеса се односи на својство процеса да квалитет и обим излаза увек буду у унапред прописаним границама толеранција
- Поузданост или сигурност процеса се односи на могућност поремећаја процеса укључујући тотални отказ процеса.

Процеси пословног система се одвијају у одређеним условима који постоје у самом пословном систему и уз већи или мањи степен учешћа човека. Људски фактор, у зависности од нивоа учешћа у процесу, може у већој или мањој мери утицати на поремећаје процеса. Знање, способност, вештине, мотивација, као и опште психофизичко стање људи директно утичу на функционалне одреднице квалитета процеса. Услови у којима се одвијају процеси такође, као битан фактор, утичу на функционалне одреднице квалитета процеса. Њихов поремећај изазива поремећаје у процесу што може довести до деградацију стабилности и поузданости процеса и тиме довести у питање успешност самог процеса. Квалитет услова рада представља скуп параметара (температура, влажност, загађеност, бука и тд.) у којима се одвија процес стварања и употребе квалитета производа, односно квалитета услуга.⁵⁷

На основу наведеног, долазимо до закључка да када се дефинишу и примене базне одреднице квалитета процеса, функционалне одреднице, факторе које на њих утичу треба константно пратити да би се одржао жељени квалитет процеса. Од фактора је најважнији људски фактор и квалитет услова рада.

За постизање одређеног нивоа квалитета производа неопходно је постојање потребног, пројектованог, оствареног и употребног квалитета. Процеси се могу планирати и реализовати, а имају и своје кориснике па се и њихов квалитет може сагледавати кроз наведене четири врсте квалитета. Потребан квалитет процеса је квалитет кога одређују корисници процеса да би његовим функционисањем задовољили своје потребе. Корисници процеса су сви у пословном систему и ван њега који имају користи од

⁵⁷ Митровић Ж., “Основе интегралног управљања квалитетом”, Урип, Београд, 1996., стр. 245.

функционисања тог процеса. Пројектовани квалитет процеса је квалитет кога одређује и планира да постигне пословни систем развијајући потребне особине тог процеса. Он се одређује документацијом система за менаџмент квалитетом, том документацијом се практично пројектује квалитет процеса. Базне одреднице квалитета процеса су одређене процедурама, упутствима, пословницима квалитета, терминима, плановима и свом документацијом, којом се плански и пројектантски одређује ток процеса, време одвијања, неопходни улази и очекивани излази као и одговорности и овалшћења за њихово извршавање, тако да се базне одреднице могу изједачити са пројектованим квалитетом процеса. Остварени квалитет процеса се уочава у току одвијања процеса и показује степен усаглашености функционисања процеса са пројектованим квалитетом процеса. Овај квалитет се везује за функционалне одреднице квалитета. Употребни квалитет процеса је квалитет кога одређује сваки корисник процеса упоређујући своја очекивања, која су дефинисана потребним квалитетом процеса, са вредностима које је добио функционисањем процеса.

Постоје многе разлике између производа и услуга, а оне додатно оптерећују процес пројектовања њиховог квалитета. Зато је неопходно у пројектовању квалитета одређеног производа увек поћи од специфичности сваког производа као ентитета и услуга као посебне врсте ентитета.

Квалитет производа представља скуп особина којима се остварује квалитет услуге, са циљем да се постигне квалитет рада и живљења човека.⁵⁸ Квалитет услуга представља скуп активности којима се делује на задовољавање потреба човека (квалитет услуга за човека) и на враћање квалитета производа у задовољавајуће оквире његовог даљег успешног функционисања (квалитет услуга за производ).⁵⁹

Услуга се може дефинисати као радња која се дешава у директном контакту између корисника и запосленог у услужном пословном систему, радња којом се постиже корист

⁵⁸ Митровић Ж., "Основе модела система квалитета", Уџрик, Београд, 1996. стр. 217.

⁵⁹ Митровић Ж., "Основе интегралног управљања квалитетом производа", Уџрик, Београд, 1996. стр. 245.

за корисника, а при томе се остварују промене које су пожељне за примаоца услуге, дакле, услуга представља рад обављен за неког другог.⁶⁰

Услуге настају одвијањем процеса у услужним пословним системима. Оне су неопипљиве па се њихов квалитет не може пројектовати одређивањем техничких спецификација већ је често исказан субјективном оценом корисника, за разлику од производа који се могу дефинисати и описати уобичајеним физичким величинама. Процес производње и процес коришћења услуге одвија се у исто време, корисници могу видети како она настаје јер присуствују производњи услуге. Услуге се могу производити само када то одговара кориснику и не могу се складиштити попут производа да би касније биле купљене. Такође, не може се контролисати њихов квалитет пре испоруке кориснику, зато се услуге лошег квалитета, тј. неусаглашене услуге, не могу уочити, кориговати или уклонити пре него што стигну на тржиште. Због свега тога, обезбеђење квалитета услуга у услужним пословним системима представља сложенији процес у односу на обезбеђење квалитета производа у производним пословним системима. Људски фактор у услужним пословним системима има висок степен утицаја на остварени квалитет услуга и јавља се у виду знања пружаоца услуга, компетентности, искуства, вештине, мотивације, физичког и психолошког стања. То је разлог што су услуге истог пословног система често неуједначеног квалитета, а због тога се и само уједначавање квалитета исте услуге у услужном пословном систему често сматра унапређивањем квалитета.

При пројектовању квалитета услуге, тј. при планирању њених особина да би се постигао задовољавајући квалитет, исто као и код пројектовања квалитета производа, захтеви корисника требају бити приоритет. Захтеви корисника могу бити веома различити, зато, да би корисници били задовољни, услуге морају имати велики број особина. Квалитет услуга се заснива на постизању сврхе због које корисник првенствено и купује ту услугу.

Квалитет је основни услов који омогућава опстанак и развој сваког пословног система. То важи чак и за непрофитне организације које имају друштвене или хумане циљеве, чији

⁶⁰ Evans J., Lindsay W., "The Management and Control of Quality", South-Western College Pub., 5th edition 2001.

циљ свакако није максимизација профита. И оне, уколико не пруже одговарајући квалитет услуга или производа, не могу остварити своју мисију.

Уколико пословни систем успе да обезбеди и одржи задовољавајући ниво квалитета производа или услуга, моћи ће да постигне поверење све већег броја корисника јер поред цене и квалитет има одлучујући утицај за који производ или услугу ће се купац одредити. Једино тако пословни систем може опстати и ширити своје тржиште остварујући све већи профит. Другим речима речено, бољим квалитетом производа или услуга одређеног пословног система у односу на конкуренцију повећаваће се њихов тржишни удео и цена ће расти, док ће непрофитне организације на тај начин постићи већу стабилност пословног система и лакше и успешније остваривати своје циљеве.

Обезбеђивање супериорног квалитета подразумева разумевање суштине потреба корисника који одређују потребни квалитет. Дакле, потребни квалитет је скуп својстава које очекује корисник или потрошач и којима би се његове потребе задовољеиле преко одређених врста услуга. На основу потребног квалитета, када се те потребе претворе у спецификације производа или услуга, пословни систем одређује пројектовани квалитет. Пројектовани квалитет дефинисан је у конструкционо – технолошкој документацији и може се схватити као модел будућег производа или услуге.⁶¹

У пословном систему процесима производње настају производи или услуге, који имају остварени квалитет. Пројектовани и употребни квалитет ће бити једнаки само када је процес производње адекватан. Ипак, често се дешава да постоје разлике између пројектованог и оствареног квалитета и уколико су та одступања дозвољена (у датим границама толеранције) производ или услуга се сматрају прихватљивим, а када су одступања изван граница толеранција, сматрају се неусаглашеним.

Свако недозвољено одступање од планираног и жељеног стања, од циљне вредности представља неусаглашеност. Неусаглашености се уочавају процесом контроле и могу бити исправљене корекцијама уколико се ради о мањим одступањима. Корекције спадају

⁶¹ Митровић Ж., “Основе интегралног управљања квалитетом”, Урић, Београд, 1996.

у домен дораде, њима се отклањају грешке и враћају уочене неусаглашености у оквиру дозвољених одступања, али се не утиче на узрок појаве грешака. Када су одступања велика и немогуће их је поправити или када њихова корекција подразумева скупа и неисплатива улагања, онда се неусаглашености одбацују и сматрају шкартом.

Корекције не спречавају поновни настанак откривених неусаглашености. Тек када се изврши анализа могућих узрока који су довели до настанка неусаглашености и уколико се открије узрок њеног настанка, корективном мером се може спречити њено поновно јављање. Корективна активност је примена корективне мере која отклања узрок насталих неусаглашености и спречава могућност њиховог поновног настана. Све корекције и корективне активности изискују додатна улагања, а свако одбацивање неусаглашености представља пропала улагања, што додатно финансијски оптерећује пословни систем.

У услужним пословним системима не могу се спровести корективне активности без учешћа корисника јер се процеси производње, контроле и процеси коришћења продукта одвијају у исто време. За разлику од производних, услужни пословни системи не могу да не испоруче неусаглашености на тржиште и прогласе их шкартом пошто су оне истог тренутка видљиве за њихове кориснике па су и последице због њих тренутне.

2.2.3. Системски приступ и врсте система

Биолог Карл Лудвиг фон Берталанфи (Karl Ludwig von Bertalanffy) је педесетих година прошлог века поставио општу теорију система, која се касније пренела на различите научне области. Теорија система посматра одређени ентитет као скуп елемената који су у интеракцији један са другим и који својим заједничким деловањем дају одређене излазе или резултате.⁶² Према тој теорији, промена једног елемента изазива промену свих осталих елемената који су повезани са њим. Елементи система који су директно повезани могу се сматрати подсистемима тог система, а сам систем се може се сматрати подсистемом целокупног система окружења због интеракције са њим.

⁶² Ackoff R. L., "Towards a System of Systems Concepts", Management Science, Vol 17, No. 11, pp. 661-671., 1971.

Битне особине система су:⁶³

- Да је систем целина
- Да се састоји од елемената
- Да елементи имају одређене особине
- Да на особине система утичу особине елемената и њихове релације
- Да међу елементима владају одређене релације
- Да се одређени елементи са одређеним међурелацијама групишу у подсистеме
- Да се подсистеми могу посматрати као систем
- Да је систем у интеракцији са својим окружењем
- Да систем постоји ради испуњавања неке сврхе или циља

Окружење система је скуп свих околина система. Свака промена карактеристика окружења утиче на систем, а функционисање система утиче на промене карактеристика околине. Сврха чини разлог постојања неког система, а циљ жељено стање или исход, као последице функционисања система.

Теорија система и теорија организације повезани су и заједно чине системски приступ изучавања организације (пословног система). Системски приступ дефинише систем као групу међусобно повезаних и међусобно зависних делова, уређених на такав начин да производе сједињену целину.⁶⁴ Системски приступ и систем потичу од грчке речи „to systema” која означава целину која је састављена од делова, тј. мноштва елемената. Значај система посебно долази до изражаја у изучавању ентитета са сложеном структуром као што су здравствени систем, економски систем, организациони систем, политички систем... Значај примене системског приступа у изучавању пословног система, као једног од појавних облика система, је што на најадекватнији начин описује све њихове специфичности врсте и облике и односе са окружењем. Само системским концептом организације може да се на тако свеобухватан начин анализира и проучава пословни систем и његово понашање. Системски приступ у менаџменту, према ISO 9000:2007,

⁶³ Черничек И., “Увод у теорију глобалног размишљања”, Прометеј, Нови Сад, 2000., стр 37.

⁶⁴ Јовановић М., Живковић М., “Цветковски Т., Организационо понашање”, друго измењено и допуњено издање, Мегатренд универзитет, Београд, 2007. Стр.40.

доприноси да се уочавањем и разумевањем система међусобно повезаних процеса и управљањем тим системом повећава ефективност и ефикасност организације у остваривању њених циљева.

Полазећи од системског приступа и његових принципа, пословни систем се сматра вештачким, отвореним и сложеним системом, који се састоји од реалних и апстрактних елемената.

2.2.4. Процесни приступ и врсте процеса

Реч процес први је поменуо енглески филозоф Чарлс Бабиџ 1835. године. Он је увидео потребу за одређивањем времена трајања процеса у индустрији, као и неке друге “модерне” технике у управљању. За то што је Чарлс Бабиџ уочио још 1835. године највише се касније залагао Фредерик В. Тејлор, “отац” научног управљања. Тејлор је користио студије времена у процесима челичане Мидвејл, у Америци, 1881. Године.⁶⁵

Крајем двадесетог и почетком двадесет првог века дошло је до драстичне промене у начину праћења и сагледавања организација. Процеси су прихваћени као ентитет преко којих је најбоље могла да се прати динамика организације, а велики напредак у проучавању динамике организације постигнут је и коришћењем принципа системског приступа, “Генералне системске теорије” (Bertalanfy). Посматрање структуре система као подсистема повезаних улазима и излазима, и даље декомпоновање на процесе, омогућило је изучавање функционисања организације.⁶⁶

Суштина процесног приступа је у томе што организацију посматра као мрежу пословних процеса, којима она ствара одговарајуће вредности за потрошача и кроз које остварује своје циљеве. Портер је истицао овај приступ у ланцима вредности (квалитета). По њему организацију можемо посматрати као групу процеса који су повезани у облику ланаца

⁶⁵ Радовић М. М., Карапанџић З. С., “Инжењеринг процеса, Факултет организационих наука”, Димитрије Туцовић, Ужице, Београд, 2005.,стр.7.

⁶⁶ Радовић М. М., Карапанџић З. С., “Инжењеринг процеса, Факултет организационих наука”, Димитрије Туцовић, Ужице, Београд, 2005.,стр.8.

снабдевања, при томе је правио разлику између основних (примарних) активности и активности подршке. Демингово схватање производних система је, такође, имало утицај и у великој мери допринело новом приступу савременој организацији данашњице.

Овај концепт је основни концепт који се користи код управљања квалитетом савремених пословних система, а представља и основ за стварање нових облика организације као што су мрежне организације, које задржавају само процесе за које су компетентне, а друге активности, односно, процесе остављају другим организацијама.

У вези са процесним приступом је и процес бенчмаркинга, који истиче да поређењем сопствених процеса са процесима конкурената, организација може да унапреди сопствене процесе и самим тим поправи конкурентску позицију.⁶⁷

Процеси су ентитет преко којег се најбоље могу сагледати структура пословног система, дефинисати надлежности и одговорности у пословном систему, одредити подела рада, уредити пословни систем, управљати пословним системом (његовим организационим целинама, квалитетом, трошковима, процесима, ресурсима), дефинисати модели пословног система и његових подсистема, остваривати креативна компонента производних система, откривати места и узроци лошег рада, ниске продуктивности, спорог рада и прекорачења рокова, увећаних трошкова, лошег квалитета, недовољне ефикасности пословања, примењивати захтеви светских стандарда.⁶⁸

Модерни пословни системи се састоје од функционалних одељења у којима се одвијају процеси и који својом процесном оријентацијом уклањају слабости и нефлексибилности функционалне структуре. Процесна организациона структура се заснована на пословном процесу који представља основни критеријум за формирање организационих јединица. Слика 8. представља шематски приказ предузећа, где су вертикално приказана одељења, а хоризонтално процеси који их прожимају и пролазе кроз њих.

⁶⁷ Јовановић М., Живковић М., Цветковски Т., “Организационо понашање”, друго измењено и допуњено издање, Мегатренд универзитет, Мегатренд универзитет, Београд, 2007. Стр.43.

⁶⁸ Радовић М., Митровић Ж., Карапандић С., Живковић Н., “Инжењеринг процеса”, ФОН, Београд, 2004.



Слика 8. Однос између вертикалне структуре и хоризонталних процеса⁶⁹

До промене начина посматрања организације од функционалног приступа на приступ који је орјентисан на пословне процесе, које организација обавља, дошло је из следећих разлога:⁷⁰

- Сваки процес има купца, па самим тим орјентисање на процесе, обезбеђује боље орјентисање на купца;
- Вредност која се односи на крајњи производ се ствара у хоризонталним процесима;
- Дефинисањем граница процеса, купца и добављача за тај процес, може се постићи боља комуникација и боље разумевање захтева потрошача;
- Управљањем свим процесима који се односе на више одељења, у односу на управљање појединачним одељењем, избегава се ризик од супротстављања циљева;
- Дефинисањем такозваних „власника процеса“, који су одговорни за цео процес, избегава се традиционална фрагментација одговорности, која је често виђена у функционалном начину управљања организацијама;
- Управљање процесима обезбеђује бољу основу за контролисање времена и ресурса.

⁶⁹ Tenner A.R., De Toro I.J., “Process Redesign: The Implementation Guide for Managers”, Prentice Hall PTR , 1996., pp.28.

⁷⁰ Tenner A.R., De Toro I.J., “Process Redesign: The Implementation Guide for Managers”, Prentice Hall PTR , 1996., pp.14.

- Запослени су данас боље информисани, боље образовани и са мањим прагом толеранције за проблеме у послу. Многи људи нису задовољни само зато што су запослени: они желе да раде значајан и продуктиван посао. Данас, када људи открију проблем, они желе да су у могућности и да га реше.
- Сам посао се променио: физички рад је замењен психичким радом, надгледање посла путем директног посматрања је често немогуће, услужни сектор је заменио производњу.
- Очекивања су се променила: рапидни степен промена сада захтева да се одлуке морају доносити на нивоу на који се односе.

Основу процесног приступа чини модел у коме су процеси сагледани кроз призму купаца/добављач, где један процес представља истовремено купаца претходног процеса и добављача следећем процесу. Овај модел наглашава важност повезивања процеса у пословном систему, сагледавања њихове улоге и усаглашавања особина излаза из процеса добављача са потребним особинама улаза купца.⁷¹



Слика 9: Улоге процеса у пословном систему⁷²

Процеси на непосредан или посредан начин одређују понашање система, одржавају функционисање и динамику система претварајући улазе у његове излазе. Процесни приступ се може објаснити као редослед збивања или фаза које се јављају у току рада или

⁷¹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.42.

⁷² Juran, J.M., (1986) “The quality trilogy: a universal approach to managing for quality”, Quality Progress, Vol. 19, No. 8, 1986, pp. 19-24.

поступака, груписаних према природи збивања.⁷³ Са аспекта физике, процеси су појаве за чије је постојање неопходни услов кретање, а управо та чињеница омогућава динамику система чији саставни део представљају.

Процес, посматран кроз призму пословног система, представља низ, односно ток активности, којима се директно или индиректно ствара производ или пружа услуга или се даје подршка стварању производа и/или услуге.⁷⁴ Процес се састоји од скупа активности, које су међусобно повезане или међусобно делујуће и које улазне елементе претварају у излазе, па самим тим, активност представља део или фазу процеса. Често се активности изједначавају са операцијама које представљају промену улаза тј. његових физичких или хемијских особина, његово склапање, расклапање, припремање за другу операцију, транспорт контролу или смештање.⁷⁵ Активност можемо сматрати простим процесом који се састоји само од једне фазе, чини нижи ниво процеса чији је саставни део заједно са другим активностима. Захвати и покрети су делови активности, а разликују се од њих по томе што активности као резултат имају заокружену целину излаза, тј. у току трајања својим деловањем мењају улазе, док их захвати и покрети не мењају.

Свака активност поред улаза који је предмет обраде могу имати и улазно-излазна документа у виду пописа, метода, спецификација, формулара и записа.⁷⁶ Активности, тј. операције, представљају скуп захвата, захват се састоји из скупа покрета, а они опет, из скупа пролаза.⁷⁷ То указује на важну особину процеса која се огледа у могућности њихове декомпозиције и њиховог укрупњавања у сложеније процесе што омогућава њихово проучавање и анализу на различитим нивоима сложености.

Процеси у пословном систему садрже улазе, излазе, предмет рада и извршиоце процеса. Улази су ентитети који ће у току процеса бити трансформисани или ће се са њима или

⁷³ Леви-Јакшић М., Комазец Г., “Менаџмент операција”, издање 3., Мегатренд универзитет, Београд, 2008., стр. 279.

⁷⁴ Радовић М., Карапанчић С., “Процесни приступ као основа за организовање и управљање”, Зборник радова Sumorg 2000., Београд, 2000.

⁷⁵ Леви-Јакшић М., Комазец Г., “Менаџмент операција”, издање 3., Мегатренд универзитет, Београд, 2008., стр. 280.

⁷⁶ Митровић Ж., “Квалитет и менаџмент”, Уџић, Београд, 1996., стр 14.

⁷⁷ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.32.

помоћу њих вршити трансформација или ће давати оквире у којима ће се одвијати процес. У улазе спадају:⁷⁸

- Људски ресурси (кадрови са својим знањем, радом, умећем, мотивима и вољом)
- Новац (универзални компензатор ресурса)
- Простор (земљиште, инфраструктура, зграде)
- Алати (физички, софтверски, психолошки, управљачки)
- Материјали (сировине, полуфабрикати, готови производи)
- Енергија
- Флуиди и вода
- Време (у коме се распоређују и одвијају активности процеса)
- Информације (подаци и њихова тумачења)
- Знање (искуства, закони, правила и технологије)

Ресурси су део улаза и то онај део кога контролише систем, пошто представљају или део система или део његове имовине. Предмет рада је ентитет (сировина, материјал, производ, човек...) који се процесима претвара у основне продукте. Продукти представљају производе и услуге који се добијају трансформацијом предмета рада у производном процесу и они чине жељени део свих излаза. Излази из процеса могу бити и отпад, новац, средства за рад, документација, људски ресурси и инфраструктура. Предмети рада могу се поделити на:⁷⁹

- Основни предмет рада, на коме се обављају промене ради стварања веће употребне вредности у циљу стварања продукта.
- Помоћни предмет рада, који представља све оно што се додаје основном предмету рада да би се створила већа употребна вредност продукта.

Извршиоци процеса су особе које обављају трансформацију улаза у излазе, као и машине и уређаји који се том приликом користе, представљају ентитет који од предмета рада ствара продукте са одговарајућом употребном вредношћу.

⁷⁸ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.32.

⁷⁹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.33.

Ток процеса се састоји од низа активности у процесу са тачно дефинисаним редоследом њиховог обављања. С обзиром на учесталост понављања низа активности у истом процесу тј., начин одвијања процеса они се могу сврстати у рутинске, креативне или комбиноване процесе.⁸⁰ Рутински процеси се одвијају увек на исти начин, зато се код њих могу предвидети исти проблеми које је могуће решити на исти начин. Рутинским процесима би требало да се од улаза са истим особинама добијају излази истих особина. Креативни процеси зависе од знања и способности извршиоца процеса и нису поновљиви, али зависе и од услова у којима се овакви процеси одвијају. Проблеми који настају у току вршења креативних процеса најчешће нису предвидиви и решења за њих могу бити различита. Особине њихових излаза нису конзистентне иако су улази конзистентни. Комбиновани процеси се састоје и од рутинских, а делом и од креативних процеса.

Са аспекта врсте предмета рада процеси су подељени на производне и услужне. Производни процеси имају опипљиве излазе који могу бити исказани физичким величинама док услужни процеси стварају излазе који су неопредељени и не могу бити исказани на исти начин.

Процеси могу својим функционисањем директно утицати на предмет рада и онда спадају у директне процесе. Тим процесима се стварају излази које систем нуди окружењу, а када се ради о пословном систему онда су то производи и услуге који се пласирају и продају на тржишту. Индиректни процеси немају директан утицај на предмет рада, они су потребни као предуслов за правилно одвијање директних процеса.

Процеси који су карактеристични за дати систем, а имају их и други системи који се баве истом делатношћу, називају се специјализовани процеси. За разлику од њих, универзалне процесе имају сви пословни системи.

Са аспекта колико директно имају утицај на испуњење циљева пословног система, процеси могу бити базни и подржавајући. Базним тј. глобалним процесима се директно

⁸⁰ Радовић М., Карапанчић С., “Инжењеринг процеса”, Факултет организационих наука, Београд, 2005., стр. 18.

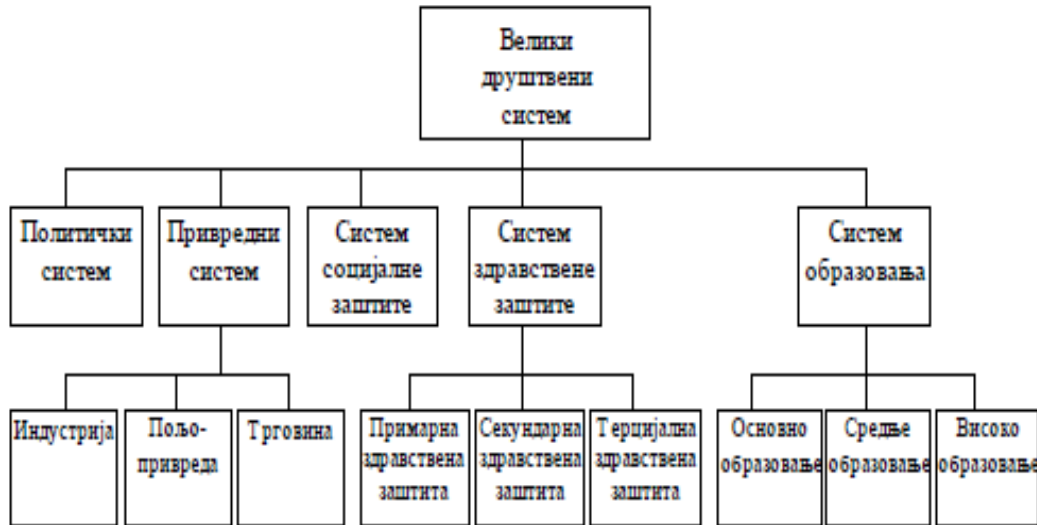
омогућава остваривање циљева система и углавном су то процеси високог хијерархијског нивоа који стварају ланац или мрежу. Од подржавајућих процеса не зависи директно остваривање циљева пословног система, они подржавају базне процесе и без њих би функционисање базних процеса било неадекватно или немогуће.

2.3. Здравствени систем и здравствене установе као пословни системи

Уколико би се друштво посматрало као систем, систем здравствене заштите би се могао сматрати једним од његових подсистема чија је друштвена улога и основни циљ одржавање и унапређивање здравља популације. Излазе из здравственог система чине све услуге које здравствени систем пружа становништву у смислу лечења, очувања и унапређења здравља, али и сва нова знања и способности здравствених радника које су они стекли користећи могућности здравственог система, тј. коришћењем његових ресурса.

Аутори стручне литературе друштвени систем углавном називају системом, међутим, често се представља и као функционална организација па се зато и његови саставни делови, подсистеми, посматрају као организационе целине. Последица тако дефинисаног друштвеног система и његових подсистема је њихова променљива структура и организовање, које не проистиче из пројектованих потребних резултата и из сврхе већ из схватања појединача и значајних политичких групација. Овоме сведочи слика 13 чији су аутори творци Реформе система здравствене заштите у Републици Србији, курса којим се тренутно креће развој система здравствене заштите Републике Србије.⁸¹

⁸¹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 100.



Слика 10: Систем здравствене заштите као део друштвеног система⁸²

Сврха система здравствене заштите је очување и унапређење здравља људи обезбеђивањем здравствених услуга становништву како модерне, тако и традиционалне медицине на ефикасан начин, а које су у исто време доступне и прихватљиве људима.⁸³

Основу за пројектовање оптималне структуре и процеса система здравствене заштите треба да чини сврха његовог постојања, његове везе са осталим подсистемима друштва и схватање система здравствене заштите као система, а не као организационе целине у оквиру друштва.

Становништво је неизоставан ресурс свих подсистема друштвеног система па и здравственог система. Систем здравствене заштите својим деловањем утиче на квалитет функционисања свих осталих друштвених система зато што људи, корисници његових услуга, представљају неизбежан ресурс свих поменутих подсистема целокупног друштвеног система. Подсистеми без људског рада и људи не би постојали ни функционисали. Продуктивност запослених директно зависи од психо - физичког здравља људи. Болестан човек није радно способан или су му смањене радне способности, његов

⁸² Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 100.

⁸³ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 101.

радни учинак је недовољан или неквалитетан, а то сигурно не доприноси ефикасном функционисању било ког друштвеног подсистема. Са становишта функција здравственог система, оне могу бити куративне (лечење оболелих), превентивне (спречавање болести) и функције одржавања (људских) ресурса друштвеног система.

Остали друштвени подсистеми непосредно комуницирају и у вези су са системом здравствене заштите. Привредни систем га снабдва опремом и потребним потрошним материјалом, а образовни систем људским ресурсима. Здравствени систем стиче финансијске ресурсе пружањем здравствених услуга пацијентима који се делом издвајају из буџета, а делом из система социјалне заштите. Политички систем утиче на систем здравствене заштите преко изгласаних закона, одлука, разних програма и стратегијских циљева. Јасно је видљива директна веза између развијености друштвеног система и развијености система здравствене заштите. У развијеним друштвима системи здравствене заштите користе најсавременије здравствене технологије, методе лечења и дијагностицирања, боље су организовани, бољи је ниво искоришћености ресурса па је и успешност исхода лечења већа.



Слика 11: Везе система здравствене заштите и осталих подсистема друштвеног система⁸⁴

⁸⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 102.

Пословни систем, по дефиницији, представља уређени скуп подсистема који су међусобно повезани, а чији је основни циљ стварање производа и услуга који имају одређени квалитет, квантитет, цену и рок испоруке.⁸⁵ Здравствене установе примарног, секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите састоје се од међусобно повезаних елемената који су груписани у подсистеме, који заједничким функционисањем остварују дефинисане циљеве пружајући здравствене услуге које имају:⁸⁶

- одређене особине, дакле квалитет,
- одређену цену, која може бити плаћена на више начина и из више финансијских извора,
- квантитет, који је одређен капацитетима здравственог пословног система и дужином трајања здравствених услуга и
- рок испоруке, јер у зависности од капацитета и времена трајања здравствене услуге постоји крај пружања услуге што се може прихватити као рок њене испоруке.

Здравствене установе су отворени, вештачки пословни системи са различитим степеном сложености. Оне садрже реалне (материјалне) и апстрактне компоненте, чија је сврха и циљ задовољење потреба корисника, а фактор који их ограничава је профитабилност. Материјалне компоненте чине људски ресурси, инфраструктура и средства за рад. Апстрактне компоненте су знања и методе, које представљају суштину постојања здравствених установана, на основу којих се оне и оснивају. У апстрактне компоненте спадају и планови, стратегије и политике које здравствени систем воде ка жељеном пословном циљу.

Влада мишљење да се здравствене установе ипак не могу поистоветити са осталим пословним системима и да се на њих не могу примењивати правила и концепти који уопштено важе за друге пословне системе. Основа оваквог гледишта се налази у истицању

⁸⁵ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 102.

⁸⁶ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 104.

„специфичности“ здравствених установа, у смислу „специфичности“ услуга које пружају, знања и потребних ресурса, као и начина финансирања.

Специфичност потенцира само разлику у односу на друге пословне системе који су исти. Сви пословни системи се разликују првенствено по врстама продуката и по специјализованим процесима. Здравствене установе су специфичне у односу на све остале специфичне пословне системе, из тога произилази да специфичност и не постоји.

Уколико говоримо о профиту, као једном од основних циљева постојања пословних система, постоји мишљење да је непримерено о њему расправљати када се ради о здравственим установама. У овим организацијама најважнија је сврха и циљ постојања (очување и унапређење здравља популације), далеко испред профита, што не значи да не треба тежити рентабилном пословању. Раније је већ поменуто да је услов за оснивање и опстанак сваког пословног система испуњавање његове друштвене или тржишне улоге кроз задовољавање потреба заинтересованих страна, здравствене установе се и на основу тог услова могу сматрати пословним системима..

Здравствени пословни системи користећи улазе и ресурсе, деловањем процеса који се у њима одвијају, пружају здравствене услуге тако што одређеним активностима утичу на стање пацијената да би се здравствено стање одржало (уколико је пацијент здрав) или да би се довео до здравог стања (уколико је пацијент болестан).

Здравствени пословни системи спадају у услужне пословне системе, састоје из скупа процеса и специфичних ресурса који су организовани у универзалне подсистеме и једног специјализованог подсистема. Зависно од законских мера, прописа и услова окружења, универзални подсистеми здравственог пословног система утичу у мањој или већој мери у остваривању укупне сврхе пословног система, при томе су у њима присутни процеси и ресурси који су условљени природом специјализованог подсистема.

Улази здравственог пословног система се могу класификовати и могу се сматрати истим са улазима у било који универзални подсистем пословног система.

Општа класификација улаза у здравствене пословне системе може се представити кроз:⁸⁷

- материјал који се може класификовати на медицински и не медицински материјал,
- средства за рад која представљају средства неопходна за функционисање универзалних подсистема и она која су неопходна за одвијање процеса у специјализованом подсистему, тј. медицински уређаји, опрема и апарати
- информације
- новац, који у зависности од здравствене политике земље и власничке структуре здравственог пословног система може бити обезбеђен на различите начине, почев од специјализованих фондова, преко донација, па све до традиционалног начина продаје услуга пацијентима који директно плаћају за њих.
- људски ресурси који поседују знања и способности за функционисање универзалних подсистема (немедицинско особље) и они који поседују знања из медицинских наука (медицинско особље).

Ресурси здравствених пословних система се могу класификовати на медицинске и немедицинске ресурсе. Стандардима је прецизно одређен потребни минимум квалитета за већину медицинских улаза и ресурса, али када је реч о начину њихове употребе, трошењу или поступању после њихове употребе, добављачи су ти који достављају упутства заједно са набављеним средством или матерјалом. Заједничко деловање медицинске опреме са одређеним перформансама и особља, са његовим знањима, компетенцијама и способностима, битно утичу на квалитет и исход пружених здравствених услуга. Независно од знања, уколико здравствена установа не поседује потребну медицинску опрему (уређаје, апарате, средства) медицинско особље неће бити у стању да увек постигне жељени исход здравствене услуге. То исто важи и за опрему јер и уз најквалитетнију медицинску опрему некомпетентно и недовољно обучено медицинско особље неће постићи жељене резултате ни у дијагностификовању ни у лечењу.

Процеси у здравственом пословном систему су универзални и специјализовани. Универзални процеси су они који се одвијају у оквиру универзалних подсистема и

⁸⁷ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 106.

представљају подршку специјализованим процесима у оквиру специјализованог подсистема. Специјализовани процеси стварају продукте здравственог пословног система које чине здравствене услуге. Универзални процеси су у пракси здравствених пословних система у већини случајева процентуално мање заступљени у односу на специјализоване процесе. Они су приликом развијања здравствених пословних система често занемаривани, тј. не придаје им се значај, и поред тога што њихов квалитет битно утиче на квалитет специјализованих процеса. Пример таквог утицаја може се пронаћи у процесима подсистема набавке који уколико нису оптимизирани могу као излаз дати неусаглашене улазе у специјализоване процесе: лош медицински материјал, неисправне медицинске уређаје и средства или недовољно компетентно медицинско особље и тиме угрозити квалитет специјализованих процеса као и квалитет њихових излаза.

Излази из здравствених пословних система су здравствене услуге. Њихова битна карактеристика је да оне нестају одмах током пружања, зато се неусаглашене услуге не могу отклонити или поправити. Управљање квалитетом здравствених услуга има велики утицај на успех пословања здравствених пословних система и од посебног је значаја.

Пацијенти као корисници здравствених услуга имају важну улогу у здравственом систему. Њихов животни стил, навике, спремност на сарадњу, доследност у примени терапије битно утичу на исход пружене здравствене услуге. У новије доба препозната је важност улоге пацијента у здравственим пословним системима, а о томе сведоче низ пропагандних порука Министарства здравља и Светске здравствене организације, низ иницијатива здравствених установа и формирање посебних радних места и функција које су задужене за комуникацију са пацијентима.

Повратна спрега мора постојати и у здравственим пословним системима да би управљање било усмерено у жељеном правцу, идентично као и у пословним системима било које друге делатности. Повратном спрегом здравствених пословних система треба да се преносе оне информације на основу којих се могу доносити оптималне одлуке за будућа деловања у погледу обезбеђења или унапређења квалитета. Међутим, у пракси је често повратна спрега здравствених пословних система или пројектована и имплементирана

лоше, недовољно добро, или уопште не постоји. Улога и значај повратне спреге у управљању здравственим пословним системима се не схвата на адекватан начин, а њеном лошем пројектовању и имплементацији доприноси и недовољна дефинисаност структуре здравствених пословних система и његових елемената.

Резултат доброг функционисања здравственог система у једном друштву је здрава популација која је способна да се прилагоди свим изазовима савременог доба, да прати нова светска достигнућа у свим научним областима и створи услове за здрав и квалитетан живот себи и својим потомцима. Насупрот томе, његово лоше функционисање доводи до стагнације у развоју и општем просперитету друштва на свим нивоима.

2.3.1. Историјат развоја система здравствене заштите

Још у првобитном друштву су постојали појединци који су поседовали вештине и знање за лечење људи. Кроз историју, здравствени систем се развијао од најпримитивнијег нивоа до савремених, организованих и управљаних здравствених система данас.

У периоду робовласничког друштва лечење људи је било уско повезано са религијом, болест се буквално “терала” ритуалним обредима и молитвама. Религија тог времена је прописивала хигијену становања, личну хигијену, исправност водовода (Рим)... изолацију оболелих од губе. Медицина античке Грчке је, такође, пролазила кроз разне фазе, а тек је у 6. веку п.н.е. постала научна дисциплина и прешла у надлежност људи који нису имали везе са религијом. За ослобађање медицине од празноверја посебно је био заслужан Хипократ са својим ставом да је њен главни задатак посматрање болесника и природе. Он је заслужан и за увођење принципа лекарске етике, за медицинску терминологију као и за основе хирургије која се користила све до 19. века. Оснивањем Александријске школе медицина доживљава процват посебно из области фармакологије, хирургије и анатомије.

Иако је наука у доба феудализма била под јаким утицајем цркве и стагнирала у свим областима, захваљујући основној идеји хришћанства – помоћ ближњима, у медицини су

се ипак увеле неке напредне новине као што је изградња првих болница (hospiciji) и склоништа за губаве, немоћне, сиромашне и болесне.

Ренесанса је подразумевала општи препород и развој, књиге су постале доступне свима, напредовала је техника, а медицина се поново вратила Хипократовом учењу и његовим ставовима.

Индустријска револуција је у 18. веку довела до настанка великих градова са великим бројем становника у којима су радници радили и живели у веома тешким условима што је био узрок за појаву нових, непознатих болести и многих економских, социјалних и јавно – здравствених проблема. Основна карактеристика тог периода је била да су званична медицин и њена достигнућа била намењена градском, богатом делу становништва, а остало становништво, посебно сеоско, је и даље био препуштено видарима, врачарама и другим надрилекарима.

Научна револуција 20. века је значајно утицала на развој медицине и здравствене заштите. Крајем 20. века медицинска достигнућа су достигла невероватне размере клонирањем и генетским инжењерингом, 1990. године је започето секвенцирање хуманог генома, а шест година касније је клонирана овца Доли.

У 20. веку, међутим, медицина се суочавала и са новим здравственим проблемима који су настали због промењене структуре обољевања и узрока смрти као последице наглог технолошког развоја, али и немогућности да да одговарајући одговор због великог пораста трошкова здравствене заштите. Данас, у савременом друштву, могућности за унапређење здравља су у великој мери ван граница здравствене заштите јер добрим делом зависе од перцепције групација које креирају друштвену политику и реалних материјалних могућности. За унапређење здравља потребне су конкретне акције заједнице и еминентних стручњака у одређивању приоритета, планирању стратегија, доношењу одлука, а поготову је неопходна свест надлежних о важности тих одлука за постизање бољег здравља становништва.

Пратећи развој система здравствене заштите кроз историју, уочава се неопходност организованог пружања здравствених услуга које проистиче између осталог и из:⁸⁸

- комплексности неопходних знања из области медицине, од којих зависи резултат пружања здравствених услуга
- оптимизације трошкова
- удруживања финансијских средстава и коришћења разних могућности прибављања финансијских средстава које имају организације, а не појединци
- веће способности организација у прибављању ресурса неопходних у процесу лечења и дијагностиковања у односу на појединце.
- неопходности систематског праћења медицинске документације, чија анализа служи за процену здравственог стања становништва, тј. представља смерницу за предузимање потребних активности у смислу превенције и раног откривања болести, али и подизања квалитета здравствених услуга којима треба да се постигну што бољи исходи лечења.

2.3.2. Савремена организација здравствене заштите

Систем здравствене заштите се може анализирати у ширем и у ужем контексту. Када се систем здравствене заштите посматра у ширем контексту, он представља део друштвеног система и чини његов подсистем чија је основна улога очување и унапређење здравља људи. Састоји се из: здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, делова привредног система који производе медицинску опрему, лекове и медицинска средства, делова образовног система у коме се школује медицинско особље и врше научна истраживања, система социјалног и здравственог осигурања за његово финансирање и дела политичког система који законском регулативом непосредно утиче на његову структуру и функционисање.

Када се посматра у ужем контексту, систем здравствене заштите представља део друштвеног система који утиче на здравље људи преко здравствених услуга које пружа, а

⁸⁸ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 98.

састоји се из три нивоа: примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите. Здравствена заштита, у ужем смислу, представља комбинацију промотивних, превентивних, куративних и рехабилитационих мера.

Први контакт између појединаца и здравственог система се остварује на примарном нивоу здравствене заштите. Овај ниво чине здравствене установе у којима се пружају здравствене услуге за које није потребна хоспитализација пацијентане, у којима се не врши стационарно лечење. Примарни ниво здравствене заштите чине домови здравља, амбуланте, дијагностичке лабораторије, хитна служба, стоматологија, апотеке, заводи и патронажна служба. Дом здравља је одговоран за спровођење мера примарне здравствене заштите на територији једне или више општина, а апотека чини примарни ниво организованости фармацеутске делатности за исту територију.

Секундарну здравствену заштиту представљају здравствене институције у којима је за пружање здравствених услуга неопходна хоспитализација пацијента и њу чине болнице. Болнице обављају здравствену делатност као наставак лечења у дому здравља када су потребни посебни услови за даље лечење.

Терцијарна здравствена заштита се састоји из оних делова здравственог система у којима се пружају специјализоване и високо – диференциране медицинске услуге, а у њима се, такође, спроводи научно – истраживачки рад и факултетска настава. У овај ниво здравствене заштите спадају клинике, клинички центри, институти, и клиничко болнички центри. Институти, клинике, клинички центри, заводи... имају задатак да проуче, испитају и примене нове методе лечења и да та сазнања пренесу нижим институцијама за њихову примену, да одређују стручно – медицинске доктринарне ставове и пружају стручну помоћ у њиховом спровођењу, да организују образовање кадрова и њихово усавршавање преко специјалистичких, магистарских и докторских студија, да врше специјализоване здравствене услуге у болничким и амбулантним поликличким условима.

Здравствена делатност која се обавља на више нивоа се примењује у заводима као што су завод за јавно здравље, завод за медицину рада, завод за трансфузију крви, завод за судску

медицину, завод за вирусологију, вакцине и серуме. Систем здравствене заштите, посматран у ужем смислу, у даљем разматрању биће поистовећен са појмом здравствени систем.

У системима здравствене заштите различитих земаља уочавају се битне разлике. Систем здравствене заштите није универзалан по својој структури, организацији и начину функционисања, на њега утичу важеће норме и вредности у друштву, социјална и културална очекивања грађана, јединствена национална историја, традиција и политички систем.⁸⁹

Можемо рећи да, иако постоје разлике у различитим земљама, у свим системима здравствене заштите основни елемент је установа у којој се одвија здравствена делатност, без обзира да ли се здравствени систем анализира у ширем или ужем контексту. Под здравственим услугама се подразумевају процедуре које се спроводе над људима ради дијагностицирања или лечења болести.⁹⁰ Здравствене услуге представљају активности и мере које препоручују и спроводе лица која су за то овлашћена или овлашћене организације из области здравствене делатности, а којима се утиче на очување или побољшање квалитета здравља њихових корисника.

Здравствене услуге се пружају у здравственим установама примарног, секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите. Уколико процеси у овим институцијама нису на задовољавајућем нивоу квалитета, не функционишу на адекватан начин, ни услуге које се пружају у њима не могу бити високог квалитета. Због тога је неопходно да се унутар самог здравственог система успоставе објективни показатељи квалитета здравствених услуга. Неопходно је увести критеријуме мерљивости учинка здравствених процеса, да би се подстицао развој оних процеса који су оправдани учинком на здравље у односу на њихову економску вредност.

⁸⁹ Симић С., Бјеговић В., Косановић Р., Ерић-Маринковић Ј., Младеновић Д., “Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији”, Београд: Центар за проучавање алтернатива, Самиздат Б92, 2001.

⁹⁰ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 104.

2.3.2.1. Смањивање неједнакости у очувању здравља и одрживи развој

Да би развој био дугорочно одржив, богатство, ресурси и могућности се морају расподелити тако да сви чланови заједнице могу да уживају основне стандарде безбедности, људских права и социјалних привилегија, као што су: храна, здравље, образовање, становање и могућност за развој личности сваког члана заједнице (Влада Републике Србије, 2008)⁹¹

Одрживи развој је развој којим се испуњавају садашње потребе, без угрожавања могућности будућих генерација да задовоље своје сопствене потребе.⁹² Одрживи развој се остварује спајањем циљева високог квалитета живота, здравља и друштвеног напретка са социјалном правдом и одржавањем наше планете да подржава живот у свакој његовој разноврсности.⁹³ Циљеви могу бити у вези са друштвом, економијом и животном средином, међусобно су зависни и једни друге подржавају.⁹⁴ Оваквим развојем постиже се довољно за све заувек.⁹⁵

Разликују се услови за очување здравља у локалној, регионалној, државној и међународној заједници. Према званичним статистичким подацима у богатим друштвима, као што је Јапан, очекивани животни век је 83 године, а у најсиромашнијим друштвима очекивани животни век мушкарца је испод 50 година.⁹⁶ У Чаду и Малију свако пето дете умре пре пете године живота, док је стопа смртности деце истих година у Финској и Јапану 3:1000.⁹⁷ Број жена умрлих на порођају у Авганистану је 1:11 док је у Ирској 1:17.800⁹⁸

⁹¹ Карановић Н., “Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” – Српске Академије науке и уметности, Београд 2012., стр 90.

⁹² СРПС ISO 26000: 201, “Упутство о друштвеној одговорности”, Институт за стандардизацију, 1 издање, Београд, 2011.

⁹³ www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/218/207, Друштвена одговорност у здравственој делатности

⁹⁴ www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/218/207, Друштвена одговорност у здравственој делатности

⁹⁵ www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/218/207, Друштвена одговорност у здравственој делатности

⁹⁶ Карановић Н., “Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” – Српске Академије науке и уметности, Београд 2012., стр 90.

⁹⁷ Карановић Н., “Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” – Српске Академије науке и уметности, Београд 2012., стр 90.

⁹⁸ Карановић Н., “Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” – Српске Академије науке и уметности, Београд 2012., стр 90.

Очигледно је да је здравље људи у директној корелацији са њиховим економским и друштвеним статусом. Људи са већим социо – економским могућностима, људи на већем положају у друштву, воде квалитетнији живот и могу посветити већу пажњу очувању здравља. Директна зависност постоји и између здравља и образовања, људи са високом стручном спремом у просеку имају дужи животни век и здравији су у односу на оне који нису образовани. Закључак је да су неједнакости у здрављу одраз друштвене неједнакости у образовању, приходима, условима становања, у приступу здравственој заштити, у условима радне и животне средине... Уколико су друштвено – економски услови у заједници у периоду пре рођења јединке лоши, они ће створити основу да се током живота појединаца нагомилавају лоши здравствени и други исходи. Да би се смањиле неједнакости у здрављу, морају се смањити неједнакости у друштву. Из тог разлога неопходно је да приоритет активности на очувању здравља свих чланова заједнице буде најугроженији део становништва.

У извештају Комисије за мерење економског учинка и социјалног напретка (Report by the Commission on the Measurement of Economic Performanse and Social Progress – CMESP), коју чине еминентни професори водећих светских универзитета, наглашено је да економски раст не може бити једина мера успеха друштва и да важнији друштвени циљ од економског раста треба да буде опште благостање.⁹⁹ Комисија даље наводи показатеље благостања, а то су: ниво неједнакости у здрављу, одрживост животне средине и борба против климатских промена и њихових последица по најсиромашније и најугроженије. Према том извештају, у последњих тридесет година општи економски раст није утицао на смањење неједнакости у приходима становништва. Дошло се до закључка да се напредак на глобалном нивоу не може постићи само економским растом, без промене постојећих односа и без утицаја на животну средину. Сам економски раст не може смањити неједнакости које су везане за здравље уколико се не делује на смањење релативне неједнакости. Управо зато, као почетну меру у превазилажењу последица насталих светском економском кризом Комисија предлаже деловање на ублажавање климатских промена и смањење здравствених неједнакости.

⁹⁹ Карановић Н., “Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” – Српске Академије науке и уметности, Београд, 2012., стр 90.

Активности које су усмерене на смањење здравствених неједнакости корисне су за друштво јер доносе економску корист смањујући губитак који настају због болести, смањењују социјална давања и трошкове лечења и чувају пореске приходе.

Светска здравствена организација, из тог разлога, промовише стратегију здравља у виду програма “Здравље за све“, која се односи само мањим делом на концепцију развоја савремених здравствених система, а више на концепте унапређења и заштите здравља као основног људског права у чијем остварењу треба да учествују сви чланови заједнице, уз подједнаку одговорност. Комисија Светске здравствене организације за макроекономију и здравље потврдила је у свом извештају да би се проширењем основних здравствених услуга на сиромашно становништво, укључујући и релативно мали број конкретних интервенција, у свету могли спасити милиони живота годишње, али и смањити сиромаштво, подстаћи економски раст и унапредити глобална безбедност.¹⁰⁰ Светска здравствена организација се залаже, због утицаја здравља на свеукупни развој друштва, да питање здравља буде саставни део свих стратегија и политика држава. Она помаже сиромашним земљама да пронађу начине за одрживо финансирање својих здравствених система, да задрже кадрове, тј. људске ресурсе за здравство, подржава и усмерава њихове кампање за здравствено обисмењавање и превенцију оболевања. Такође, и Отавска декларација о промоцији здравља прихвата и промовише здравље као универзалну категорију и скреће пажњу државама да се односе одговорно према здрављу свог становништва.

Паралелно са промоцијом здравља, која се спроводи тимским и интердисциплинарним радом, савремени приступ јавном здрављу је све више усмерен на унапређење квалитета здравствене заштите, односно, мерењу квалитета свих активности везаних за очување и унапређење здравља, очувању здраве животне средине и стимулисању друштвених здравствених система да се активније баве тим питањима.

¹⁰⁰ Карановић Н., “ Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” САНУ, Београд, 2012. стр. 89.

2.3.2.2. Друштвена одговорност здравствених установа

У нашој земљи друштвена улога, место и организација здравствене заштите су одређени Уставом Републике Србије и њеним системским и секторским законима који се односе на област здравствене заштите (Закон о здравственој заштити, Закон о коморама здравствених радника, Закон о здравственом осигурању, Закон о лековима и медицинским средствима), као и подзаконским актима који их детаљније дефинишу. Међутим, друштвена одговорност здравствених установа се не састоји само од испуњавања законских обавеза, оне морају имати и етичку и стручну одговорност запослених која треба да гарантује безбедност пацијента, одговорно управљање медицинским отпадом, транспарентност јавних набавки и транспарентност сарадње пословног и непрофитног сектора при развоју иновираних лекова.

Дужности здравствених радника можемо поделити на правне, оне које су дефинисане законом и чије кршење доводи до правне одговорности и на етичке дужности, које не одређује закон, а темеље се на хуманости и праведности. Основни принцип етичког понашања је поштовање живота. Етика се везује за друштвени морал јер представља систем општеприхваћених друштвених норми које одређују понашање људи у одређеној заједници. Основно морално начело је чинити добро и не чинити зло. Међутим, моралне норме су се током времена мењале, поред тога постоје и значајне културолошке разлике код различитих народа па се дешава да оно што је морално није увек и етично. То значи да не морају увек општеприхваћене друштвене норме представљати оно што је добро.

Медицинску етику чине скуп начела и правила која представљају основу за оцену понашања лекара, медицинских сестара и осталих здравствених и научних радника у области медицине. Медицинско право, правила понашања и упутства за проучавање медицине, представљају део медицинске и лекарске етике, а баве се правима и дужностима запослених у здравству.

Развојем медицине и увођењем нових технологија у процесе лечења здравствена заштита уводи мултидисциплинарни приступ лечењу који је много комплекснији и скупљи, али

омогућава већи проценат жељених исхода. Координација међу здравственим радницима постаје све сложенија, потребне су додатне едукације и консултације, пацијентима се продужава живот, а тиме се повећава и број старијих пацијената са придруженим болестима што подразумевају постављање приоритета у лечењу и представља већи ризик од нежељених догађаја.

Нежељени догађаји у здравственом систему могу изазвати озбиљне последице за све који су њиме обухваћени, почевши од корисника и његове породице, запослених као и за саму здравствену установу. Иако се нежељени догађаји углавном везују за болничко лечење, они се могу догодити на било ком нивоу здравствене заштите. Безбедност пацијената се обезбеђује применом најбоље праксе, која омогућава постизање оптималних исхода по здравље пацијената кроз смањење оних поступака који су повезани са повећаним ризиком или нису довољно безбени за пацијента. Због свега тога, један од најважнијих задатака, а уједно и највећа одговорност у здравственом систему, представља стварање услова за заштиту од могућих грешака и нежељених догађаја током пружања здравствених услуга. Различити фактори доприносе појави нежељеног догађаја, а могу се поделити на системске и људске (табела 1).¹⁰¹

¹⁰¹ Карановић Н., “ Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” САНУ, Београд, 2012. стр. 133.

Табела 1: Фактори који доприносе појави нежељеног догађаја¹⁰²

Врста фактора	Фактори доприноса
Пацијент	Здравствено стање (комплексност) Језик и комуникација Личност и социјални фактори
Појединци (особље)	Знање и вештине Компетентност Физичко и ментално здравље
Тимови	Вербална комуникација Писана комуникација Надзор и потребна помоћ Вођство
Радно окружење	Кадрови и скуп вештина Радно оптерећење и рад по сменама Дизајн, доступност и одржавање опреме Менаџерска и административна подршка Физичко окружење
Организациони и управљачки фактори	Финансијски ресурси и ограничења Организациона структура Политика, стандарди и циљеви Култура, безбедност и приоритети
Институционални фактори	Економски и регулациони контекст Руководиоци у систему здравствене заштите Везе са спољашњим установама

Нежељени догађаји у систему здравствене заштите се јављају или због активних грешака или због латентног стања у систему.¹⁰³ Активне грешке су небезбедни поступци, злоупотреба и грешке особља које имају последице по пацијента или систем. То су грешке које настају због разних пропуста у раду, због незнања или погрешног схватања одређене ситуације. Јављају се и када се намерно нарушава безбедна пракса, њени стандарди и процедуре и политика здравствене организације.

¹⁰² Карановић Н., “ Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” САНУ, Београд, 2012. стр. 133.

¹⁰³ Карановић Н., “ Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” САНУ, Београд, 2012. стр. 134.

Латентне грешке представљају резултат одлука насталих на вишем нивоу у оквиру здравствене установе. Последице таквих грешака остају дуго прикривене све док не буду очигледне у тренутку када се појаве и други окидачки фактори, као што је недовољан број запослених или неадекватна контрола, неадекватна опрема... Латентна стања би требало уочавати, а грешке исправљати пре појаве нежељених догађаја јер једино тако може да се обезбеди одговорно управљање ризиком.

Одувек су здравствене установе настојале да утврде разлоге нежељених догађаја, без обзира што су се ти разлози ретко објављивали. Данас медицина представља много комплекснију науку, јер је повезана са високом технологијом, па се јавља читав низ нових фактора који одређују квалитет здравствене заштите и утичу на појаву нежељених догађаја. Због тога се друштвена одговорност здравствених организација огледа у извештавању и анализирању нежељених догађаја и на нивоу здравствених установа и на националном нивоу.

Основни циљ извештавања о нежељеним догађајима је да се на основу њихове анализе и стеченог искуства спрече такви догађаји у будућности. Подаци о нежељеним догађајима треба да буду свима доступни да се грешке не би понављале. Потенцијалне опасности не смеју остати сакривене, зато извештаје о нежељеним догађајима анализирају еминентни стручњаци и надлежна тела. На основу анализе тих извештаја отклањају се прикривене грешке у систему, а на основу њих се одређују и препоруке за добру праксу, која представља смернице за све запослене у здравству. Управо оваквим одговорним поступањем на прави начин се придаје значај насталим проблемима и постављају приоритети при развоју националних програма за унапређење безбедности у систему здравствене заштите.

Информације добијене кроз идентификовање нежељеног догађаја, његове анализе и стечена искуства могу се искористити уколико се нежељени догађаји пријављују и о њима се извештава на националном нивоу.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Карановић Н., “ Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” САНУ, Београд, 2012. стр. 135.

Одговорно управљање медуцинским отпадом омогућава да се смањи његов обим и сви потенцијални ризици који су везани за њега. Транспарентност јавне набавке у здравственом сектору је јако важна и представља друштвено одговорно понашање јер треба да омогући доношење одлуке на основу објективног сагледавања трошкова у здравству, значајна је поготову за здравствене институције које се финансирају из буџетских средстава. Код одређених болести и стања једна од могућности да се побољша квалитет живота пацијената је развој иновативних лекова. Друштвена одговорност здравствених установа се огледа и кроз транспарентност сарадње пословног и непрофитног сектора при развоју иновативних лекова.

2.3.2.3. Организација, функција и задаци здравствених установа

Организација здравствених установа је комплексан и одговоран подухват за свако друштво. У нашој земљи је покушано правилно организовање ових институција одредбама Закона о здравственој заштити, али су постојећи политички утицаји често доводили до разних видова нерационалности. У периоду потпуне централизације одлука, диктирано је шта ће се од здравствених институција градити и где, на који начин ће се обезбедити кадрови, како ће се здравствени систем организовати и ког типа ће бити. Догађало се да поједине установе у регионалним здравственим центрима имају бољу опремљеност у односу на еминентне клиничке центре у земљи. Да би се задовољила права грађана која су одређена Законом о здравственој заштити, пошто су се брзо показали крупни недостатци важећег система организације, постављени су темељи институционалног планирања мреже здравствених установа.

План мреже здравствених установа одређује Министарство здравља правном регулативом. У њему је одређена структура, распоред и број здравствених установа, одређене су и референтне здравствене установе које ће се бавити едуковањем кадрова током стручног усавршавања медицинског особља, специјализације, доктората...

План мреже здравствених установа утврђује се на основу:¹⁰⁵

1. Плана развоја
2. Здравственог стања становништва
3. Постојећег броја, капацитета и распореда здравствених установа
4. Броја и старосне структуре становништва
5. Степена урбанизације, развијености и саобраћајне повезаности појединих подручја
6. Једнаке доступности здравствене заштите
7. Потребног обима одређеног нивоа здравствене делатности
8. Економске могућности Републике

Планом мреже утврђују се:¹⁰⁶

- Број, структура, капацитети и просторни распоред здравствених установа и њихових организационих јединица по нивоима здравствене заштите
- Организација службе хитне медицинске помоћи
- Друга питања од значаја за организацију здравствене службе у републици

Закон о здравственој заштити одређује услове под којим се може обављати здравствена делатност, тј. услове за оснивање одређених здравствених установа. Основни услови које здравствена установа мора да испуни да би почела са радом дефинисани су кроз следеће захтеве:¹⁰⁷

- Треба да постоји одговарајући број здравствених радника са потребним квалификацијама у оквиру Универзитетског образовања,
- У зависности од одређених здравствених потреба становништва, потребно је имати одређени број специјализаната за те намене,
- Ако се ради о већим градским центрима, дефинисане су и потребе за одређеним научним звањима (магистри и доктори наука),
- Обезбедити и потребан број особља средњег и вишег медицинског образовања.

¹⁰⁵ Закон о здравственој заштити, члан 47., “Службени гласник РС”, бр. 107/2005, 72 /2009- други закон

¹⁰⁶ Закон о здравственој заштити, члан 47., “Службени гласник РС”, бр. 107/2005, 72 /2009- други закон

¹⁰⁷ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.52.

Поред потребних кадрова неопходна је и адекватна опрема, уређаји, одговарајуће врсте лекова и других средстава, који омогућавају да здравствена заштита функционише. Здравствене услуге се морају пружати у одговарајућем простору, са одвојеним просторијама за здраве, просторијама намењене превенцији и просторијама за болесне у којима се спроводи лечење и спречава ширење болести.

Основни задатак здравственог система је да задовољи потребе становништва за здравственим услугама. Важно је напоменути да је обавеза свих здравствених установа да спроводе јединствену методологију превентивних, дијагностичких, терапеутских и рехабилитационих мера и да примењују савремене методе лечења уз поштовање начела једнакости и свеобухватности достигнутог нивоа медицинског знања.

Руковођење здравственим установама зависи од тога у чијој се надлежности и власништву налазе. Здравственим установама од републичког значаја руководе кадрови које је одредила републичка Влада преко Министарства здравља. Постављање менаџмента тог нивоа, почевши од Домова здравља па све до Клиничких центара у новије време је у надлежности републичке Владе. Законским одредбама које регулишу рад јавних служби је одређен начин на који се прати рад менаџмента и надзор над законитошћу њиховог рада, док су права, обавезе и одговорности запослених у здравственим установама одређени прописима који регулишу радни однос и колективним Уговором о запошљавању.

На основу одредби Закона о здравственој заштити, средствима у државној својини могу се основати следеће здравствене установе: “домови здравља, апотеке, болнице (опште и специјалне), заводи, заводи за јавно здравље, клинике, институти, клиничко – болнички центари, клинички центари”¹⁰⁸. Поред побројаних установа у државном власништву, према Закону о здравственој заштити могу се основати и здравствене установе у приватном власништву, а то су: “ординација лекара, односно стоматолога (општа и специјалистичка), поликлиника, лабораторија (за медицинску, односно клиничку биохемију, микробиологију, патохистологију), апотека, амбуланта (за здравствену негу и

¹⁰⁸ Закон о здравственој заштити, члан 46., “Службени гласник РС“, бр. 107/2005, 72 /2009- други закон

реhabилитацију), лабораторија за зубну технику”.¹⁰⁹Побројане приватне здравствене установе морају имати одговарајућу опрему, просторије и све остало што закон прописује и обавезно запосленог здравственог радника са одговарајућим квалификацијама из области здравствене делатности која се примењује. Ближе одреднице за регулацију тих питања одредило је Министарство здравља, док услове које треба испунити утврђује надлежни орган општине на чијој се територији налази неки од наведених облика здравствене делатности.

У домену свог делокруга рада здравствене установе су по Закону дужне да достављају надлежним Заводима за заштиту здравља индивидуалне, збирне и периодичне извештаја и то по прописима које је одредило Министарство здравља. У оквиру обавезне документације сваке здравствене установе су и извештаји о праћењу показатеља квалитета за сва три нивоа здравствене заштите. Они се израчунавају на дневном, месечном и годишњем нивоу, а упутсва за вођење те документације су дата свакој установи у виду приручника који носи назив “Методолошка упутства за праћење показатеља квалитета здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите”. “Правилником о провери квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника уређују се услови, начин, поступак, рокови и организација спровођења унутрашње и спољне провере квалитета стручног рада, мере које се предузимају за отклањање уочених недостатака, евиденције и извештаји који се воде и сачињавају у вези са провером квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника”.¹¹⁰

2.3.2.4. Модели организовања здравствених установа

Здравствени пословни систем се састоји из здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите. Квалитет здравственог пословног система и његово функционисање у савременом друштву зависи непосредно од начина

¹⁰⁹ Закон о здравственој заштити, члан 56., “Службени гласник РС “, бр. 107/2005, 72 /2009- други закон

¹¹⁰ Правилник о провери квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника, “Службени гласник РС “, бр. 35/2011.

организовања тј. од релација међу његовим елементима и од фактора из окружења, који утичу на исходе здравственог пословног система. Организациони модел здравственог пословног система представља његов статички део. Организациони модел је дефинисани и примењени модел система у коме су одређени улази, излази и утицаји окружења на здравствени пословни систем, али и сама структура и анатомија система. Структуру организационог модела представљају радна места, комуникациони канали, овлашћења и одговорности. Анатомију система чине подсистеми здравственог пословног система, релације међу њима, процеси који се одвијају у њима и којима су они поред њихових улаза, излаза и утицаја, повезани међусобно. Управљачки модел представља динамички модел, а његова улога је да адекватним коришћењем постојећег статичког модела доводи систем из одређеног стања у жељено стање и да на тај начин остварује планиране резултате.

Примењени организациони модели су засновани на основу функционалних организационих модела са карактеристикама пројектних модела за радна места која представљају извршиоце у специјализованим процесима. Пројектни модели су највише заступљени у здравственим пословним системима секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, када се формирају екипе здравственог особља да би се утврдило или побољшало здравствено стање пацијента.

Одређени организациони модел здравственог пословног система функционише и остварује одређене резултате под утицајима који долазе из окружења и који се могу класификовати на:¹¹¹

- Демографске: старост нације, женски удео у популацији (жене су склоније одласцима код лекара и лечењу), гојазност нације (са повећањем телесне тежине повећава се и склоност ка обољевању од разних болести инфективних и стечених), расне разлике (удео пацијената који не говоре језик земље у којој бораве поготову када је комуникација од битног утицаја на исход лечења)
- Социолошке: начин живота, проценат здравствено осигураног становништва

¹¹¹ Живаљевић А., "Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система", Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 129.

- Технолошке: Развој нових метода лечења, лекова и медицинских уређаја као и информационих технологија.
- Правно - политичке: Закони који се односе на здравствени систем, здравствена политика земље којој припада здравствени пословни систем, модел финансирања здравственог пословног система.

2.3.2.5. Модели финансирања здравствених установа и власничке структуре

Национални здравствени системи се финансирају или из јавних, или из приватних извора, а најчешће из оба. Према том критеријуму могу се разликовати потпуни (чист) државни модел, односно јавни модел, доминантно јавни модел, мешовити модел, преовлађавајуће (доминантно) приватни модел и потпуно чист приватни модел финансирања здравственог осигурања (плаћање из џепа).¹¹² Као јавни извори користе се државни буџетски приходи и друга социјална давања, која се по правилу прикупљају у оквиру обавезног здравственог осигурања, док приватни извори финансирања обухватају средства која грађани плаћају из свог џепа за потребе здравствене заштите, средства која плаћају приватна здравствена осигурања, добровољни прилози и тд.¹¹³

Здравствено осигурање представља систем који покрива трошкове здравствене заштите својих корисника. Бизмарков систем осигурања трошкове покрива унапред, преко доприноса, а Беверицов преко пореза, који се уплаћују у заједнички фонд или завод здравственог осигурања. Здравствено осигурање може покривати све здравствене услуге или само поједине, а то је прописано законом, подзаконским актима или полисом осигурања (као код приватног осигурања). Дакле, осигурање може у потпуности или само једним делом покривати трошкове здравствених услуга, као и трошкове конкретне услуге, лека или медицинског средства. Здравствено осигурање може имати повластице као што су права на одређене здравствене услуге или право на рефундацију осигуранику за

¹¹² Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања“, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – Градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд 2014., стр. 8.

¹¹³ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања“, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – Градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд 2014., стр. 8.

поједине трошкове. Државно здравствено осигурање је у потпуности у надлежности државе, она га уређује и води, док је приватно осигурање такође уређено законом, али је вођено од стране осигуравајућег друштва или приватне агенције која за то има овлашћење. Најзначајнији принцип државног здравственог осигурања је принцип солидарности. Здравствено осигурање може бити обавезно и добровољно. Код обавезног здравственог осигурања постоји основни пакет здравствених услуга које су прописане законом. Добровољно осигурање користе лица која нису обавезно осигурана по закону, а могу да се одреде за основни или додатни пакет услуга (додатно осигурање). Свако осигурано лице добија здравствену исправу у виду здравствене књижице, картице, смарт картице и сл. У свету преовладава Бизмарков модел у коме су одвојени пензиони фонд, здравствени фонд и фонд за осигурање од незапослености. Неке државе комбинују карактеристике Бизмарковог и Беверицовог модела, а постоје и државе које комбинују више модела за различите групе становника. На пример, у Америци за лечење ветерана и људи старијих од 65 година примењује се Беверицов модел, за запослене Бизмарков модел, а за 15% оних који немају здравствено осигурање примењује се модел независног корисника.¹¹⁴

Статистички показатељи указују да трошкови за здравствену заштиту стално расту у свим државама и то тако да је њихова стопа раста већа него стопа раста бруто друштвеног производа. Деведесетих година прошлог века се већина европских држава суочила са јавним дефицитом што је утицало и на систем здравствене заштите. Тада је постало евидентно да су постојећи системи обавезног здравственог осигурања тешко одрживи. Идеја за решење тог проблема је била да се уведе конкуренција, односно тржишни принцип пословања у област здравствене заштите, а резултат тога је увођење добровољног, приватног здравственог осигурања у већем броју европских држава. Истраживања показују да су системи здравствене заштите слични једни другима и да је за њихово нормално функционисање важно стварање тржишног амбијента са тржишним законитостима којима треба да се постигне рационалност у раду и да се надокнади трошак који је настао у току функционисања, уколико одговарајућа политичка заједница, са којом

¹¹⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр. 131.

је у уговорном односу, није у могућности да га партиципира.¹¹⁵ У ширим размерама оријентација на тржишно пословање постаје тренд.¹¹⁶

Иако свака држава самостално уређује систем здравственог осигурања на основу својих потреба и у складу са својим социјалним и економским показатељима, данас се сви ти системи на основу карактеристичних решења могу груписати у неколико модела. Од свих подела најпознатија је она коју је саставила Светска здравствена организација, а полазна основа јој је била начин финансирања, начин управљања и одлучивања о правима и обавезама у систему здравствене заштите, као и укљученост становништва у здравствену заштиту, солидарност и планирање подручја осигурања. Према тим карактеристикама разликују се четири модела система здравственог осигурања: Бизмарков модел, Беверицов модел, Семашков (социјалистички) модел и Тржишни модел.¹¹⁷

Ову, тзв. класичну поделу модела здравственог осигурања је Светска здравствена организација данас нешто модификовала, углавном због потребе да је прилагоди актуелним променама у овој области.¹¹⁸ Ова, нова подела разликује следећа четири модела система здравственог осигурања:¹¹⁹

1. **Модел социјалног здравственог осигурања** одговара Бизмарковом моделу.
2. **Модел буџетског финансирања** одговара Беверицовом моделу.
3. **Модел националне здравствене службе** има елементе Бизмарковог и Беверицовог модела. Овај модел није уобичајен у европским државама, већ је посебно развијен у Канади, а прихватили су га и Тајван и Јужна Кореја. Карактерише га то да се користе услуге које обезбеђује приватни, а не јавни сектор, али се те услуге плаћају из обавезног здравственог осигурања које организује и спроводи држава.

¹¹⁵ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.59.

¹¹⁶ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.59.

¹¹⁷ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања”, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд 2014., стр 8.

¹¹⁸ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања”, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд, 2014., стр.15.

¹¹⁹ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања”, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд, 2014., стр.15.

4. **Модел приватног здравственог осигурања**, односно систем “плаћање из џепа”. Бројне државе углавном због сиромаштва, али и због недовољне организованости нису у могућности да обезбеде било какву масовну медицинску заштиту. Овакви системи се срећу у руралним регионима Африке, Индије, Јужне Америке где милиони људи никада у животу нису видели лекара.

Према нивоу здравствене заштите и врсти услуга које се нуде осигуранику разликујемо следеће видове осигурања:¹²⁰

1. **Обавезно здравствено осигурање** на које обавезује држава својим прописима
2. **Допунско здравствено осигурање** које покрива разлику до пуне вредности за услуге које су изнад пакета услуга обавезног здравственог осигурања, што значи да је за склапање уговора о допунском осигурању неопходно да држава дефинише ниво обавезног – основног осигурања. Услуге из области допунског осигурања су део пожељног нивоа здравствене заштите које су у складу са препорукама Светске здравствене организације, али их из разлога рационалности обавезно осигурање не обухвата.
3. **Додатно здравствено осигурање** је добровољно осигурање које обезбеђује осигуранику покриће ванстандардних права и услуга која превазилазе права из обавезног и допунског осигурања.
4. **Приватно здравствено осигурање** је здравствено осигурање које плаћају појединци или њихови послодавци.

Скоро у свим европским земљама здравствена заштита становништва се финансира и из јавних и из приватних извора, паралелно. Када се упореде јавни и приватни извори финансирања правило је да је јавни сектор доминантан извор финансирања и према доступним подацима процентуално учешће јавног сектора у укупним трошковима здравствене заштите у појединим земљама износи више од 80% у Холандији, у

¹²⁰ Јоксимовић З., Јоксимовић М., “Приказ најзначајнијих система здравствених осигурања“, Тимочки медицински гласник, Гласило Подружнице српског лекарског друштва, Зајечар, 2007.
www.tmg.org.rs/v320406.htm

скандинавским земљама сем Финске, Великој Британији и Републици Чешкој.¹²¹ Између 75% и 80% у Финској, Белгији, Немачкој, Аустрији, Италији и Француској.¹²² Између 70% и 75% у Мађарској, Пољској, Словенији, Турској и Шпанији, испод 70% у Швајцарској, Португалу, Грчкој и Словачкој.¹²³ На основу ових података се може закључити да јавни сектор учествује у укупним трошковима здравствене заштите са 72% и тај проценат није показао тенденцију значајних промена последњих 20 година.¹²⁴

Полазећи од искуства земаља ОЕЦД-а, може се закључити да је питање плаћања и начина плаћања здравствених услуга једно од најзначајнијих политичких питања сваке државе. Здравствене услуге се данас најчешће плаћају на један од следећих начина:¹²⁵

1. Путем плате
2. По здравственој услузи
3. По основу дијагностички сродних група
4. По болничком дану
5. По основу унапред одређеног буџета
6. По основу капитације

Досадашњи видови финансирања здравствених установа у Србији одвијали су се преко државних институција, а много мање преко пласмана услуга на слободном тржишту понуде и потражње. Стиче се утисак да се још нису створили услови за потпуно превазилажење система финансирања из доба социјализма. Државне установе су до 2000 године финансиране искључиво из буџета одређених републичких фондова, док су се

¹²¹ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања“, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд, 2014., стр.8.

¹²² Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања“, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд, 2014., стр.8.

¹²³ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања“, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд, 2014., стр.8.

¹²⁴ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања“, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд, 2014., стр.8.

¹²⁵ Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања“, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд 2014., стр.16.

приватне здравствене установе финансирале преко пласмана својих услуга. Финансирање јавних здравствених установа и данас се одвија преко Републичког Фонда за здравствено осигурање, као надокнада за пружене здравствене услуге осигураним лицима. Посебним уговором се дефинишу права и обавезе између Фонда и здравствене установе. Међутим, према Закону о здравственој заштити, “здравствене услуге које здравствена установа, односно приватна пракса пружа грађанима на њихов захтев, као и здравствене услуге које нису обухваћене осигурањем, наплаћују се од грађана по ценама које утврди управни одбор здравствене установе, односно оснивач приватне праксе”.¹²⁶ Не треба заборавити чињеницу да је приватна пракса била забрањена све до 1989 године и да се до данас, на адекватан начин, нису могли решити неки проблеми везани за њу. Посебан проблем приватног здравства је што пацијент услугу плаћа из џепа, новац не прати пацијента. Проблем нашег здравства је и несарадња државног и приватног сектора, неискоришћеност капацитета и опреме у приватном сектору, нелојална конкуренција, корупција у државном здравству и постојање црног тржишта.

2.3.2.6. Карактеристике здравствене услуге као производа непрофитне организације

Основни инструмент здравственог система којим делује да би постигао жељени ниво ефикасности је здравствена услуга и зато она заузима централно место у њему. Здравствена услуга се може анализирати са различитих аспеката, са аспекта тржишне оријентације здравствених организација, она представља основни фактор пословне стратегије и најважнију компоненту понуде. Представља сврсисходни учинак једне успешне тржишне оријентације, који се може постићи и реализовати једино ако здравствена установа одговара захтевима, могућностима и потребама пацијената, што значи да је здравствена услуга у функцији тражње. Здравствене установе се морају стално прилагођавати захтевима пацијената стварањем нових и мењањем постојећих обавезних и посебних видова здравствене заштите.

Под инструменталним циљевима подразумева се прилагодљивост здравствене услуге да задовољи одређену потребу у заштити здравља пацијената, што се постиже преко њене

¹²⁶ Закон о здравственој заштити, члан 161., “Службени гласник РС”, бр.107/2005,72 2009- други закон

намене (различити видови операција, уградња песмејкера, уградња или постављање различитих помагаларади правилног хода исл.).¹²⁷ Пацијент у тражњи за здравственом услугом своје интересовање усмерава на квалитет који ће добити са здравственом услугом, цену и, евентуално, контролу пружене услуге, ако за то постоји потреба.¹²⁸ У зависности од потребе за здравственом услугом и њених карактеристичних детаља, у мањој или већој мери су значајни елементи психолошке димензије.¹²⁹ Они се испољавају преко различитих фактора, а доношење одлуке је доста сложена категорија.¹³⁰ Међутим, доношење одлука често не зависи од стручности и квалитета који се нуди здравственом услугом, већ од специфичних фактора тзв. покретача у процесу доношења одлуке, као што су нпр. чистоћа просторија, начин опхођења ... На одлуку утиче и препорука других пацијената по систему од “ува до ува”. Зато је одређивање пословне стратегије здравствених установа врло сложен задатак, мора се увек имати у виду да су корисници услуга људи, свесна бића са јасно дефинисаним захтевима, очекивањима и жељама, с једне стране, који, с друге стране, очекују прилаз који изискује много труда, поверења, толеранције и љубазности.

Руководство здравствених установа је постало свесно чињенице да више није довољно имати одређене специјалистичке и субспецијалистичке профиле лекара и ординације са одређеном опремом да би пацијенти сами дошли на врата, и да нису непотребна настојања да се створи тржиште за њихове услуге, засновано на концепцији филозофије маркетинга.

На основу неких истраживања, дошло се до сазнања да концепција маркетинга у наше здравство улази “на мала врата” у виду промотивних активности и то на првом месту у неким значајнијим установама. Промотивна активност ће сигурно привући пажњу пацијената, али не може се само тиме придобити и њихово поверење и наклоност. Пошто и конкурентске фирме, такође, имају своју промоцију, неопходно је подићи ниво здравствених услуга кроз побољшање односа између особља и пацијената, измене изгледа зграде, ординација, чекаоница, ходника, болесничких соба. Генерално, треба побољшати

¹²⁷ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.43.

¹²⁸ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.43.

¹²⁹ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.43.

¹³⁰ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.43.

садржај болесничког дана. Здравствена установа у целини мора имати топлију и пријатнију атмосферу у односу на предходни период, када је у њој све подсећало на болест, па су се због тога пацијенти и њихове породице нерадо задржавали.

Одлуке о таквим променама носе у себи неке субјективне елементе, нпр. отпор запослених, материјалне издатке, промена простора, зато успостављање једне такве релације много зависи од руководства установе. Дакле, од истрајности руководиоца зависи маркетиншка оријентација здравствених установе у државном власништву. Када здравствене установе направе тај први корак, практично се отворају врата маркетингу. Врло брзо иза тога, конкурентске установе ће увидети да губе пацијенте, па им не преостаје ништа друго већ да се и оне труде да дођу до што бољих решења. Тада је неопходно да се диференциране предности преведу у стратегију, а на основу њих да се дефинишу и понуде здравствених услуга. Тако би се стварила реална основа најпре за заузимање, а касније и за учвршћивање позиције на тржишту здравствених услуга.

2.3.3. Квалитет у здравству

Низак ниво индустријског развоја нема фаталан утицај на људски живот и у већини случајева може бити побољшан, али низак ниво здравствене заштите може оставити смртоносне последице тренутно или након извесног времена.¹³¹ Можемо закључити да је постизање квалитетне здравствене заштите један од најважнијих задатака и да сви напори и достигнуто знање требају бити усмерени на достизање максималног квалитета у здравству.¹³²

Постоје разлике у пружању здравствене заштите, зато се дешава се да се исходи пружене здравствене услуге за идентичне здравствене поремећаје разликују. Пацијенти некад добијају недовољну или непотпуну, а некад и неадекватну здравствену заштиту. Постоје

¹³¹ Živaljević A., Vrcelj, N., Djordjević A., “Comparative analysis of two quality evolutions: global quality management theory vs. quality in health care”, Faculty of Business Studies, Megatrend University, Republic of Serbia

¹³² Živaljević A., Vrcelj, N., Djordjević A., “Comparative analysis of two quality evolutions: global quality management theory vs. quality in health care”, Faculty of Business Studies, Megatrend University, Republic of Serbia

разлике међу државама, здравственим установама, али и појединцима у пружању здравствених услуга, чак и онда када су матерјални и хумани ресурси идентични.

Иако се зна да квалитет у здравству подразумева низ пожељних особина здравствене заштите, до данас научна и стручна јавност није одредила универзално прихваћену дефиницију квалитета здравствене заштите. Међу првима који су покушали да дефинишу квалитет су:

Lee и Jones (1933) који изједначава добру заштиту са “третманом индивидуе као целине, уз примену свих неопходних услуга модерне медицинске науке на потребе свих људи, укључујући и превентивне активности и интелектуалну сарадњу између непрофесионалаца и практичара”.¹³³ Добра здравствена заштита по њему треба да обезбеди “најбоље што медицина може да понуди, а што је приступачно и доступно свакоме коме је то потребно” и то тако да “задовољи све потребе и захтеве пацијента на најефикаснији и најефективнији начин”, односно да обезбеди “оптималан резултат који се може постићи, уз избегавање компликација, на начин који обезбеђује баланс између цене и ефикасности, документован на одговарајући начин” уз “максималну корист, односно минималну штету (ризик) по пацијента”.¹³⁴

Неке од дефиниција квалитета здравствене заштите првенствено су оријентисане на процес, мада је последњи период у развоју дефиниција квалитета карактеристичан по усмерености на исход, односно ефикасност. И **Светска здравствена организација** је 1984 године дефинисала квалитет (добру здравствену заштиту) као “такву комбинацију дијагностичких и терапијских услуга које су најближе томе да пацијента могу довести до оптималног нивоа здравља”.¹³⁵

¹³³ Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 964.

¹³⁴ Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 964.

¹³⁵ Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 964.

Donabedian (1987) дефинише квалитет здравствене заштите као “својство које медицинска заштита може имати у различитом степену”, односно “начин извршавања професионалних дужности од стране здравствених радника, на основу степена до кога су побољшања у здрављу могућа и достигнутог степена у развоју медицинске науке и технологије”.¹³⁶

Паралелно са повећавањем захтева јавности да здравствене службе имају обавезу одговорности за постигнуте резултате, повећава се и потреба за ефикаснијом и рационалнијом здравственом заштитом. Поред интересовања јавности, расте и интересовање самих здравствених радника за квалитет због тога што он окарактерисан као “чиниоца развоја професије”. Светска здравствена организација, такође, препознаје значај квалитета као чиниоца развоја службе и кадрова и 1981. године га уврстава у листу циљева стратегије “Здравље за све до 2000. године” (циљ број 31).¹³⁷

Разлози зашто се све већи број земаља у Европи и свету одлучују да систематски унапређује квалитет здравствене заштите су многобројни, а могу се сумирати на следећи начин:¹³⁸

- све већи број медицинских грешака и неповољних догађаја у пружању услуге,
- коришћење неефикасних технологија у пружању здравствене заштите и/или пружању услуга,
- незадовољство корисника пруженим услугама,
- листе чекања и неједнак приступ корисника здравственим службама и услугама,
- трошкови за друштво које то себи не може приуштити,
- управљање није координирано из једног центра,
- нема дефинисаних критеријума за пријем, отпуст, премештање,
- мало података (углавном непотпуних) о клиничком процесу или исходу,
- непотпуна и некомплетна документација. итд.

¹³⁶ Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 964.

¹³⁷ Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 963.

¹³⁸ Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 963.

Donabedian истиче седам карактеристика здравствене заштите које су кључне за квалитет. Компоненте квалитета здравствене заштите могу се схватити као карактеристике квалитета здравственог пословног система сагледаване из угла пацијената.¹³⁹

- Успешност представља способност система да применом научних и технолошких достигнућа у најповољним условима унапреди здравље.
- Ефективност - степен у коме су тренутно достижна унапређења и постигнута.
- Ефикасност - способност смањења трошкова без смањења шанси за примену достижних унапређења.
- Прихватљивост - усаглашеност са жељама, потребама и очекивањима пацијената и њихових породица.
- Оптималност - је равнотежа између унапређења здравља и трошкова унапређења.
- Легитимност - усаглашеност са друштвеним очекивањима израженим кроз етичке принципе, вредности, норме, морал, закон и регулативе.
- Једнакост - усаглашеност са правом и правдом у дистрибуцији здравствених услуга и користи које оне доносе међу члановима популације.



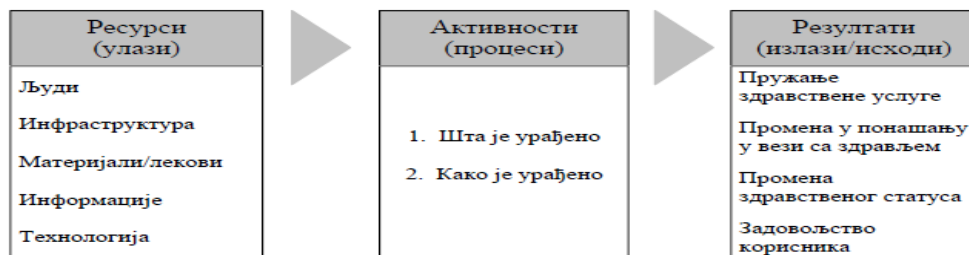
Слика 12: Компоненте квалитета здравствене заштите¹⁴⁰

У Donabedian-овом моделу квалитета здравствене заштите који је приказан сликом 16, јасно се уочава да на квалитет услуге утичу ресурси и активности. Активности чине

¹³⁹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.125.

¹⁴⁰ Donabedian A., Bashshur R., “An Introduction to Quality Assurance in Health Care”, Oxford University Press, 2002, pp.5.

саставни део процеса, а процеси да би се одвијали морају користити одговарајуће ресурсе са којима онда чине пословни систем или подсистем пословног система. На основу тога, може се извести закључак да на квалитет здравствене услуге утиче здравствени пословни систем својим карактеристикама, односно својим квалитетом.



Слика 13: Модел квалитета здравствене заштите по Donabedian-у¹⁴¹

Квалитет здравствене услуге одређују следећи фактори:¹⁴²

- образовање и обученост кадрова,
- опрема,
- иновативност услуга,
- стандардизованост услуга,
- превенција,
- лечење што је пре могуће,
- смањивање ризика у раду,
- коришћење предности нових технологија
- смањивање трошкова и времена лечења

Када су задовољени горњи фактори квалитет здравствене заштите у суштини значи:¹⁴³

- радити праве ствари (давање здравствених услуга које су потребне пацијентима);

¹⁴¹ Donabedian A., Bashshur R., “An Introduction to Quality Assurance in Health Care”, Oxford University Press, 2002, pp.46.

¹⁴² Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 965.

¹⁴³ Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.- 04 јун 2011. стр. 965.

- у право време (када је пацијентима потребна услуга);
- на прави начин (користећи одговарајућа испитивања и процедуре) ради постизања најбољих могућих резултата.

Квалитет здравственог пословног система чине квалитети његових подсистема, а квалитет подсистема чине квалитети њихових саставних елемената, првенствено активности и ресурса које процеси користе. Планирани ниво квалитета здравственог система одређује се на основу захтева заинтересованих страна. Пројектовани ниво квалитета чини степен дефинисаности његових подсистема на основу функционалних и базних одредница процеса, карактеристика ресурса и веза између подсистема. Пројектовани ниво квалитета је везан за документацију система и менаџмент квалитетом (Пословник, упутства и процедуре, записи, каталози услуга и процеса). Остварени ниво квалитета здравственог пословног система је ниво примене документације система за менаџмент квалитетом у пракси, утврђује се праћењем и мерењем параметара квалитета процеса и ресурса и интерним и екстерним проверама. Употребни ниво квалитета одређује се степеном реализације захтева заинтересованих страна, од којих највећи значај имају захтеви пацијената. Пословни системи чије услуге нису усаглашене са захтевима корисника не могу се сматрати квалитетним пословним системима, такви системи остварују нежељене исходе или на било који други начин не испуњавају карактеристике квалитета здравствених услуга.

Може се десити да одређени здравствени пословни систем има висок остварени ниво квалитета, а низак употребни ниво квалитета јер се његови аутсорс процеси реализују у пословним системима који стварају неусаглашености. Пример такве ситуације је када здравствени пословни систем примарног нивоа здравствене заштите упућује пацијента у здравствену установу секундарног или терцијалног нивоа због додатних специјалистичких прегледа и анализа. Претпоставимо да здравствена установа, у којој се врши специјалистички преглед или анализа, грешком замени узорке или налазе послатог пацијента са резултатима другог пацијента. На основу таквих налаза или погрешне дијагнозе, у примарној здравственој заштити ће се сигурно донети погрешна одлука, које неће дати добар резултат лечења и представљаће неусаглашеност услед здравствене

грешке иако је здравствени пословни систем примарног нивоа имао висок остварени ниво квалитета.

Други пример утицаја аутсорсованих процеса других здравствених пословних система су они процеси на које пацијент мора да чека док се за то време његова болест развија. Здравствени пословни систем који има висок ниво квалитета када, из дијагностичких или било којих других објективних разлога, шаље пацијента у другу здравствену установу у којој постоји недостатак капацитета, може остварити лоше резултате јер здравствена услуга није пружена на време. Наравно, и овде се узрок проблема налази ван пословног система са високим нивоом квалитета.

Да би у једном здравственом пословном систему употребни квалитет био на задовољавајућем нивоу, поред високог нивоа оствареног квалитета, пословни системи са којима је повезан преко аутсорсованих процеса и његово окружење (мрежа путева, инфраструктура, комуникационе везе...) морају функционисати тако да не ометају његово функционисање, не одлажу време пружања његових услуга и не дају погрешне или непотпуне податке на основу којих ће здравствени пословни систем доносити погрешне одлуке о свом деловању. Значај одговарајуће инфраструктуре, као услова за ефикасно функционисање здравствених пословних система, је комплексно питање које задире у домен других научних дисциплина и треба га посебно проучавати. За здравствени пословни систем, који подиже ниво свог квалитета, изузетно је важно да су пословни системи који представљају потенцијални аутсорс транспарентни у свом функционисању, како би здравствени пословни систем могао управљати избором аутсорса и како би могао да предвиди последице њиховог лошег функционисања. Значи да запослени у здравственом пословном систему који доносе одлуку о избору аутсорса морају имати сазнања о расположивости капацитета и ресурса тих система, начину организовања и карактеристикама квалитета услуга, да би донели рационалну одлуку. Све то упућује на потребу, односно неопходност, постојања заједничког или компатибилног информационог система јер је то једини начин који омогућава тренутну комуникацију и прикупљање неопходних информација, без губљења драгоценог времена.

Међутим здравствени систем је познат као најмањи улагач у развој и примену информационих технологија (3,5% - 4,5% годишње) у односу на све остале индустрије (9%-10% годишње) од укупне зараде.¹⁴⁴ Из тог разлога, неопходне информације за доношење одлука о аутсорсу нису благовремено доступне, а поред тога не постоји ни континуитет информација о променама пацијентовог здравственог стања и предузетим третманима. При пријему пацијента, сви здравствени пословни системи евидентирају податке о тој посети, али немају информације о посетама другим здравственим институцијама, о току и исходима њиховог лечења, осим уколико их сам пацијент не обавести. Информациона неповезаност здравствених пословних система у пракси и литератури је препозната као фактор који успорава развоја здравствених пословних система и дозвољава могућност појаве грешака услед неадекватне информисаности. Увидело се и то да лоше пројектован информациони систем успорава рад здравственог пословног система и изазива додатно трошење времена због операција које се дуплирају. Врло често се воде дупле евиденције, евиденција у писаном и електронском облику у информационом систему здравственог пословног система. Значајни губитак времена потрошеног на папирологију је директна последица нефункционалности информационог система и непостојања јединствене информационе мреже здравствених пословних система са јединственом базом података која је прилагођена потребама здравственог система. Основа за пројектовање оптималног информационог система је, свакако, детаљна анализа здравственог пословног система преко анализе његових подсистема и њихових елемената.

На основу напред наведеног, можемо закључити да се квалитет здравствене заштите састоји и зависи од више значајних карактеристика, које морају бити реализоване на оптималан начин да би основна улога здравствен заштите била испуњена на најбољи могући начин.

¹⁴⁴ Живаљевић А., Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.127.

2.3.3.1. Квалитет здравствене услуге

Здравствене услуге представљају продукте здравствених пословних система. Њима се делује на органитам човека са циљем да се здравље одржи у пожељним границама толеранције или да се врати из болесног у здраво стање. Жељени исход је уједно и пројектовани резултат пружања здравствене услуге, а то је здрав организам.

Према дефиницији SZO, здравље није само одсуство болести и других слабости и неспособности, већ стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања.¹⁴⁵ Будући да здравље представља стање свеукупне равнотеже, природна је тежња човека да буде здрав.¹⁴⁶ Велики број фактора утиче на здравље човека: наслеђе, природна средина, васпитање и образовање, становање, матерјални услови и радна средина, здравствени систем...

Потпуна супротност здрављу је стање болести, када долази до поремећаја нормалног одвијања животних функција у организму из различитих разлога. Болест је реакција организма на спољашње или унутрашње надражаје, који могу бити механичке, физичке, хемијске, биолошке или психолошке природе. Здравље је нормално, жељено стање организма човека, а здравствене услуге представљају активности којима се то стање, када постоји проблем, може поправити и решити. Болест доводи до поремећаја ритма и квалитета живота, често угрожава егзистенцију организма и доводи до смрти. У медицинској пракси се различите болести препознају на основу патолошких знака или симптома. Болест се потврђује (поставља се дијагноза) и проучава узрок настанка применом дијагностичких метода и поступка. Често се почетак болести не подудара са почетком тегоба, нпр. разне бактеријске инфекције не изазивају одмах патолошке промене. За испољавање болести потребан је одређени период, такозвани „период инкубације“ и то је стања привидног здравља чије је трајање код разних болести тачно одређено. После тога могу се јавити почетни, неспецифични симптоми, а затим се

¹⁴⁵ Локсимовић О., Вујовић, С., “Увод у менаџмент у здравству”, Мегатренд универзитет примењених наука, Београд, 2005. стр.3.

¹⁴⁶ Локсимовић О., Вујовић, С., “Увод у менаџмент у здравству”, Мегатренд универзитет примењених наука, Београд, 2005. стр.3.

испољавају типични, карактеристични знаци и тегобе. Понекад се у току болести развије још и нека друга болест, као пратећа болест или компликација. У току болести се примењују разни поступци лечења који се називају „терапија“, а који често подразумева давање лекова са циљем да се постигне оздрављење или да се продужи пацијентов живот. На основу праћења развоја и тока болести медицински стручњаци дају прогнозу њеног коначног исхода и изгледа за оздрављење. Када је прогноза позитивна, тј. када је излечење пацијента могуће, после побољшања његовог стања наступа стадијум реконвалесценције, а затим долази и до излечења које може бити потпуно или са неким трајним последицама. Када излечење није могуће, крајњи нежељени исход болести је смрт, у таквој ситуацији задатак и циљ здравственог система је да пружањем здравствених услуга што више продужи живот пацијенту и умањујући његове тегобе, омогући да га проведе што квалитетније.

Када би се за објашњење квалитета здравствене услуге користила дефиниција квалитета ISO 9001:2000 "Способност скупа битних карактеристика производа, система или процеса да испуне захтеве корисника и других интересних група", онда би основа за дефинисање квалитета здравствене услуге била пацијент и његови захтеви који произилазе из његових потреба.¹⁴⁷ Узевши у обзир да се минимални захтеви пацијента могу одредити кроз потребу пацијента за добијањем помоћи од здравственог пословног система у одржавању или постизању здравља, онда се може закључити да свака здравствена услуга, да би била квалитетна, мора бити.¹⁴⁸

- Тачна и комплетна - сва здравствена стања пацијента и болести морају бити дијагностиковане тачно и лечене правим терапијама.
- Брза - пацијент не сме чекати на здравствену услугу јер је у већини случајева време пресудно у постизању жељеног резултата тј. исхода
- Безбедна - током дијагностиковања и лечења пацијент не сме бити заражен новим болестима или претрпети повреде

¹⁴⁷ Живаљевић А., "Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система", Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.127.

¹⁴⁸ Живаљевић А., "Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система", Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.127.

- Доступна - добијање здравствене услуге треба да буде једноставно и лако за све пацијенте.

Основни циљ сваког оболелог човека је излечење и жеља да свој организам доведе и одржи у стање здравља. Понекад, међутим, код неких обољења и код одређених здравствених стања, потпуно излечење није могуће, самим тим се и квалитет здравствене услуге не може сагледавати и изједначавати са испуњавањем жеље пацијента која престављају његов примарни захтев. У таквим случајевима, улога здравственог пословног система је да максимално олакша тегобе пацијенту и продужи му живот. Постизање циљева и испуњење улоге здравственог система могуће је само применом исправних метода дијагностиковања и лечења, а у случају када постоје више могућности, избором оних које ће у највећој могућој мери остварити улогу здравствене заштите. На основу тога, неусаглашеном здравственом услугом се може сматрати она услуга којом се не остварује њена улога, услуга која није тачна и комплетна, која није приступачна, брза и безбедна.

У стручној литератури се наводи да неусаглашена здравствена услуга настаје као последица три врсте грешака у здравственим пословним системима, оне имају три назива између којих не постоји јасна диференцијација, а то су: здравствене грешке, медицинске грешке и лекарске грешке. Лекарска грешка или стручна грешка се односи на лечење које је непрофесионално и несавесно када се занемарују професионалне дужности у пружању здравствене заштите од стране медицинског особља. Лекарска грешка је непридржавање или непознавање утврђених правила и професионалних вештина у пружању здравствене заштите, које доводе до нарушавања, погоршања, повреде, губитка или оштећења здравља или делова тела пацијента.¹⁴⁹ Др Rudolf Virchow је први дефинисао појам лекарске грешке као кршење опште признатих правила вештине лечења услед одсуства потребне пажње или опрезности од стране лекара.¹⁵⁰ Према правној теорији, лекарска грешка је непридржавање опште признатих правила медицинске науке или лечење које се

¹⁴⁹ Закон о облигационим односима, "Сл. лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 45/89 - одлука УСЈ и 57/89 и "Сл. лист СРЈ", бр. 31/93

¹⁵⁰ Живаљевић А., "Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система", Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.114.

не обавља *lege artis*. Међутим, понекад се дешава да лекарска интервенција у свакодневној медицинској пракси и када је извршена *lege artis* не доведе до жељеног исхода и то онда не представља лекарску грешку.

Лекарска грешка и медицинска грешка, као термини, се често замењују и поред тога што за разлику од лекарске грешке, која представља не придржавање одређених научно дефинисаних правила у лечењу, медицинска грешка представља погрешне поступке у дијагностиковању и лечењу због недовољних или чак непостојећих сазнања медицинске науке о одређеном стању пацијента. Као пример такве грешке је појава новог вируса који има одређене симптоме неког постојећег, онда би погрешан начин лечења пацијента био медицинска грешка зато што медицинска наука нема сазнања о новом вирусу.

Здравствене грешке су системске грешке и до њих долази због неадекватног функционисања здравствене установе. Може се рећи да ове грешке настају као последица некавалитетних процеса у здравственом пословном систему и некавалитетних средстава за рад. Примера има много: погрешно адресирани резултати анализа, грешке настале због помешаних узорака или неисправних медицинских уређаја...

Диференцијација грешака које проузрокују неусаглашене услуге је изузетно важна за здравствени пословни систем јер пружа могућност корективног деловања, а самим тим и могућност за њихово системско отклањање. Анализом природе наведених грешака долази се до закључка да једино фактор времена може довести до отклањања медицинских грешака, да лекарске грешке могу бити избегнуте обуком лекара и оптималним нормирањем рада, а да се здравствене грешке могу спречити подизањем нивоа квалитета здравствених пословних система.

Узимајући у обзир циљеве пружања и коришћења здравствених услуга Grant је дефинисао квалитет здравствене заштите као потенцијал елемената те заштите за остварење оправданих медицинских и немедицинских циљева болесника и лекара.¹⁵¹ Суштина ове

¹⁵¹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.115.

дефиниције је у томе што наглашава да циљеве заштите одређује пацијент уз помоћ свог лекара, важан предуслов је добра пацијентова информисаност да би могао заједно са лекаром да дели одговорност за одлуке у погледу своје здравствене заштите. Чињеница је, међутим, да већину чине пацијенти који немају довољна медицинска знања и да често нису увек довољно информисани о болестима од којих болују и о методама њиховог лечења. Grant-ова дефиниција квалитета подразумева постојање базе знања или информација, која би била доступна пацијентима и једноставна за коришћење, где би они могли да се информишу на прави начин. Још комплекснију дефиницију квалитетне медицинске заштите даје Ovretveit: „Квалитетна здравствена заштита је потпуно задовољење потреба оних који највише требају здравствене услуге, по најмањем трошку за организацију, а унутар ограничења и смерница које постављају здравствене власти и финансијери“.¹⁵² Наравно, постоје и друге дефиниције квалитетне здравствене заштите са разноразним формулацијама сличних или истих идеја. Истражујући параметре квалитета као основног регулатора рада здравствене службе, Божидар Мићић долази до закључка да се такав однос може изразити следећом формулом: $K = R / D$, K = квалитет, R = резултат рада, D = достигнућа медицинске науке.¹⁵³

Међутим, без обзира на значај задовољства корисника и задовољења њихових захтева, квалитет здравствених услуга се не сме ослонити само на њих. Дешава се да корисници не знају шта им је потребно јер немају довољно медицинског знања па могу захтевати неадекватно лечење или чак штетан третман. Зато, у дефиницији треба увести и потребу професионалног разматрања у којој мери услуга задовољава пацијентове потребе, сагледавајући ниво задовољства кроз могућности постојећих метода дијагностиковања и лечења. У том случају би захтеви потреба корисника били ограничени само на начин пружања услуге, а одабрани метод лечења и дијагностиковања би се одређивао у односу на постојећа медицинска знања. Ни то не би било довољно за пружање квалитетне здравствене услуге, зато што услуга која је задовољила пацијентове и професионалне потребе и циљеве још увек може бити неквалитетна уколико је неефикасна или када проузрокује велике и непотребне трошкове. У том случају дошло би до тога да се ионако

¹⁵² Ovretveit J., “Health Service Quality: An introduction to Quality Methods for Health Services”, Oxford: Blackwell Science Publications, 1995.

¹⁵³ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.172.

ограничени ресурси неоправдано троше на једног пацијента. Долази се до закључка да је квалитетна здравствена услуга она здравствена услуга која задовољава пацијентове и професионалне потребе и циљеве, а при том користи ресурсе на најефикаснији начин. На крају, здравствена услуга не може бити квалитетна уколико не задовољава законске, уговорне, етичке и друге обавезе. На основу тога, неке дефиниције квалитета указују да је квалитетна здравствена заштита понекад резултат супротних захтева различитих заинтересованих страна.

Знајући да се квалитет било ког ентитета објашњава дефинисањем његових критеријума квалитета и квалитет здравствене услуге је неопходно посматрати кроз критеријуме. Водећи рачуна о различитим интересима учесника, који су директно укључени у пружање здравствених услуга, АКАЗ (Агенција за квалитет и акредитацију у здравству) разликује три аспекта њеног сагледавања:¹⁵⁴

1. **квалитет за корисника**: оно што корисници траже од услуге;
2. **професионални квалитет**: лекари и други стручњаци процењују да ли су задовољене потребе пацијента; да ли су услуге технички исправно пружене; и да ли су примењене одговарајуће процедуре с циљем да се задовоље потребе корисника;
3. **квалитет за менаџмент**: медицинска заштита се оцењује у односу на ефикасност, делотворност и продуктивност, унутар задатих ограничења и смерница које су прописали доносиоци политичких и финансијских одлука у здравственом систему.

На основу напред изложеног, може се извести аналогија и закључити да је квалитет за корисника потребни квалитет (PoQ), квалитет за менаџмент је пројектовани квалитет (PrQ), а професионални квалитет је идентичан оствареном квалитету (OQ). Може се уочити да АКАЗ занемарује употребни квалитет (UQ) кога треба да процени пацијент у току процеса примене (употребе) услуге и којим се исказује задовољство услугом. Употребни квалитет подразумева резултат, односно исходе здравствених услуга који се односе на процену степена испуњености задовољавајућих и очаравајућих захтева корисника заједно са проценом степена испуњења разочаравајућих.

¹⁵⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.116.

Да би се дефинисали стандарди квалитета здравствених услуга, АКАЗ је ујединио два аспекта сагледавања квалитета који наизглед испољавају конфликте стандарда због супротстављених циљева заинтересованих страна. Најочљивији од њих су они из домена финансија где пацијент тежи бесплатној здравственој услузи или услузи са што нижим ценама, док здравствени пословни систем, нарочито у приватном власништву, тежи да цена услуге буде што већа да би се остварио што бољи профит. Суштина помирења ових потенцијалних сукоба јесте у малим компромисима који доносе вишеструку добит свим заинтересованим странама, а који се решавају кроз оптимизацију и стандардизацију процеса пословног система пошто је јасно да различите погледе на квалитет треба ставити у динамичку равнотежу. Један од најчешћих конфликта је релација између трошкова и квалитета која се може уочити кроз разлику како пацијенти сагледавају квалитет, а како га сагледава здравствена професија. Због боље информисаности јавности (интернет и др.), све више се анализира раније неприкосновена експертиза лекара, а са друге стране, и раст свести о правима пацијената доприноси порасту броја парницења и тражењу накнаде штете због несавесног лечења. Лекари би могли предузети две различите активности као одговор на такво стање, прва би била дефанзивна медицина у смислу одустајања од приступа фаворизовања пацијента, а резултат тога би био неинформисан пацијент, без знања и права којима би могао да обезбеди жељени ток лечења. Друга активност је анализирање способности и стабилности процеса у здравственим пословним системима и подизање нивоа квалитета уклањањем њихових слабости са циљем да се пацијенти заштите од ризика нежељеног исхода, а тиме би се уједно смањењем и број парница.

Уколико би се занемариле „специфичности” здравствених пословних система и када би се они сагледали кроз законитости које у њима владају, а при томе примененила досадашња сазнања о пословним системима у погледу њиховог функционисања и организовања и затим увели принципи менаџмента квалитетом, реална је могућност да би се брже напредовало у подизању нивоа квалитета целокупног здравственог система.

У покушају да ближе одреде квалитет здравствене услуге, **Maulik S. Joshi** и **Donald Berwick** су идентификовали шест димензија њеног квалитета објашњавајући уједно и начине њиховог праћења:¹⁵⁵

1. **Безбедност** - здравствене услуге морају бити безбедне за пацијента тако да се он осећа сигурно у здравственој установи као у својој кући. Ова димензија се може пратити и мерити преко процента морталитета или повреда пацијената током пружања здравствене услуге.

2. **Ефективност** - наука и чињенице на којима се базира здравствена услуга морају бити примењени и служити као стандард у пружању здравствених услуга. Ова димензија може се пратити преко времена које пацијент проведе у лечењу, проценат добијања декубиталних рана или нових инфекција током лечења.

3. **Ефикасност** - услуге морају бити пружене уз најмање могуће трошкове а губитци морају бити елиминисани из система. Димензија се може пратити путем праћења трошкова лечења по пацијенту.

4. **Време** – пацијент не сме чекати на здравствену услугу нити она сме бити одлагана. Ова димензија може се пратити преко времена које пацијент проведе у чекању на услугу или временског периода за који се услуга одлаже.

5. **Фокусираност на пацијента** – здравствена услуга мора бити усмерена на пацијента и испуњавање његових потреба и очекивања. Ова димензија представља задовољство пацијента пруженом услугом и може се пратити путем оцене задовољства пацијента.

6. **Једнакост** – сви пацијенти морају бити једнако третирани и свима здравствена услуга мора бити једнако доступна. Показатељи једнакости могу се сагледати када се пореде просеци претходних димензија по расама пацијената или националности.

Већина аутора који дефинишу квалитет здравствене услуге наводе критеријуме квалитета о којима се мора водити рачуна да би квалитет био постигнут. Сваки је од аутора навео скуп карактеристика које, у већој или мањој мери, укључују карактеристике других аутора чије су ставове уважили. Због тога постоји мноштво комбинација различитих карактеристика квалитета здравствене услуге, али ако се као основ за дефинисање

¹⁵⁵ Ransom E.R., Joshi M.S., Nash D.B., Ransom S.B., “The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy and Tools”, Health Administration Press, 2008.,pp. 5.

карактеристика узму опште карактеристике услуга, онда би се заједнички именитељ критеријума квалитета здравствене услуге могао сагледати кроз следеће критеријуме.¹⁵⁶

- делотворност (efficiency): однос између резултата (исхода) интервенције/процеса услуживања и употребљених ресурса да би се пружила иста. Из ове релације могуће је закључити да је делотворност већа ако се могу постићи квалитетно исти резултати уз смањивање улагања у ресурсе (снижавање трошкова, скраћивање времена, мање обучених људи по интервенцији). Већу делотворност можемо постићи и обрнутим процесом, да истим ресурсима пружимо квалитетнију интервенцију.
- доступност (accessibility): опсег или степен у којем корисник може правовремено и без препрека (комуникацијских, географских, културних, финансијских) потражити и добити здравствену услугу.
- ефикасност (efficiency): степен у којем интервенција/процес за пацијента, под оптималним условима пружања, показује да су испуњени жељени резултати.
- непрекидност (continuity): континуитет пружања више узастопних здравствених услуга или степен остварења планиране фреквенности пружања здравствених услуга над истим пацијентом.
- правичност (equity): опсег у којем је свим пацијентима услуга била једнако доступна и са једнаким залагањем пружена.
- прихватљивост (acceptability): степен лакоће усвајања нових знања и понашања од стране пацијента као последица пружене здравствене услуге.
- правовременост (timeliness): степен усаглашености између заказаног или планираног времена почетка пружања услуге и оствареног времена почетка пружања услуге.
- прикладност (appropriateness) опсег или степен у којем је пружена интервенција/заштита, према постојећем стању знања, значајна за пацијентове клиничке потребе.

¹⁵⁶ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.120.

- расположивост (availability) опсег или степен у којем је одговарајућа интервенција/процес примењена у време када је затражи пацијент.
- сигурност (safety) опсег или степен у којем је интервенција/процес пружена пацијенту тако да не изазива додатне компликације, повреде или обољења тј. нежељене исходе.
- учинак (effectiveness) опсег или степен у којем је интервенција/процес пружена пацијенту на исправан начин, према постојећем стању знања, с циљем да се постигне жељени резултат. То је степен у којем је добробит која се може постићи већ досегнута или степен у којем служба испуњава сврху ради које је установљена.

Donabedian у разматрању проблематике квалитета здравствене заштите сагледава квалитет здравствене услуге кроз њене три димензије:¹⁵⁷

1. **Структуру** – која у основи укључује карактеристике материјалних и људских ресурса заједно са њиховим организационим карактеристикама,
2. **Процесе** – који стварају здравствене услуге и
3. **Исход** – посматран као резултат пружене здравствене услуге или низа здравствених услуга а који се може дефинисати кроз:
 - Промене здравственог статуса пацијента
 - Промене знања које је пацијент стекао током пружања здравствене услуге које могу утицати на будућу негу
 - Промене у понашању пацијента које могу утицати на његово здравствено стање у будућности
 - Задовољство пацијента пруженом услугом

Чињеница је да због лоше финансијске ситуације државне установе у нашој земљи не награђују адекватно залагање лекара и другог медицинског особља, често имају застарелу опрему, неадаптирани и неусловни простор... што се, донекле, одражава и на љубазност особља, а итекако утиче на одлуку пацијента када тражи лекарску интервенцију у одређеној здравственој установи. Свакако да то није правило, постоји медицинско и друго

¹⁵⁷ Donabedian A., (1978) "The Quality of Medical Care, Science", Vol 200, No.4344, pp. 856 – 864, Reprints 2006., American Association for the Advancement of Science.

особље које свој рад издиже на ниво угледа, без обзира у ком се власничком односу установа налази и какви су услови рада. Очигледно је, ипак, да ће у ривалству активности државних и приватних здравствених установа квалитет имати пресудан значај. У том процесу стандарди ће одиграти значајну улогу, као прописане норме понашања, рада, квалитета и контроле пружене здравствене услуге. Најважнија карактеристика здравствених установа је што се на свим нивоима извршавања здравствене услуге налази пацијент, тј., у свим елементима анализе и извршења здравствене услуге централно место заузимају пацијенти па ће увек и њихови субјективни утисци о пружењој здравственој услузи бити јако важни. Изузетно је важно да здравствена установа располаже јаком кадровском базом да би се задовољили захтеви квалитета, која ће створити установу од поверења у коју ће пацијенти радо долазити. Остваривање стратегије квалитета здравствене установе је процес који подразумева квалитетан учинак и учешће свих запослених.

На квалитет здравствених услуга све више утиче развој електронских комуникација. Постојање Интернета, Интранета, сателита... што омогућава да се са великих даљина могу добити информације о свакој болести, могућем кретању болести када се ради о епидемији и прописаним мерама за њено сузбијање. Израз телемедицина у својој широј дефиницији “може представљати скуп електронских медицинских података широм света уз помоћ слика, звука, живих видео записа и прича пацијената”¹⁵⁸. Телемедицина омогућава доступност медицинских стручњака људима широм света за добијање детаљне информације о свим болестима које угрожавају њихово здравље и човечанство уопште.

2.3.3.2. Квалитет процеса здравственог пословног система

Велики број аутора који проучава проблеме везане за квалитет здравствене заштите посебну пажњу усмерава на процесе пружања здравствених услуга, руководећи се Donabedian-овим димезијама квалитета (структура, процес и исход).

¹⁵⁸ Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005., стр.210.

Donabedian је својом дефиницијом указао да квалитет здравствене услуге зависи од процеса који се користе да би она настала, као и од ресурса који се у тим процесима користе. Другачије речено, уколико процеси нису квалитетни не може постојати ни квалитетна здравствена услуга. Међутим, Donabedian се усредсредео на квалитет специјализованих процеса, а при томе је потпуно занемарио утицај универзалних процеса здравствених пословних система на квалитет специјализованих процеса. Такође, структура се код Donabediana односи на све што снабдева процес и омогућава му да се несметано одвија, што би се могло повезати са системом чији је динамички и неодвојиви део процес.¹⁵⁹ Другим речима, квалитет здравствене услуге директно је одређен и условљен квалитетом процеса здравственог пословног система који, опет, зависи од квалитета целокупног здравственог пословног система.¹⁶⁰

Сви процеси у пословном систему су повезани у систем и при том увек имају троструку улогу, у ланцу добављача, произвођача и купаца, а функционисање једног процеса зависи од свих осталих процеса и утиче на функционисање свих осталих процеса у пословном систему. При проучавању проблема везаних за квалитет здравствене заштите не придаје се велики значај међузависности процеса и управљању квалитетом система универзалних процеса здравствених пословних система, разлог је вероватно што је процентуално учешће универзалних процеса мање у односу на учешће специјализованих процеса у збиру свих процеса здравственог пословног система. Чињеница је да специјализовани процеси не могу оптимално функционисати без адекватне подршке оптимално пројектованих и имплементираних универзалних процеса.

Добар пример тога је квар медицинског уређаја. У најбољем случају, уколико уређај те врсте није једини у здравственом пословном систему, неће сви пацијенти чекати на медицинску услугу, већ само један део пацијената који су заказани за коришћење поковареног уређаја. Када настане таква ситуација, увек се постављају иста питања у здравственим установама, шта ако пацијенти којима уређај треба, због природе болести,

¹⁵⁹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.122.

¹⁶⁰ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.122.

не могу да чекају? Шта се дешава када се уређај поправи, а одједном је нагомилан велики број пацијената? Да ли се сви пацијенти који су заказани наредних дана отказују док се услуга не пружи онима који су чекали да се уређај поправи, или ће се свим пацијентима скратити време коришћења уређаја док се не постигне планирани темпо? Шта год да се од тога примени, квалитет здравствене услуге се деградира и очигледно зависи од процеса који одржававају средстава за рад, а они не спадају у процесе стварања здравствене услуге, нису специјализовани процеси.

Јасно је, да би се омогућио квалитет специјализованих процеса мора да се обезбедити квалитет универзалних процеса, а то значи да сви процеси унутар здравственог пословног система морају бити дефинисани кроз своје базне и функционалне одреднице квалитета. То даље значи, да сви процеси треба да буду дефинисани местом у стаблу процеса (које одређује везе тог процеса са осталим процесима пословног система), затим својим током, улазима и излазима као и одговорностима за вршење процеса и принципима и методама које се користе током функционисања. Изузетно је важно за процесе чији утицај има кључни значај за квалитет услуге, који могу поремећајем функционисања да изазову велике неусаглашености или трошкове, да им се одреде параметри чије измерене вредности недвосмислено доказују њихову успешност, стабилност и поузданост.

Процесе чији извршиоци нису запослени у здравственом пословном систему, а битно утичу на квалитет специјализованих процеса, кључни процеси које пословни систем прибавља из аутсорса, такође, треба да буду дефинисани путем њихових базних и функционалних одредница квалитета јер се једино тако може обезбедити квалитет здравственог пословног система који их користи.

2.3.3.3. Модели унапређења квалитета у здравственом пословном системима

Менаџмент квалитетом здравствених установа развијао се готово независно од развоја теорије менаџмента квалитетом. Donabedian је међу првима поставио основу за процену квалитета здравствене заштите која се користи више од тридесет година, а служи као оквир за истраживање и развој модела квалитета здравствених установа. Док је

Donabedian потенцирао зависност здравственог исхода од структуре и процеса у свом линеарном моделу квалитета здравствених установа, у теорији менаџмента квалитетом су већ увелико били актуелни динамички модели. Ипак, Donabedianов модел се још увек примењује и предлаже као основа за унапређење квалитета, а везе између структуре, процеса и исхода се и даље истражују у научним радовима као да још само у случају здравствених установа није доказано да та веза постоји. Очигледно је да квалитет услуга у здравственим организацијама зависи од квалитета система здравствене установе, при чему се систем односи на Donabedianову структуру и процесе.¹⁶¹

Модел за обезбеђење и унапређење квалитета у здравственој заштити су се развили у четири глобална правца: модели пројектовани на основу специјалистичких медицинских визита, модели за акредитацију здравствених установа, модели Европске фондације за управљање квалитетом (EFQM), и QMS модели засновани на ISO стандардима.¹⁶² Сви ти модели се заснивају на прописима, стандардима и препорукама који служе као смернице за пројектовање конкретног модела за конкретну здравствену организацију.¹⁶³ Дешава се да скоро идентичне здравствене установе примењују структурно различите конкретне моделе, па да и поред тога што су засновани на истом стандарду или пропису, ови конкретни модели дају различите резултате. Без обзира на настојања владе, менаџера квалитета и руководства да се постигне што већа безбедност пацијената пропусти и грешке и даље постоје, у већој или мањој мери. Свакако није од мањег значаја за здравствену установу залагање менаџмента да се применом постојећих знања из менаџмента квалитетом смање трошкови функционисања здравствених установа. Све то указује на реалну потребу за даљим развојем менаџмента квалитетом и модела за унапређење квалитета здравствених установа, којима једино може да се на прави начин утиче на квалитетно и рационално функционисање здравственог система.

¹⁶¹ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.122.

¹⁶² Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.136.

¹⁶³ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.136.

Разлози неуспеха могу се наћи у баријерама имплементацији модела, као и у различитим схватањима смерница и различитим процесима превођења смернице у конкретан модел, који у већини случајева не покрива све елементе система здравствене организације.¹⁶⁴ Чест случај је да владе у земаљама са високо централизованим системима здравствене заштите одреде параметре које све здравствене организације морају да прате и мере, а извештаје подносе телима за контролу квалитета здравственог система, које, такође, одрђује Влада тих земаља. Међутим, осим дефинисаних параметара квалитета ништа се не предузима и мења у структури, процесима и знању запослених у здравственим организацијама по питању менаџмента квалитетом или сагледавању здравствене организације као система. Нереално је очекивати да ће се само на основу мерења задовољства пацијената и параметара квалитета унапредити или обезбедити квалитет здравствене заштите, а да се при том не обезбеди потребна инфраструктура за претварање измерених вредности и добијених података у исправне одлуке, да се не одреде корективне и превентивне мере и оптимизују и оспособе процеси који утичу на квалитет за стварање квалитетних излаза из здравственог пословног система.

Пацијенти, као корисници, су снабдевени информацијама о квалитету или исходима различитих третмана, односно различитих провајдера или специјалиста, међутим, извештаји у којима се могу наћи ове информације пре свега су дизајнирани да пруже подршку инвеститорима у избору планова за побољшање квалитета, а не да пацијенту пруже информације на основу којих би он могао да одлучи где ће се лечити.¹⁶⁵ Због тога здравствене организације са вишим нивоом квалитета не могу очекивати чешће опредељивање пацијената за њихове услуге јер пацијенти немају јасне и разумљиве информације, које ће их усмерити да направе избор базиран на реалним чињеницама, које су важне за њих.

Све што је напред наведено указује на постојање различитих врста проблема у постизању квалитета у здравственим организацијама као и у стицању тржишне предности на основу

¹⁶⁴ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.126.

¹⁶⁵ Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012., стр.137.

постигнутог квалитета, а ти проблеми се могу сврстати у две групе. Прву групу чине проблеми који потичу из процеса трансформације општих стандарда, смерница и прописа у конкретан модел који је намењен конкретној здравственој организацији, када се углавном занемарују не медицински процеси (процеси који се не односе на стварање услуга здравствених организација). Друга група проблема проистиче из процеса извештавања о оствареном квалитету, где огроман број података о параметрима квалитета онемогућава пацијенте да на једноставан начин донесу одлуку о избору здравствене организације. Разноврсни типова података о оствареном квалитету још више компликују упоређивање здравствених организација.

Сам процес трансформација смерница у конкретан модел за унапређење квалитета одређене здравствене установе даје могућност изостављања појединих делова система здравствене организације који утичу на квалитет излаза здравствених организација. Због тога се може закључити да би један од начина за решавање оба проблема могла бити идентификација структуре здравствених установа кроз општи модел за подизање нивоа квалитета здравствених пословних система, којим би били одређени сви и динамички и статички делови здравствених установа који утичу на квалитет њихових излаза, па би такав модел могао представљати и везу између смерница и конкретног модела.

3. МЕНАЏМЕНТ КВАЛИТЕТОМ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Квалитет здравствене заштите представља једну од најзначајнијих карактеристика целокупног система здравствене заштите, државног и приватног сектора. Због тога је стално унапређење квалитета и безбедност пацијената саставни део обавеза свих запослених у здравственом систему. Стално унапређење квалитета би требао бити континуирани процес за постизање веће ефикасности и успешности у раду, али и већег задовољства корисника и здравствених радника.

Стално унапређење квалитета подразумева постојање културе квалитета, где све интересне групе имају свој значај и морају бити укључене, корисници, здравствени радници, инвеститори Јасно је да се раније схватање, по коме су здравствени радници и здравствени сарадници једини одговорни за квалитет пружене здравствене заштите, мора заменити новим којим се придаје потребан значај организацији у целини, као и комплетном процесу рада, а посебно улози менаџмента. Овај приступ усмерен је ка томе да утврди зашто се нешто дешава, а не ко је до тога довео и да открије путеве који могу да превенирају лош квалитет.¹⁶⁶

Активности које су се до недавно односиле на квалитет здравствене заштите су биле оријентисане на проверу квалитета рада и надзору над стручним радом здравствених установа, здравствених радника и здравствених сарадника. У том периоду елементи који су се односили на структуру квалитета (кадар, простор и опрема, стандарди здравствених установа) регулисани су законским и подзаконским актима. За састављање стручно – методолошких упутстава, дијагностичко – терапијских протокола и водича добре праксе, биле су одговорне надлежне здравствене установе и републичке стручне комисије. И тада су неке здравствене установе увиделе неопходност за унапређење свог квалитета и учинка па су примењивале принципе за унапређење квалитета из серије ISO стандарда.

¹⁶⁶ Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената “Службени гласник РС“, бр. 15/2009., стр. 2.

Значајан помак је постигнут тек доношењем стратешки важних докумената Министарства здравља: Здравствена политика, Визија развоја система здравствене заштите и Стратегија реформе здравственог система до 2015. године са акционим планом, који су били представљени и обједињени у публикацији “Боље здравље за све у трећем миленијуму“, 2003. године. У њима је истакнут посебан значај сталног унапређења квалитета здравствене заштите као једног од стратешких циљева. Министарство здравља је донело документ “Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама“ 2004. Године, као концепт за стално унапређење квалитета рада здравствених установа, који је представљао део свакодневних активности здравствених радника и сарадника, али и свих осталих који су запослени у здравственом систему.

Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“ издао је Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета рада, листама чекања, стицању и обнови знања и вештина запослених и задовољству пацијената, као и Методолошко упутство за поступак заказивања прегледа у специјалистичко консултативним службама здравствених установа, која су била усклађена са наведеним Објашњењем.

Новембра 2004. године на територији Републике Србије је први пут организовано и спроведено истраживање задовољства корисника здравственом заштитом (68 обрађених упитника из 135 здравствених установа). Резултати праћења показатеља квалитета рада су приказани на првој Националној конференцији о квалитету јуна 2005. године, а на основу тих резултата проглашени су најбољи домови здравља и најбоље опште болнице у Републици Србији. Апотеке су, такође, учествовале, од самог почетка развоја културе сталног унапређења квалитета здравствене заштите, у развоју показатеља сталног унапређења квалитета и испитивању задовољства корисника. Наредних година испитивано је задовољство корисника и у приватном сектору здравствене заштите, испитивано је задовољство запослених у здравственим установама, а укључене су и друге здравствене установе у праћење показатеља квалитета.

У оквиру пројекта “Развој здравства Србије“ који је финансирала Светска банка, Министарство здравља је 2005. године формирало Јединицу за квалитет која је радила на дефинисању и спровођењу националне политике унапређења квалитета здравствене заштите. У саставу тог пројекта у четири болнице и у шеснаест домова здравља су развијани стандарди за евалуацију квалитета рада, уз помоћ страних експерата. На пројекату су били ангажовани сви запослени у овим организацијама, за стварање таквог окружења у коме се подстиче размена идеја и решавање уочених проблема из области унапређења квалитета. Овим пројектом је била постављена основа за израду Националне стратегије унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, као и за формуисање националног акредитационог програма.

2005. године су усвојени нови системски закони (Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању и Закон о коморама здравствених радника), па су се тиме стекли потребни услови за свеобухватно деловање за унапређење квалитета здравствене заштите. На основу члана 18. става 1. Тачке 11. Закона о здравственој заштити (“Службени гласник РС“ Број 107/05), Република Србија као општи интерес у здравственој заштити обезбеђује праћење и стално унапређење квалитета здравствене заштите и спровођење и контролу квалитета здравствене заштите. Средства за реализацију ових активности обезбеђују се из буџета Републике Србије.¹⁶⁷

Законом је тада први пут уведен концепт унапређења квалитета и показатеља за његово праћење, а уједно је наговештено формирање Агенције за акредитацију здравствених установа и формирање стручних тела и комисија, које ће пратити квалитет рада у здравственој установи и предлагати и спроводити мере за његово унапређење.

Јуна 2007. године Министарство здравља је увело Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, а Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут “ је издао “Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о обавезним показатељима квалитета здравствене заштите”. Поред обавезних показатеља квалитета, тим правилником су одређени и препоручени показатељи квалитета који су

¹⁶⁷ Закона о здравственој заштити, члан 18. став 1. тачка 11., (“Службени гласник РС“ Број 107/05).

осетљивији и оријентисани ка исходима тј. резултатима рада. Први пут су у Републици Србији одређени показатељи безбедности пацијената, а уведена је и обавеза извештавања о нежељеним догађајима у здравственим установама, са циљем праћења и унапређења безбедности пацијената. На основу Закона о здравственој заштити, Влада републике Србије је 2008. године основала Агенцију за акредитацију здравствених установа Републике Србије, а 2009. године издала задњу верзију Стратегије за унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента.

“Квалитет је посао свих”, представља слоган којим се потенцира да обавеза сталног унапређења квалитета није само обавеза здравствених радника и здравствених сарадника, посебних комисија, односно здравствених установа, институција и др., већ представља основу за свеукупно пружање здравствене заштите корисницима тј. пацијентима. Да би квалитет био прихваћен као део свакодневног приступа при пружању здравствених услуга, потребно је одредити конкретне и јасне одговорности за спровођење иницијативе и активности на унапређењу квалитета и постизању датих циљева.

Законом о здравственој заштити прописано је да је одговорност за креирање политике унапређења квалитета здравствене заштите у надлежности Здравственог савета Србије, Министарства здравља и осталих релевантних чинилаца као што су:¹⁶⁸

- Етички одбор Србије;
- Републички завод за здравствено осигурање (РЗЗО);
- Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“;
- Агенција за акредитацију здравствених установа Србије;
- Комисија за процену здравствених технологија;
- Републичке стручне комисије;
- Коморе здравствених радника;
- Комора здравствених установа.

¹⁶⁸ Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената (“Службени гласник РС“, бр. 15/2009), стр. 15.

У здравственим установама стручни органи органи који учествују у сталном унапређењу квалитета су:¹⁶⁹

- Стручни савет;
- Стручни колегијум;
- Етички одбор;
- Комисија за унапређење квалитета рада.

За праћење спровођења ове Стратегије је задужен Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“ заједно са мрежом института и завода за јавно здравље и референтним установама за поједине области здравствене делатности, тј. гране медицине.¹⁷⁰ Републичка стручна комисија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената је задужена за координацију ових активности.

Евалуација Стратегије спроводи се на основу показатеља који су дефинисани у Акционом плану за њено спровођење, а спроводи се периодично. Годишње извештавање је обавезно и садржи анализу резултата спроведених активности на сталном унапређењу квалитета и безбедности пацијената. Годишњи извештај доставља Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“ Министарству здравља и Републичком заводу за здравствено осигурање.

Према Закону о јавном здрављу, делатности у спровођењу јавног здравља у области здравственог менаџмента, квалитета и ефикасности здравственог система обухватају:¹⁷¹

- 1) праћење, унапређивање и промоцију показатеља квалитета и учинка рада здравствених установа, у циљу достизања највише приступачности, доступности и квалитета здравствене заштите, у складу са законом;
- 2) унапређивање здравственог менаџмента и стручних знања неопходних за спровођење здравствене делатности и спровођење јавног здравља, како би се задовољиле потребе

¹⁶⁹ Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената (“Службени гласник РС“, бр. 15/2009), стр. 16.

¹⁷⁰ Закона о здравственој заштити (“Службени гласник РС“, Број 107/05),

¹⁷¹ Закон о јавном здрављу (“Службени гласник РС“, Број 72/2009) од 03. 09. 2009.

корисника за превенцијом и лечењем, на безбедан, делотворан, економичан и ефикасан начин;

3) идентификацију, анализирање и предлагање мера за спречавање последица нежељених догађаја, с циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризици по здравље становништва сведу на најмањи ниво.

3.1. Организација здравственог система Републике Србије са освртом на постојеће моделе власничке структуре установа

У Републици Србији, на основу одредби Закона о здравственој заштити могу се основати здравствене установе у државном власништву, као што су: домови здравља, апотеке, болнице (опште и специјалне), заводи, заводи за јавно здравље, клинике, институти, клиничко – болнички центари, клинички центари. Здравствене установе у државној својини, као што је раније поменуто, оснивају се у складу са Планом мреже здравствених установа, који доноси Влада. Планом мреже дефинише се број, структура, капацитети као и просторни распоред здравствених установа и њихових организационих јединица по нивоима здравствене заштите, организује се служба хитне медицинске помоћи, а решавају се и друга питања која су везана за организацију здравствене заштите у Републици Србији.

Здравствене установе у државној својини, а на основу члана 48. Закона о здравственој заштити, у зависности од врста, оснивају Република или аутономна покрајина, град или општина.

Здравствене установе из става 1. овог члана оснивају, и то:¹⁷²

1. Дом здравља и апотеку – оснива општина, односно град
2. Завод на примарном нивоу обављања здравствене делатности и клиничко – болничко центар – оснива град
3. Општу болницу, специјалну болницу, клинику, институт и клинички центар – оснива Република, а на територији аутономне покрајине – аутономна покрајина

¹⁷² Закон о здравственој заштити, члан 48. Став 1., (“Службени гласник РС“ . Број 106/15), стр. 21.

4. Здравствене установе које обављају делатност на више нивоа здравствене заштите, и то: завод за јавно здравље, завод за трансфузију крви, завод за медицину рада, завод за судску медицину, завод за вирусологију, вакцине и серуме, завод за антирабичну заштиту, завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију и завод за дезинфекцију, дезинсекцију и дератизацију – оснивају се у складу са овим законом.

Здравствене установе које обављају хитну медицинску помоћ, снабдевање крвљу и крвним дериватима, узимање, чување и пресађивање органа и делова људског тела, производњу серума и вакцина и патоанатомско – обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља, оснивају се искључиво у државној својини.¹⁷³

Према одредбама Закона о здравственој заштити могу се основати и здравствене установе у приватном власништву, као што су: лекарска или стоматолошка ординација (општа и специјалистичка), поликлиника, диспанзер, здравствени кабинет, здравствена станица, здравствено саветовалиште, апотека, лабораторија (за медицинску, односно клиничку биохемију, микробиологију, патохистологију), амбуланта за здравствену негу и рехабилитацију, лабораторија за зубну технику, болница. Приватну праксу може основати незапослени здравствени радник који има положени стручни испит или здравствени радник који користи старосну пензију, али уз сагласност коморе здравствених радника.

Приватну праксу у виду амбуланта за здравствену негу и рехабилитацију као и лабораторију за зубну технику, у складу са прописима овог закона, може основати здравствени радник који има завршену одговарајућу вишу или средњу школску спрему здравствене струке. Приватну општу или специјалистичку ординацију лекара или стоматолога, према овом закону, може основати радник са завршеном високом стручном спремом здравствене струке и у том случају он самостално обавља делатност као предузетник, а више здравствених радника са високом школском спремом здравствене струке могу основати поликлинику.

¹⁷³ Закон о здравственој заштити, члан 48. Став 1., (“Службени гласник РС“ Број 106/15), стр. 21.

На основу прописа Закона о здравственој заштити, приватна пракса не може обављати здравствену делатност из области хитне медицинске помоћи, снабдевања крвљу и крвним дериватима, узимања, чувања и пресађивања органа и делова људског тела, производње серума и вакцина и патоанатомску – обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља.¹⁷⁴

Приватна пракса дужна је да:¹⁷⁵

1. Пружи хитну медицинску помоћ свим грађанима
2. Учествује на позив надлежног државног органа у раду на спречавању и сузбијању заразних болести, као и на заштити и спасавању становништва у случају елементарних и других већих непогода и ванредних прилика
3. Врши сталну проверу квалитета свог стручног рада у складу са законом
4. Истакне распоред радног времена и придржава се тог распореда
5. Истакне ценовник здравствених услуга и изда рачун за пружене здравствене услуге
6. Редовно доставља надлежном заводу, односно институту за јавно здравље медицинско – статистичке извештаје и другу евиденцију у области здравства, у складу са законом
7. Организује, односно обезбеђује мере за одлагање, односно уништавање медицинског отпада, у складу са законом.

На рад приватне праксе примењују се и неки прописи којима је уређена област приватног предузетништва када Законом о здравственој заштити рад приватне праксе није другачије уређен.

¹⁷⁴ Закон о здравственој заштити (“Службени гласник РС”. Број 106/15), стр. 21.

¹⁷⁵ Закон о здравственој заштити, члан 62., (“Службени гласник РС”. Број 106/15), стр. 27.

3.2. Постојећи законски оквир са аспекта менаџмента квалитетом здравствених установа Републике Србије

Министарство здравља, поред осталих одговорности везаних за здравство, има одговорност да одреди неопходну стручну основу за постизање квалитетне здравствене заштите у сарадњи са еминентним институцијама, струковним коморама и удружењима, а законска регулатива треба да осигура задовољавајући ниво квалитета контролом квалитета здравствених услуга и процеса и јачањем механизма унутрашњег и спољног надзора. Као што је раније речено тек су се усвајањем нових системских закона 2005. године (Закон о здравственој заштити, Закон о коморама здравствених радника, Законом о здравственом осигурању) створили потребни услови за деловање на унапређењу квалитета здравствене заштите.

Први национални Закон о здравственој заштити који разрађује питање квалитета здравствене заштите, проверу квалитета стручног рада и акредитацију је Закон о здравственој заштити, (“Службени гласник РС“. Број 107/2005 и 72/2009), а прелазним одредбама овог закона је био уређен период до почетка рада Агенције за акредитацију.

У актуелној верзији се, кроз цео Закон о здравственој заштити, потенцира значај квалитета, дефинише се квалитет здравствене заштите, одређују начини процене квалитета на основу показатеља квалитета, одређују поступци процене квалитета, као и поступци унутрашње и спољашње провере квалитета. У члану 1. Закона стоји да се “Овим законом уређује систем здравствене заштите, организација здравствене службе, друштвена брига за здравље становништва, општи интерес у здравственој заштити, права и обавезе пацијената, здравствена заштита странаца, оснивање Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, надзор над спровођењем овог закона, као и друга питања од значаја за организацију и спровођење здравствене заштите.”¹⁷⁶

¹⁷⁶ Закон о здравственој заштити, члан 1., (“Службени гласник РС“. Број 106/15), стр. 1.

У Закону о здравственој заштити се истиче да Република као општи интерес у здравственој заштити издваја и обезбеђује:¹⁷⁷

- праћење и стално унапређење квалитета здравствене заштите и спровођење и контролу квалитета здравствене заштите
- организовање и спровођење провере квалитета стручног рада
- ванредну контролу лекова, као и контролу случајних узорака лекова који се употребљавају у хуманој медицини, по програму министарства надлежног за послове здравља (у даљем тексту Министарство).

У склопу начела здравствене заштите је дато и начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите које гласи: “начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите остварује се мерама и активностима којима се у складу са савременим достигнућима медицинске науке и праксе повећавају могућности повољног исхода и смањивања ризика и дргих нежељених последица по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у целини”¹⁷⁸

Даље се у Закону наглашава да је један од задатака Стручног савета здравствене установе да “прати и организује спровођење унутрашње провере квалитета стручног рада у здравственој установи”¹⁷⁹.

Члан 149. овог закона се односи на Комисију за унапређење квалитета рада и објашњава да је:¹⁸⁰

- Комисија за унапређење квалитета рада стручно тело које се стара о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите која се спроводи у здравственој установи.
- Комисија за унапређење квалитета рада доноси годишњи програм провере квалитета стручног рада у здравственој установи.

¹⁷⁷ Закон о здравственој заштити, члан 18., тачка 11., 12. И 13 (“Службени гласник РС“. Број 106/15), стр. 9.

¹⁷⁸ Закон о здравственој заштити, члан 23., (“Службени гласник РС“. Број 106/15), стр. 11.

¹⁷⁹ Закон о здравственој заштити, члан 145., (“Службени гласник РС“. Број 106/15), стр. 63.

¹⁸⁰ Закон о здравственој заштити, члан 149., (“Службени гласник РС“. Број 106/15), стр. 64.

- Број чланова, састав и начин рада комисије за унапређење квалитета рада уређује се статутом здравствене установе.

Надлежност Здравственог савета је да на нивоу Републике ”врши поступак процене квалитета програма континуиране едукације здравствених радника и сарадника, у складу са чланом 187. став 3. овог закона“¹⁸¹

На крају је цело једно поглавље Закона о здравственој заштити посвећено квалитету здравствене заштите и провери квалитета стручног рада. У члану 203. Овог закона се каже:¹⁸²

- Под квалитетом здравствене заштите, у смислу овог закона, подразумевају се мере и активности којима се, у складу са савременим достигнућима медицине, стоматолошке и фармацеутске науке и праксе, као и савременим достигнућима науке и праксе која доприноси вишем нивоу квалитета здравствених услуга које пружају здравствени сарадници, повећавају могућности повољног исхода и смањује ризик настанка нежењених последица по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у целини
- Квалитет здравствене заштите из става 1. овог члана процењује се на основу одговарајућих показатеља који се односе на обезбеђеност становништва здравственим радницима, капацитет здравствених установа, опрему, односно који се односе на показатеље процеса и резултата рада и исхода по здравље становништва, као и на основу дргих показатеља на основу којих се процењује квалитет здравствене заштите.
- Показатеље квалитета здравствене заштите из става 2. овог члана прописује министар.
- Квалитет здравствене заштите процењује се у поступку провере стручног рада, у складу са овим законом.

¹⁸¹ Закон о здравственој заштити, члан 154., (“Службени гласник РС“ Број 106/15), стр. 66.

¹⁸² Закон о здравственој заштити, члан 203., (“Службени гласник РС“ Број 106/15), стр. 84.

Према члану 204. овог Закона провера квалитета стручног рада подразумева поступак провере стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника, а врши се као унутрашња и спољашња провера квалитета стручног рада. Унутрашња провера квалитета се спроводи у свакој здравственој установи и приватној пракси и подразумева проверу рада здравствених радника и здравствених сарадника. Врши се на основу годишњег програма провере квалитета стручног рада, кога одређује комисија за унапређење стручног рада здравствене установе. У приватној пракси, унутрашња провера квалитета се спроводи на основу годишњег програма провере квалитета стручног рада, кога утврђује оснивач приватне праксе.

Спољна провера квалитета стручног рада може бити редовна или ванредна. Редовну проверу организује и спроводи Министарство у складу са годишњим планом провере, кога доноси министар, а ванредну проверу спроводи Министарство на захтев грађана или установе, привредног друштва, организације здравственог осигурања или државног органа. Државне здравствене установе и приватна пракса, здравствени радници и здравствени сарадници су дужни да сарађују са стручним надзорницима, као да им пруже увид у документацију, која је неопходна за спровођење редовне или ванредне спољне провере квалитета стручног рада. Надзорнике предлаже министру надлежна комора у виду листе надзорника, а они представљају истакнуте стручњака у својој области здравствене заштите.

У Закону о јавном здрављу се, такође, истиче значај квалитета “квалитет здравствене заштите јесте организација ресурса на најделотворнији начин, како би се задовољиле потребе корисника за превенцијом и лечењем, на безбедан начин, без непотребних губитака и на високом нивоу њихових захтева”.¹⁸³

У истом закону се каже да делатности у спровођењу јавног здравља у области здравственог менаџмента, квалитета и ефикасности обухватају “праћење, унапређивање

¹⁸³ Закон о јавном здрављу, члан 2., тачка 14., (“Службени гласник РС”. Број 72/2009) од 03. 09. 2009.

показатеља квалитета и учинка рада здравствених установа, у циљу достигања највише приступачности, доступности и квалитета здравствене заштите”.¹⁸⁴

На основу члана 45. став 1. Закона о Влади (“Службени гласник РС”, бр. 55/05, 75/05 – исправка, 101/07 и 65/08), Влада је донела Стратегију за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената са мисијом, визијом и јасним стратешким цињевима сталног унапређења квалитета, са принципима и начелима унапређења квалитета здравствене заштите, а на основу међународних искустава и препорука. Наглашено је да је одговорност за креирање политике унапређења квалитета према Закону о здравственој заштити у надлежности Здравственог савета Србије, Министарства здравља и осталих тела као што су: Етички одбор Србије, Републички завод за здравствено осигуеање, Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић - Батут“, Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Комисија за процену здравствених технологија, Републичке стручне комисије, Коморе здравствених радника и Комора здравствених установа.

На основу члана 45. став 1. Закона о Влади (“Службени гласник РС”, бр. 55/05, 75/05 – исправка, 101/07 и 65/08), Влада је донела и Стратегију јавног здравља Републике Србије у којој је, поред осталих функција јавног здравља, одређено да се “стратешки правци јавног здравља, поред фокуса на промоцију здравља, усмеравају и на организацију са менаџментом, стално унапређење квалитета и мерење исхода свих активности у вези са очувањем и унапређењем здравља становништва, као и на функционисање друштвених система повезаних са здрављем”. Једна од мера за унапређење успешности система за рано откривање и контролу епидемија је, према овој стратегији, акредитација лабораторија и дефинисање референтне лабораторије.

Поред горе наведених стратегија које су у вези са подизањем нивоа квалитета здравствене заштите у републици Србији, познате су и стратегија за обезбеђење адекватне количине и

¹⁸⁴ Закон о јавном здрављу, члан 13., тачка 1., (“Службени гласник РС“ Број 72/2009) од 03. 09. 2009.

компонената крви, Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести, Стратегија развоја здравља младих људи и Стратегија развоја заштите менталног здравља.

У Закону о коморама здравствених радника се истиче да се коморе оснивају да би се “унапредили услови за обављање професије доктора медицине, доктора стоматологије, дипломираних фармацеута, дипломираних фармацеута медицинске биохемије и доктора медицине специјалиста клиничке биохемије, медицинских сестара и здравствених техничара, да би се заштитили њихови професионални интереси организованог учешћа на унапређивању и спровођењу здравствене заштите и заштите интереса грађана у остваривању права на здравствену заштиту”.¹⁸⁵ Члан 8. тачка 4. овог закона се односи на послове коморе, где се каже да комора “предлаже листу надзорника за редовну и ванредну спољну проверу квалитета стручног рада, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и да коморе на основу предложених мера надзорника и предлога министра могу изрећи дисциплинску меру или одузети лиценцу за самосталан рад здравственом раднику”.¹⁸⁶

Законом о здравственом осигурању “уређују се права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана, обухваћених обавезним здравственим осигурањем, организација и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања”.¹⁸⁷ Једно од начела овог закона је начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања и оно гласи: “Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања остварује се праћењем савремених достигнућа у области обавезног здравственог осигурања и спровођењем мера и активности којима се у складу са развојем система здравственог осигурања повећавају могућности повољнијег остваривања права из обавезног здравственог осигурања за свако осигурано лице”.¹⁸⁸

¹⁸⁵ Закон о коморама здравствених радника, члан 2., (“Службени гласник РС”, бр. 107/2005 и 99/2010)

¹⁸⁶ Закон о коморама здравствених радника, члан 8. тачка 4., (“Службени гласник РС”, бр. 107/2005 и 99/2010)

¹⁸⁷ Закон о здравственом осигурању, члан 1., (“Службени гласник РС”, бр. 107/2005, 109/2005- испр., 57/2011, 110/2012- одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014- одлука УС, 106/2015 и 10/2016- др.)

¹⁸⁸ Закон о здравственом осигурању, члан 14., (“Службени гласник РС”, бр. 107/2005, 109/2005- испр., 57/2011, 110/2012- одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014- одлука УС, 106/2015 и 10/2016- др.)

Члан 177, став 4. овог закона уређује да се уговором између РЗЗО и давалаца здравствених услуга регулишу, између осталог, и мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима, а члан 178. уређује да у закључивању уговора са матичном филијалом, односно Републичким заводом, предност имају оне здравствене установе које су у поступку акредитације добиле сертификат о квалитету.¹⁸⁹

3.3. Стандарди за акредитацију здравствених установа Републике Србије

Као што је већ више пута речено у Закону о здравственој заштити дат је нови концепт унапређења квалитета здравствене заштите, одређени су показатељи за његово праћење, а формирана су и професионална тела и комисије које треба да прате квалитет рада у здравственим установама и да предлажу и спроводе мере за његово унапређење. На основу овог закона, Влада Републике Србије је у Октобру 2008. године основала и Агенцију за акредитацију здравствених установа Србије (АЗУС). Агенција за акредитацију је почела са радом у Јулу 2009. године, а Стратешки план те агенције је заједно са Пословним планом усвојен тек у Децембру 2011. године, после дугих консултација са међународним и домаћим стручњацима. Међу надлежностима Агенције, на првом месту је утврђивање стандарда за акредитацију здравствених установа и процена квалитета пружене здравствене заштите становништву.

Основа за акредитацију, као поступка за оцењивање квалитета рада здравствене установе, на основу примене утврђених стандарда рада здравствене установе у одређеној области здравствене заштите, тј. грани медицине, су стандарди за акредитацију, који су разрађени и прилагођени од стране здравствених професионалаца. Стандард је жељени ниво учинка који се може постићи и са којим се може поредити постојећи ниво учинка.¹⁹⁰ Дакле, акредитација се заснива на стандардима који се могу достићи одређеним активностима, а које су, опет, дефинисане критеријумима па се зато и сваки стандард састоји из одређеног броја критеријума. Према томе, критеријуми представљају активности (кораци) које се

¹⁸⁹ Закон о здравственом осигурању, члан 177. и члан 178., (“Службени гласник РС“, бр. 107/2005, 109/2005-испр., 57/2011, 110/2012- одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014- одлука УС, 106/2015 и 10/2016-др.)

¹⁹⁰ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

морају предузети да би се испунио стандард. Стандарди за акредитацију здравствених установа подразумевају оптималне стандарде квалитета и безбедности којима се утиче на унапређење квалитета пружања здравствене заштите у оквиру здравствених установа Србије.

Министарство здравља и Светска банка су кроз заједнички Пројекат “Развој здравства Србије” одредиле стандарде за акредитацију здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите. Кроз тај пројекат одређени су стандарди за домове здравља и болнице, само за поједина поглавља, а дефинисан је и процес за процену усаглашености стандарда у здравственим установама Србије.

За здравствене установе на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите формиран су следећи стандарди: лечење пацијента-опште одредбе, операциона сала, интензивна нега, ургентни центар, животна средина, људски ресурси, управљање информацијама, руковођење и стандарди управљања.¹⁹¹ Стандарди за здравствене установе на примарном нивоу здравствене заштите покривају области рада службе за: здравствену заштиту одраслог становништва (општа медицина), жена (гинекологија), деце и омладине (педијатрија), специјалистичко консултативне службе, поливалентне патронаже.¹⁹²

Стандарди: животна средина, људски ресурси, управљање информацијама, руковођење и стандарди управљања су исти за све нивое здравствене заштите.

Формирање стандарда засновано је на међународним искуствима, при томе су се имале у виду основне карактеристике које стандарди за акредитацију морају да задовоље: да су јасно дефинисани, објективни, мерљиви и засновани на доказима, ако је могуће, да се односе на структуру, процес и исход, као и да се регуларно ревидирају у складу са

¹⁹¹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

¹⁹² Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

најновијим искуствима и достигнућима.¹⁹³

При изради стандарда коришћене су смернице Међународне асоцијације за квалитет у области здравствене заштите које је одредио ИАП (Интернационални акредитациони програм). Он дефинише шест интернационалних принципа за израду стандарда који се односе на: начин презентације њиховог садржаја, јасноћу дефиниције, јасноћу делокруга стандарда, свеобухватну и јасну структуру, формулисање засновано на добро дефинисаном процесу и добру подложност мерењу квалитета реализације.¹⁹⁴

Стандарди, процес самооцењивања и спољашњег оцењивања најпре су тестирани у четири болнице и шеснаест домова здравља. Даљи развој стандарда је настављен у Агенцији за акредитацију здравствених установа док нису испунили услове за примену у здравственим установама Републике Србије, а касније су и ревидирани уз помоћ међународног консултанта. Стандарди за акредитацију примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите су прилагођени ISQua (Међународна асоцијације за квалитет у области здравствене заштите) принципима за израду стандарда за акредитацију здравствених установа, а такође и здравственом систему Србије.

ISQua принципи за израду стандарда:¹⁹⁵

1. Принцип: **Унапређење квалитета** – Стандарди су креирани да би подстакли организације за здравствену заштиту на побољшање квалитета и учинка, како у оквиру својих организација тако и на нивоу ширег система здравствене заштите.

- Дефинисана је мисија, вредности, етика, стратешки циљеви
- Дефинисане су одговорности за унапређење квалитета
- Дефинисане су одговорности за руковођење и управљање
- Информисање јавности о услугама и квалитету

¹⁹³ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

¹⁹⁴ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

¹⁹⁵ Манић С., “ISQua принципи за израду стандарда”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

- Кључне политике, процедуре
- Систем унапређења квалитета
- Кључни индикатори/мерења
- Евалуација података, анализе, коришћење истих за унапређење
- Интеграција закона и здравствене политике

2. Принцип: **Фокус на пацијента** – корисника услуга. Стандарди су креирани са фокусом на пацијента/корисника услуге и подразумевају континуирану бригу и пружање услуга пацијенту/кориснику услуга.

- Права пацијената/корисника услуга
- Систем жалби и приговора
- Укључивање пацијента/корисника услуге у процес пружања неге/услуге
- Културолошка и спиритуална сензибилност
- Приступ услугама
- Процењивање пацијента/корисника услуге
- Планирање неге/пружања услуга пацијенту/кориснику услуга
- Процес надгледања, ревидирање планова неге/пружања услуга
- Планирање завршетка пружања услуга

3. Принцип: **Организационо планирање и учинак** – Стандарди процењују капацитет и ефикасност здравствене установе за здравствену заштиту

- Планирање особља
- Усмерење, вештине и искуство
- Акредитацију, дефинисани оквир деловања
- Процена учинка/компетенција, непрекидна едукација
- Праћење стандарда и смерница базираних на доказима
- Укључивање пацијената/корисника услуга и особља у планирање
- Мерење идентификованих жељених резултата
- Планирање услуга у складу са стратешким смером
- Координирано планирање активности и развоја

- Ефикасно коришћење процењених ресурса, планова и буџета

4. Принцип: **Безбедност** – Стандарди укључују мере за заштиту и унапређење безбедности пацијента/корисника услуге, особља и посетиоца установе.

- Планирано управљање ризиком
- Надгледање плана управљања ризиком
- Систем извештавања/испитивања инцидената/нежељених догађаја
- Заштита здравља и сигурности особља
- Обучавање особља за рад са опремом
- Сигурност зграде и опреме
- Процена клиничког ризика
- Програм контроле инфекције
- Питања сигурности пацијента/области приоритетне заштите
- Медицинска документација пацијената/корисника услуга

5. Принцип: **Развој стандарда** – Стандарди се планирају, формулишу и процењују путем дефинисаних и ригорозних процеса.

- Дефинисање потреба за новим стандардима, приоритети
- Разматрање односа са другим стандардима
- План развоја стандарда
- Стандарди базирани на истраживању, смерницама, техничким информацијама
- Укључивање заинтересованих страна у процес развоја
- Јасан опсег и сврха стандарда
- Јасан правилник о стандардима
- Јасне формулације стандарда
- Тестирање/испробавање стандарда
- Одобрење стандарда од стране надлежног тела за доношење стандарда
- Информисање и едукација корисника и проценитеља
- Временске одреднице и прелазне одредбе за имплементацију
- Задовољство примењеним стандардима,

6. Принцип: **Мерење стандарда** – Стандарди омогућавају доследно и транспарентно оцењивање и мерење постигнућа.

- Транспарентан систем оцењивања стандарда и критеријума
- Смернице корисницима за доследно оцењивање
- Дефинисана методологија за мерење укупног постигнућа
- Задовољство корисника процењеним системом оцењивања

У Новембру 2010 године, уз подршку пројекта Министарства здравља и Европске уније „Подршка Агенцији за акредитацију здравствених установа Србије“, стандарди за акредитацију здравствених установа су поново, по други пут, тестирани у девет здравствених установа у државној и приватној својини (3 болнице, 3 дома здравља, 1 завод за лабораторијску дијагностику и 2 апотеке).

Стандарди су усвојени на седници Управног одбора Агенције 5. јануара 2011. године, а сагласност за њихову примену од стране Владе је добијена на седници Владе 24. Марта 2011. године. Решење о давању сагласности на одлуку о утврђивању стандарда за акредитацију здравствених установа је објављено у „Службеном гласнику РС“, број 28/11.¹⁹⁶

3.3.1. Акредитација и компоненте акредитације

Прве процене ефикасности лечења, на основу крајњег резултата, потичу из 1910. године када је др Ернест Кодман предложио стандардизацију исхода болничког лечења да би се у будућности у сличним ситуацијама применио успешан третман. Амерички Колеџ за хирургију основан је 1913. године, а већ 1917. је установљен минимум стандарда за болнице. 1951. године Амерички Колеџ за лекаре и Америчко Удружење болница се придружују Америчком Колеџу за хирурге и основају Удружену комисију за акредитацију болница. У каснијем периоду у свету се све више придаје значај стандардизацији квалитета лечења, а резултат тога је био настанак разних асоцијација

¹⁹⁶ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

које су се бавиле тим питањима.

Међународно удружење за обезбеђење квалитета (ISQua) је основано у Аустралији 1995. Године. ISQua је независна организација која обухвата више од 70 земаља. Њене активности се састоје од пружања услуга здравственим радницима, агенцијама, истраживачима, креаторима здравствене политике и корисницима услуга чији је циљ постизање изврности у пружању лечења свим људима, као и стално унапређење квалитета и безбедности лечења. Циљ овог удружења је да се преко сарадње, едукација, истраживања, ширења и промовисања знања заснованог на доказима стално унапређује квалитет и безбедности у области здравствене заштите у целом свету.

За организације попут Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, које се баве спољашњим оцењивањем и успостављањем акредитационих стандарда, од изузетног значаја је што ISQua врши оцену стандарда у смислу провере испуњености услова најбоље међународне праксе јер се на тај начин сигурно обезбеђује сврсисходно спровођење поступка акредитације.

Закон о Здравственој заштити дефинише акредитацију као “Под акредитацијом се подразумева поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада здравствене установе у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине”.¹⁹⁷ Акредитацију здравствених установа врши Агенција за акредитацију здравствених установа, а “Правилником о акредитацији здравствених установа” одређени су начин, поступак и услови за акредитацију. Акредитацију стиче она здравствена установа за коју Агенција утврди да испуњава утврђене стандарде за одређену област здравствене заштите, односно грану медицине. Акредитација је добровољна. Акредитацијом здравствене установе показују своју орјентисаност ка сталном унапређењу квалитета, обезбеђују сигурну радну средину која смањује ризике за пацијенте, али и за пружаоце услуга и ствара једнаке или бар приближно једнаке услове за пружање здравствених услуга у целом здравственом систему. Такође, акредитација представља ефикасно средство за континуирано праћење рада здравствене установе као и за унапређење рада менаџмента. Акредитација помаже

¹⁹⁷ Закон о здравственој заштити, члан 213., (“Службени гласник РС“. Број 106/15), стр. 87.

здравственим установама да реално анализирају и уоче сопствене предности и могућности напретка, а поред тога, да боље схвате циљеве и сложеност свог рада. Захваљујући томе установе могу да креирају краткорочне и дугорочне планове за побољшање резултата рада и да користе расположиве ресурсе на најефикаснији начин. Акредитација подразумева оцењивање нивоа усклађености рада у односу на постављене стандарде од стране саме здравствене установе и од стране тима спољашњих оцењивача. Акредитациони процес је осмишљен тако да обезбеди основу која ће омогућити здравственим установама да уоче, дефинишу и имплементирају потребне промене и поставе приоритете за континуирано унапређење квалитета својих услуга.

Сталним унапређењем квалитета се смањују:¹⁹⁸

- неуједначен квалитет здравствених услуга;
- неприхватљив ниво варирања у исходима по здравље лечених пацијената;
- неефикасно коришћење здравствених технологија;
- време чекања на медицинске процедуре и интервенције;
- незадовољство корисника пруженим здравственим услугама;
- незадовољство запослених у систему здравствене заштите;
- трошкови који настају због лошег квалитета.

Компоненте акредитације су:¹⁹⁹

- стандарди,
- процес акредитације и
- додељивање сертификата о акредитацији.

¹⁹⁸ Манић С., “Шта је акредитација?”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

¹⁹⁹ Манић С., “ Шта је акредитација? ”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.



Слика 14: Циклус процеса акредитације²⁰⁰

Процес акредитације здравствених установа је процес континуираног учења. У оквиру тог процеса установа – кандидат пролази кроз следеће фазе:²⁰¹

- Пријава за акредитацију
- Припрема за акредитацију
- Самооцењивање
- Спољашње оцењивање (процена од стране спољашњих оцењивача)
- Додељивање акредитацијског статуса
- Континуирана провера

3.3.2. Процедура додељивања сертификата о акредитацији

Процес акредитације у здравственим установама се организује и спроводи на захтев саме здравствене установе. Поред захтева за стицање акредитације здравствена установа доставља Агенцији потребну документацију и уговор којим се регулишу права и обавезе здравствене установе и Агенције. Агенција одмах по пријему захтева и документације, у периоду од 15 дана, шаље здравственој установи обавештење о висини укупних трошкова акредитације. Процес акредитације започиње потписивањем уговора о акредитацији, што

²⁰⁰ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

²⁰¹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

пored осталих обавеза, обавезује Агенцију да обезбеди установи стандарде за акредитацију.

Поступак акредитације се састоји од:²⁰²

- 1) самооцењивања (самопроцене);
- 2) спољашњег оцењивања (спољашње процене);
- 3) стицање акредитације.

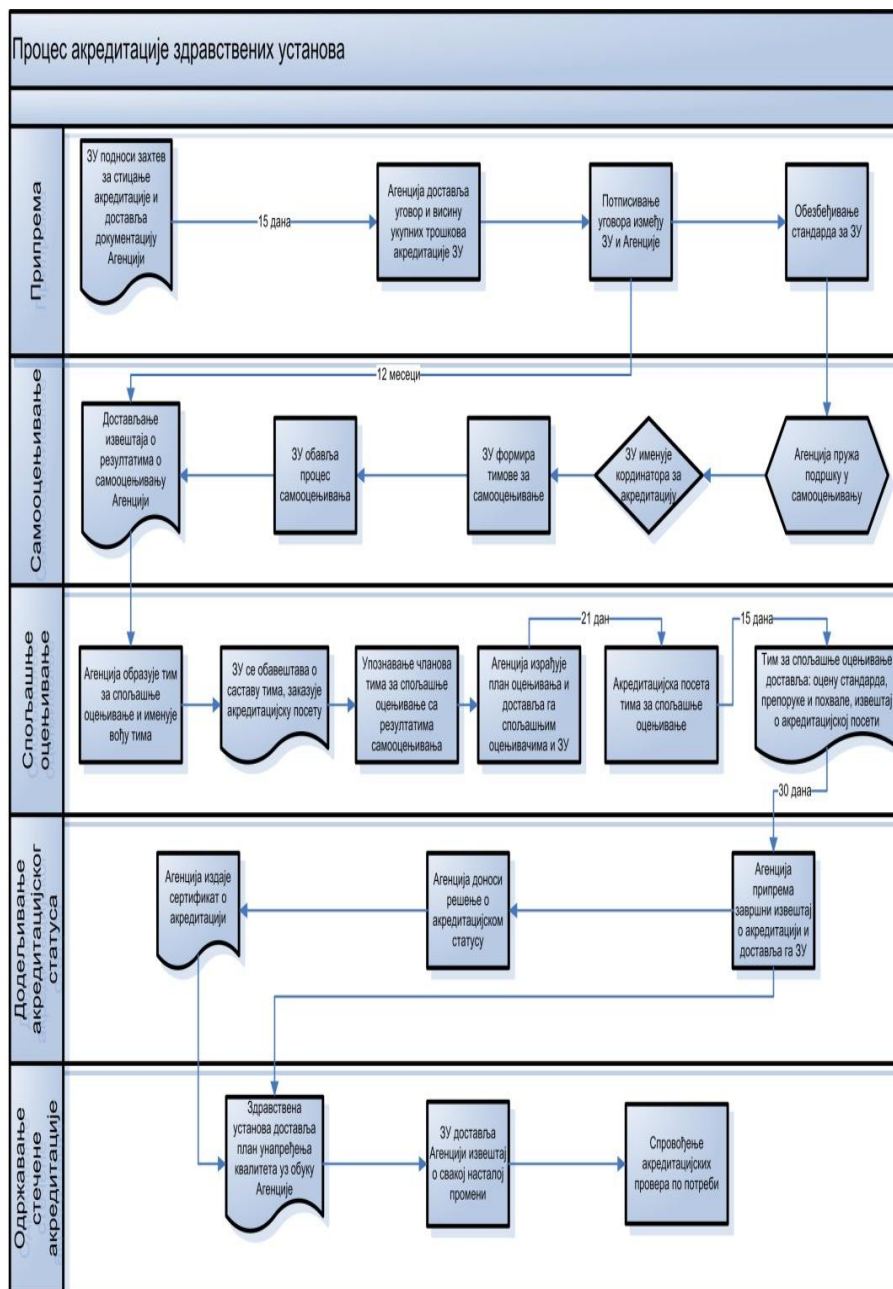
После започетог процеса акредитације (потписивањем уговора са Агенцијом), установа најпре именује координатора за акредитацију чији је задатак да координира рад тимова за самооцењивање и припреми обједињени извештај о самооцењивању кога доставља Агенцији у за то договорено време. Координатор за акредитацију треба да добро познаје поступак акредитације и да поседује знање и вештине из области као што су унапређење квалитета, безбедност пацијента и управљање променама.

Улога координатора за акредитацију је да:²⁰³

- одреди чланове тимова за самооцењивање;
- процени потребе за обуку тимова;
- усмерава рад тимова током процеса самооцењивања;
- координира рад и комуникацију међу тимовима;
- на време обезбеди потребни радни материјал (приручнике за самооцењивање, речник стручних израза итд.);
- планира и логистички подржи све активности везане за процес спољашње провере;
- припреми документацију;
- припреми тимове за питања спољашњих оцењивача;
- комуницира са АЗУС-ом;
- припрема интегрални извештај о самооцењивању и прослеђује га Агенцији.

²⁰² Правилник о акредитацији здравствених установа (“Сл. гласник РС”, бр 112/2009)

²⁰³ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, водич за самооцењивање, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs



Слика 15: Процес акредитације здравствених установа²⁰⁴

Координатор за акредитацију у договореном року, после спроведеног самооцењивања, Агенцији доставља потребну документацију са интегралним извештајем о самооцењивању. Агенција заказује акредитацијску посету тима за спољашње оцењивање

²⁰⁴ Манић С., “ Шта је акредитација? ”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

квалитета рада здравствене установе. По реализацији спољашњег оцењивања квалитета рада здравствене установе, на основу прегледа документације, опреме и капацитета установе, као и разговора са запосленима и пацијентима, тим за спољашње оцењивање квалитета рада посету завршава састанком на коме се органи управљања и запослени информишу о обављеној акредитацијској посети.

После завршетка акредитацијске посете тим за спољашње оцењивање квалитета рада здравствене организације дужан је да у року од 15 дана достави Агенцији извештај о обављеној акредитацијској посети. Агенција на основу тог извештаја, тј на основу налаза тима за спољашње оцењивање квалитета рада, у року од 30 дана припрема завршни извештај о акредитацији који се састоји од свих релевантних информација о установи, оцена самооцењивања и оцена и налаза тима за спољашње оцењивање квалитета рада здравствене установе. Завршни извештај Агенција доставља здравственој установи која је поднела захтев за акредитацију, а она после пријема тог извештаја шаље Агенцији план унапређења квалитета здравствене заштите који израђује на основу препоруке оцењивача. Здравствена установа која је добила акредитацију је у обавези да сваку промену у вези са акредитацијом пријави Агенцији.

Здравствена установа када испуни утврђене стандарде за одређену област здравствене заштите, односно грану медицине, добија од Агенција сертификат о акредитацији. Сертификат о акредитацији здравствене установе се издаје на одређени период, на једну, три, а најдуже на период од седам година.

Према Закона о здравственој заштити члан 216. став 4. сертификат се може односити на:

- 1) поједину област здравствене заштите, односно грану медицине коју обавља здравствена установа;
- 2) целокупну делатност здравствене установе.

По истеку рока, поступак акредитације се опет може поновити на захтев здравствене установе.

Услови за добијање акредитације:²⁰⁵

Акредитацију здравствена установа стиче на период од једне године, ако:

- је остварила 40–50% оцена 4 и 5;
- нема више од 20% оцена 1 и 2;
- критеријуми који се односе на безбедност пацијента у процесу лечења нису оцењени оценом мањом од 4.

Акредитацију здравствена установа стиче на период од три године, ако:

- је остварила 51–70% оцена 4 и 5;
- нема више од 15% оцена 1 и 2;
- критеријуми који се односе на безбедност пацијента у процесу лечења нису оцењени оценом мањом од 4.

Акредитацију здравствена установа стиче на период од седам година, ако:

- је остварила 71–100% оцена 4 и 5;
- нема више од 10% оцена 1 и 2;
- критеријуми који се односе на безбедност пацијента у процесу лечења нису оцењени оценом мањом од 4.

²⁰⁵ Правилник о акредитацији здравствених установа (“Сл. гласник РС”, бр 112/2009)

	Оцене 4 и 5 ≤40%	Оцене 4 и 5 >40% и <50%	Оцене 4 и 5 >50% и <70%	Оцене 4 и 5 >70%
Оцене 1 и 2 ≥20%	Не	Не	Не	Не
Оцене 1 и 2 <20%	Не	1 година	1 година	1 година
Оцене 1 и 2 <15%	Не	1 година	3 године	3 године
Оцене 1 и 2 <10%	Не	1 година	3 године	7 година

Табела 2: Додељивање сертификата о акредитацији²⁰⁶

²⁰⁶ Манић С., “ Шта је акредитација? ”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

Табела 3: Број сетова стандарда који се оцењују у току акредитације код различитих здравствених установа:²⁰⁷

УСТАНОВА	БРОЈ ПОГЛАВЉА СТАНДАРДА
Дом здравља	13
Опште болнице	12
Регионална општа болница	20
Клинички центар и клиничко - болнички центар	41

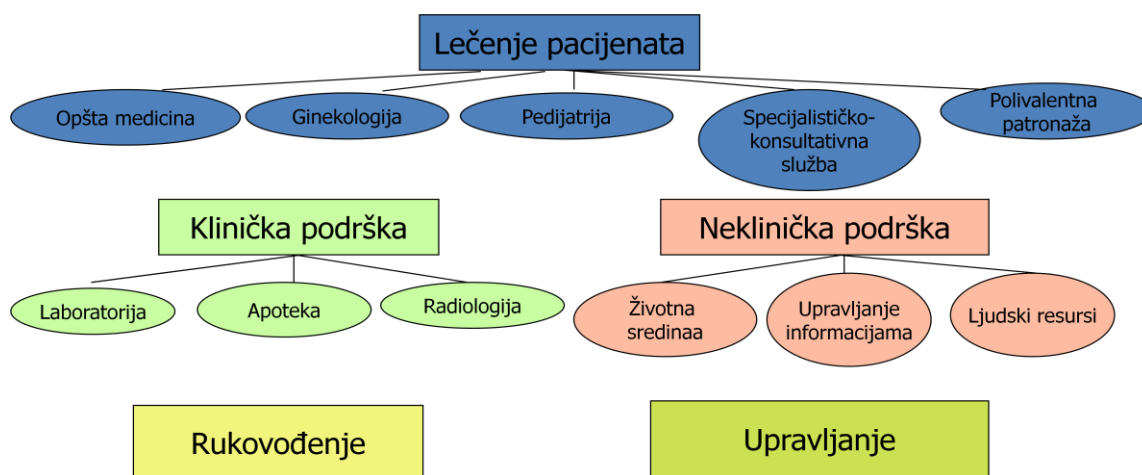
Досадашња истраживања показују да је акредитовање заживело неупоредиво више у здравственим установама државног сектора, мада су акредитоване и неке приватне здравствене установе нпр. Дом здравља др Ристић, завод за лабораторијску дијагностику Биомедика, општа болница Бел Медик, општа болница Медигруп... Акредитовање би у будућности могло значајно да утиче на приближавање државне и приватне лекарске праксе уједначавањем квалитета њиховог рада с обзиром да и за једне и за друге важе исти стандарди. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије је више пута предлагала измену и допуну Закона о здравственој заштити са циљем да се uvede обавеза акредитације за све здравствене установе и у приватном и у државном власништву, што ће се вероватно у скорије време и догодити.

У ЕУ је од јануара 2014. године уведено обавезно праћење рада здравствених установа у односу на стандарде квалитета услуга и безбедности пацијената. То је још један разлог за акредитацију свих здравствених установа и код нас, стручна сарадња, размена података и информација о обољењима и приступима лечења пацијената са еминентним страним здравственим установама била би много квалитетнија и већа пошто оне генерално сарађују само са установама које имају стандарде и уређено пословање.

²⁰⁷ Манић С., “ Спољашње оцењивање ”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

3.3.3. Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите

Акредитација здравствених установа се заснива на стандардима који, узимајући у обзир специфичност делатности и ресурсе здравствених пословних система, дају критеријуме који морају бити испуњени тачно одређеним активностима да би се постигао жељени циљ. Критеријуми, самим тим, представљају прецизно дефинисане кораке које треба предузети да би се испунио стандард. Сваки стандард се састоји из мањег или већег броја критеријума. Стандарди за акредитацију здравствених установа представљају оптималне стандарде квалитета и безбедности чији је циљ стално унапређење квалитета пружања здравствене заштите у оквиру здравствених установа Србије. Стандарди се приказују бројним ознакама 1.0, 2.0, 3.0, итд., а критеријуми бројним ознакама 1.1, 1.2, 1.3, 1.4.



Слика 16: Стандарди за акредитацију Домова здравља²⁰⁸

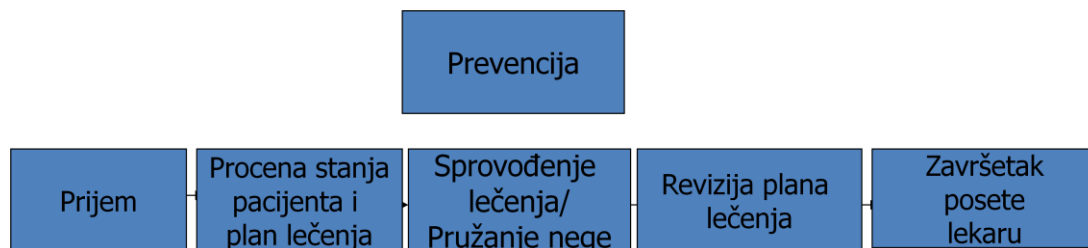
Према Акредитационом програму Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, стандарди за здравствене установе на примарном нивоу здравствене заштите се односе на области рада службе за: здравствену заштиту одраслог становништва (општа медицина), здравствену заштиту жена (гинекологија), здравствену заштиту деце и омладине (педијатрија) и на специјалистичко-консултативне службе и поливалентну патронажу. Стандарди који се односе на: животну средину, људске ресурсе, управљање

²⁰⁸ Манић С., "Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите", Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

информацијама, руковођење и управљање су заједнички и за здравствене установе на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

Постоји подела на четири категорије стандарда за акредитацију Домова здравља и то су: стандарди у вези са лечењем/услугама пруженим пацијенту, стандарди за рад служби клиничке подршке, стандарди пратећих служби и стандарди руковођења и управљања.²⁰⁹

1. Стандарди у вези са лечењем/услугама пруженим пацијенту: Ови стандарди прате процес лечења, тј. пружања услуге од пријема пацијента у дом здравља, преко планирања и спровођења лечења, до завршетка лечења/пружања услуге или упућивања у неку другу здравствену установу. Посебна поглавља стандарда се односе на општу медицину, гинекологију, педијатрију, специјалистичко консултативну службу и за поливалентну патронажу. Можемо рећи да сви стандарди за лечење пацијената имају сличну структуру која прати посету пацијента дому здравља.



Слика 17: Структура стандарда за лечење пацијената²¹⁰

Лечење пацијената – главна поглавља стандарда:²¹¹

- Превенција (стандард 1.0 - Процењује се здравствено стање становништва; 5 критеријума),
- Пријем пацијената (стандард 2.0 - Утврђен је поступак пријема и тријаже пацијента; 5 критеријума),

²⁰⁹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²¹⁰ Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²¹¹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

- Процена здравственог стања пацијента и план лечења (стандард 3.0 - Обавља се процена здравственог стања пацијента и припрема план лечења; 7 критеријума),
- Спровођење лечења (стандард 4.0 - Лечење се спроводи у складу са планом лечења; 12 критеријума),
- Ревизија плана лечења и прилагођавање циљева лечења (стандард 5.0 - Анализира се план лечења; 5 критеријума),
- Завршетак посете лекару и припрема за упућивање у другу здравствену установу (стандард 6.0 – Постоји поступак за завршетак посете лекару и поступак за упућивање у другу здравствену установу; 6 критеријума),
- Просторије и опрема (стандард 7.0 - На располагању су одговарајуће просторије и опрема; 6 критеријума),
- Квалитет рада и безбедност пацијента (стандард 8.0 - Прати се квалитет рада и безбедност пацијента; 8 критеријума).

Поливалентна патронажа - главна поглавља стандарда:²¹²

- Утврђивање потреба за услугама поливалентне патронаже (стандард 1.0 - Утврђене су процедуре којима се одређује коме се пружају услуге поливалентне патронаже; 11 критеријума),
- Процена потреба за патронажним посетама и планирање рада поливалентне патронаже (стандард 2.0 - Процењују се потребе пацијента за патронажним посетама; 5 критеријума),
- Поливалентне патронажне посете (стандард 3.0 - Поливалентне патронажне посете се обављају према утврђеним протоколима; 5 критеријума),
- Ревизија плана посета/пружања услуга и прилагођавање циљева лечења (стандард 4.0 - Патронажне посете се анализирају и прилагођавају потребама пацијента односно породице пацијента; 3 критеријума),
- Припрема за упућивање пацијената у другу организациону јединицу у оквиру здравствене установе или у другу здравствену установу (стандард 5.0 - Корисници

²¹² Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

патронажних услуга по потреби се упућују у друге организационе јединице у здравственој установи или у друге здравствене установе; 5 критеријума),

- Програм здравствене едукације у поливалентној патронажи (стандард 6.0 - Здравствено-васпитни програм организационе јединице поливалентне патронаже утврђује се на основу процењених потреба пацијената; 3 критеријума),
- Здравствено – васпитни програм спроводи се на основу установљених протокола (стандард 7.0 - Здравствено-васпитни програми спроводе се на основу установљених протокола; 6 критеријума),
- Прилагођавање здравствено - васпитног програма поливалентне патронаже потребама корисника (стандард 8.0 - Здравствено-васпитни програми прилагођавају се потребама пацијента; 3 критеријума),
- Квалитет рада и безбедност пацијента (стандард 9.0 - Прате се квалитет, безбедност рада поливалентне патронаже и здравствено-васпитних програма; 8 критеријума).

2. Стандарди за рад служби клиничке подршке: Односе се на стандарде за акредитацију лабораторија, радиолошке дијагностике и апотеке.



Слика 18: Три поглавља стандарда клиничке подршке²¹³

Структура стандарда клиничке подршке је иста, само су одређеним критеријумима прилагођени фармацеутској делатности или лабораторијској и радиолошкој дијагностици. Стандарди клиничке подршке се састоје од 3 главна поглавља, 8 стандарда и 39 критеријума:²¹⁴

²¹³ Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²¹⁴ Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.



Слика 19: Структура стандарда клиничке подршке²¹⁵

- Стандард 1.0 - Основне делатности службе су јасно дефинисане,
- Стандард 2.0 - Пацијентима се пружају одговарајуће услуге,
- Стандард 3.0 - Квалификовано особље пружа услуге,
- Стандард 4.0 - Протоколи и процедуре за пружање услуга,
- Стандард 5.0 - Постоје адекватне просторије за пружање услуга,
- Стандард 6.0 - Адекватна медицинска опрема за пружање услуга,
- Стандард 7.0 - Информациони систем пружа подршку ефикасном пружању услуга,
- Стандард 8.0 - У служби се прате квалитет и безбедност.

Стандарди за акредитацију лабораторија - лабораторијске дијагностике (пример стандарда клиничке подршке):²¹⁶

- стандард 1.0 - Основне делатности лабораторијске дијагностике су јасно дефинисане; 4 критеријума,
- стандард 2.0 - Пацијенту се пружају услуге лабораторијске дијагностике; 6 критеријума,
- стандард 3.0 - Лабораторијске услуге пружају лица одговарајућих квалификација; 10 критеријума,
- стандард 4.0 - Постоје процедуре и упутства за пружање услуга у оквиру лабораторијске дијагностике; 2 критеријума,
- стандард 5.0 - Организациона јединица лабораторијске дијагностике располаже

²¹⁵ Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²¹⁶ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

одговарајућим простором; 2 критеријума,

- стандард 6.0 - Опрема испуњава све захтеве за пружање услуга у лабораторијској дијагностици; 3 критеријума,
- стандард 7.0 - Информациони систем је у функцији ефикасног пружања лабораторијских услуга; 4 критеријума,
- стандард 8.0 - Организациона јединица лабораторијске дијагностике прати квалитет рада и безбедност пацијента; 8 критеријума.

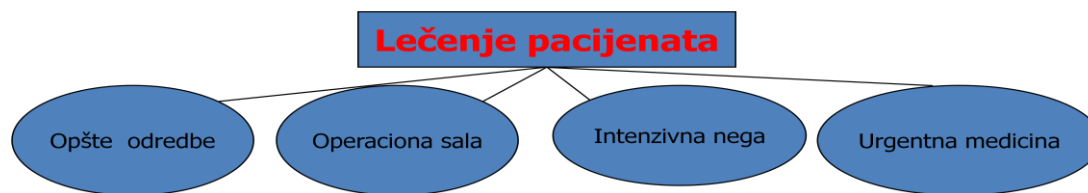
3. Стандарди рада пратећих служби: Пратеће службе су важне за све здравствене установе, а посебно за болнице. Њихова улога је да подржавају и помажу процес лечења. Три поглавља се односе на пратеће службе: животна средина (која подразумева и контролу ширења инфекција, управљање медицинским отпадом, масовне несреће и акцидентне ситуације, централну стерилизацију и безбедно коришћење опреме, материјала, медицинских уређаја и простора), људски ресурси и управљање информацијама.

4. Стандарди руковођења и управљања су стандарди који се односе на руководство здравствене установе и руковођење у здравственој установи, а стандарди који се односе на управљање одређују рад Упрвног одбора.

3.3.4. Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите

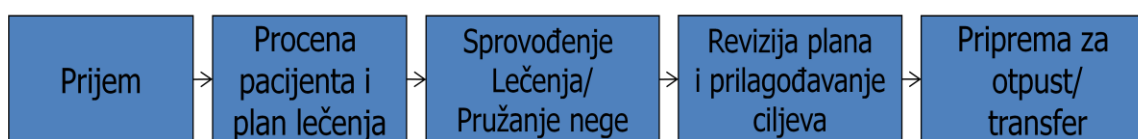
Агенција за акредитацију здравствених установа наводи пет категорија стандарда за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите:

1. Стандарди у вези са лечењем/услугама пруженим пацијенту представљају стандарде који прате процес лечења/пружања услуга од пријема пацијента у болницу, преко планирања и спровођења његовог лечења, до завршетка лечења/пружања услуге или упућивања даље, на неки други ниво лечења. У оквиру тих стандарда постоји поглавље за појединачно лечење пацијента и посебна поглавља за операциону салу, ургентну медицину и интензивну негу.



Слика 20: Стандарди за лечење пацијената²¹⁷

Можемо рећи да сви стандарди за лечење пацијената имају сличну структуру која прати пацијента по фазама лечења.



Слика 21: Структура стандарда за лечење пацијената²¹⁸

Лечење пацијената – опште одредбе се састоје од 8 стандарда и 43 критеријума:²¹⁹

- Пријем (стандард 1.0 – Постоји утврђен поступак за пријем пацијента; 4 критеријума),
- Процена здравственог стања пацијента и припрема плана лечења (стандард 2.0 – Процена здравственог стања пацијента је обављена и припремљен је мултидисциплинарни план лечења; 6 критеријума),
- Спровођење лечења (стандард 3.0 – Лечење се спроводи у складу са планом лечења; 8 критеријума),
- План лечења (стандард 4.0 – План лечења се разматра; 4 критеријума),
- Отпуст или трансфер пацијента на друга одељења (стандард 5.0 – Постоји утврђен поступак за отпуст или трансфер пацијента на друга одељења; 5 критеријума),

²¹⁷ Манић С.,“Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²¹⁸ Манић С.,“Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²¹⁹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

- Просторије и опрема (стандард 6.0 – На располагању су одговарајуће просторије и опрема; 4 критеријума),
- Квалитет рада и безбедност пацијента (стандард 7.0 – Прате се квалитет рада и безбедност пацијента; 8 критеријума)
- Поштују се права пацијента (стандард 8.0 – Здравствене и друге услуге запослени у здравственој установи пружају поштујући права пацијента; 4 критеријума).

Специфични стандарди су развијени за операциону салу, интензивну негу и службу ургентне медицине. За ове области је везан високи ниво ризика и зато су приоритетне за праћење и унапређење квалитета.

Стандарди намењени операционој сали користе се за све операционе сале и имају специфичне карактеристике:²²⁰

- Процедурални захтеви укључују потписан формулар сагласности,
- Евидентирање ризика, користи, потенцијалних компликација и разматраних опција,
- Коришћење Контролне листе СЗО је обавезно; укључује:
 - Процедуру пре увођења у анестезију
 - Процедуру пре хирушког реза
 - Процедуру пре него што пацијент напусти операциону салу
- Пред-анестетичка процена је обављена; План анестезије као део плана хирушког лечења/неге пацијента; размотрено са пацијентом,
- Специфични захтеви особља су документовани,
- Потребно је да Комисија за операциону салу утврди протоколе и процедуре,
- Претходно успостављењи водичи, процедуре и протоколи специфични за операциону салу,
- Захтеви везани за просторије су специфични за операциону салу.

²²⁰ Манић С.,“Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

7 стандарда и 48 критеријума који се односе на операциону салу су:²²¹

- Стандард 1.0 - Постоји утврђен поступак за пријем пацијента; 6 критеријума,

Критеријум 1.1* – Постоји контролна листа која садржи минимум података које препоручује Светска здравствена организација,

- Стандард 2.0 - Обавља се процена здравственог стања пацијента и припрема план лечења; 5 критеријума,
- Стандард 3.0 - Лечење се спроводи у складу са планом лечења; 4 критеријума,
- Стандард 4.0 - Лечење спроводе лица одговарајућих квалификација; 6 критеријума,
- Стандард 5.0 - Лечење се спроводи према постојећим смерницама, процедурама и протоколима; 10 критеријума,

Критеријум 5.3* – Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- Адекватно складиштење и издавање лекова
- Безбедно руковање наркотицима
- Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима
- Правилно руковање инфузионим пумпама
- Стандард 6.0 - Постоје адекватне просторије и опрема; 9 критеријума
- Стандард 7.0 - Прате се квалитет рада и безбедност пацијента; 8 критеријума²²²

Критеријум 7.7* – Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

Критеријум 7.8* – Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

Специфичне карактеристике интензивног лечења и неге:²²³

- Пријем на одељење омогућен 24 часа дневно,
- Претходно успостављени водичи, процедуре и протоколи су специфични за

²²¹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²²² Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²²³ Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

одељење интензивне неге; обавезни су протоколи за комуникацију са пацијентом и/или породицом,

- Специфични захтеви за просторије,
- Омогућене двадесетчетворочасовне лабораторијске анализе и радиолошка дијагностика,
- Обавезно постојање капацитета за изолацију,
- Протоколи за отпуст/трансфер,
- Процедуре за палијативну негу.

Интензивно лечење и нега су дефинисани следећим стандардима:²²⁴

- стандард 1.0 - Постоји утврђен поступак за пријем пацијента у организациону јединицу за интензивно лечење и негу; 4 критеријума,
- стандард 2.0 - Процена здравственог стања пацијента је обављена и план лечења је утврђен; 5 критеријума,
- стандард 3.0 - Лечење се спроводи у складу са планом лечења; 3 критеријума,
- стандард 4.0 - Лечење и негу спроводе лица одговарајућих квалификација; 13 критеријума,

Критеријум 4.2* – Организационом јединицом за интензивно лечење и негу руководи квалификовани лекар

- Организационом јединицом за интензивно лечење и негу руководи квалификовани лекар,
- Организационом јединицом за интензивно лечење и негу руководи квалификовани лекар из области интензивне неге,
- Коронарном јединицом руководи квалификовани кардиолог,
- Организационом јединицом интензивне неге неонатологије руководи квалификовани неонатолог.

Критеријум 4.11* – Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима

²²⁴ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. ("Сл. гласник РС", бр. 28/11)

- Адекватно складиштење и издавање лекова
- Безбедно руковање наркотицима
- Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима
- Правилно руковање инфузионим пумпама
- стандард 5.0 - Пружање интензивног лечења инеге се обавља према постојећим смерницама, процедурама и протоколима 9 критеријума

Критеријум 5.9* – Нежељени догађаји се евидентирају, испитују и о њима се извештава.

- Стандард 6.0 – Организациона јединица за интензивно лечење и негу има адекватне просторије и опрему 12 критеријума
- Стандард 7.0 – Постоји јасно утврђен поступак за отпуст пацијената из организационе јединице за интензивно лечење и негу 5 критеријума
- Стандард 8.0 – У организационој јединици за интензивно лечење и негу прате се квалитет и безбедност пацијента

Критеријум 8.7* – Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедура за спрешавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

Критеријум 8.8* – Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку

Служба ургентне медицине је карактеристична по:²²⁵

- Специфичним захтевима у смислу особља
- Двадесетчетворочасовној подршци лабораторије и дијагностичке радиологије
- Постоји обезбеђење ургентне службе (особља и пацијената)
- Претходно успостављени водичи, процедуре и протоколи су специфични за службу ургентне медицине:
 - систем тријаже
 - пацијенти оболели од заразних болести
- Има Специфичне захтеве за просторије
- Постоје процедуре за отпуст:
 - кући

²²⁵ Манић С.,“Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

- у службу за лечење/негу пацијента
- на одељење интензивне неге

На пријем и збрињавање ургентних стања се односи:²²⁶

- Стандард 1.0 - Постоји утврђен поступак пријема пацијента у организациону јединицу за пријем и збрињавање ургентних стања; 5 критеријума,
- Стандард 2.0 - Обавља се процена потреба пацијента и припрема се план лечења; 5 критеријума,
- Стандард 3.0 - Лечење се спроводи у складу са планом лечења; 3 критеријума,

Критеријум 3.3* - Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима

- Адекватно складиштење и издавање лекова
- Безбедно руковање наркотицима
- Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима
- Правилно руковање инфузионим пумпама
- Стандард 4.0 - Лечење и негу спроводе лица одговарајуће квалификације; 10 критеријума
- Стандард 5.0 - Лечење у организационој јединици за пријем и збрињавање ургентних стања обавља се према постојећим смерницама, процедурама и протоколима; 10 критеријума

Критеријум 5.9* – О нежељеним догађајима се води евиденција, испитују се и о њима се извештава.

- Стандард 6.0 - Организациона јединица за пријем и збрињавање ургентних стања располаже одговарајућим просторијама и опремом; 12 критеријума
- Стандард 7.0 - Постоји поступак за отпуст пацијента из организационе јединице за пријем и збрињавање ургентних стања; 7 критеријума
- Стандард 8.0 - У организационој јединици за пријем и збрињавање ургентних стања се прати квалитет и безбедност пацијента.²²⁷

²²⁶ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. ("Сл. гласник РС", бр. 28/11)

Критеријум 8.7* – Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедура за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

Критеријум 8.8* – Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку

У оквиру ових стандарда посебно наглашени критеријуми су означени звездицом.

2. Стандарди за рад служби клиничке подршке обухватају: Стандарде за акредитацију лабораторија, радиолошке дијагностике и апотеке. Ови стандарди су са идентичним насловима као стандарди клиничке подршке примарног нивоа здравствене заштите, разлика постоји у критеријумима који их прилагођавају одређеном нивоу здравствене заштите.

3. Стандарди рада пратећих служби: Пратеће службе чине службе у оквиру болнице које помажу и прате процес лечења. Дата су три поглавља која се односе на пратеће службе: животна средина (укључују контролу ширења инфекција, управљање медицинским отпадом, масовне несреће и акцидентне ситуације, централну стерилизацију и безбедно коришћење опреме, материјала, медицинских уређаја и простора), људски ресурси и управљање информацијама.

4. Стандарди који се односе на руковођење и управљање: Као и код стандарда примарног нивоа здравствене заштите, ови стандарди су намењени руководству у здравственој установи, а стандарди управљања раду Упрвног одбора.

5. Стандарди који се односе на образовно наставну делатност – едукацију: Највећи део ових стандарда је посвећен безбедности пацијената који су у вези са едукацијом студената додипломских, дипломских и после дипломских студија.

²²⁷ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

3.3.5. Заједнички стандарди за акредитацију свих здравствених установа

Стандарди животна средина, људски ресурси, управљање информацијама, руковођење и стандарди управљања су заједнички за све нивое здравствене заштите.



Слика 22: Стандарди неклиничке подршке (стандарди рада пратећих служби)²²⁸

На поглавље **управљање информацијама** односе се 3 стандарда и 13 критеријума:²²⁹

- Стандард 1.0 – У здравственој документацији прецизно се евидентирају све пружене здравствене услуге; 5 критеријума,
- Стандард 2.0 – У здравственој установи постоји систем показатеља учинка; 5 критеријума,
- Стандард 3.0 – Објављују се информације од значаја за здравствену установу и од јавног значаја; 3 критеријума.

Поглавље **људски ресурси** чине 7 стандарда и 27 критеријума:²³⁰

- Стандард 1.0 – Сва стручна лица су обухваћена програмом лиценцирања и поседују одговарајуће важеће лиценце; 3 критеријума,
- Стандард 2.0 – Утврђује се професионална оспособљеност запослених који нису обухваћени програмом лиценцирања; 3 критеријума,
- Стандард 3.0 – Резултати рада свих запослених процењују се годишње; 5

²²⁸ Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²²⁹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²³⁰ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

критеријума,

- Стандард 4.0 – Планови едукације запослених су реализовани; 6 критеријума,
- Стандард 5.0 – Врши се усмеравање и праћење професионалног рада; 2 критеријума,
- Стандард 6.0 – Програм безбедности из области заштите здравља и заштите на раду запослених; 5 критеријума,
- Стандард 7.0 – Прати се задовољство ; 3 критеријума.

Поглавље **животна средина** се састоји од 22 стандарда и 6 кључних области:²³¹

контрола ширења инфекција/болести, управљање медицинским отпадом, масовне несреће и акцидентне ситуације, противпожарна заштита, централна стерилизација и безбедност опреме, материјала, медицинских уређаја и простора.

Контрола ширења инфекција/болести се састоји из 3 стандарда, 17 критеријума који се примењују на нивоу целе установе:

- Стандард 1.0 – Врши се превенција инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести; 6 критеријума,
- Стандард 2.0 – Постоје процедуре за случај појаве и ширења инфекције повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести; 5 критеријума,
- Стандард 3.0 – Комисија за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести врши контролу ширења инфекција; 6 критеријума.

Управљање медицинским отпадом је базирано на смерницама Министарства здравља и садржи 13 стандарда и 47 критеријума:²³²

- Стандард 4.0 – Врши се раздвајање медицинског отпада у складу са Правилником о управљању медицинским отпадом, а здравствена установа има и План управљања

²³¹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²³² Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

медицинским отпадом који се редовно ревидира; 3 критеријума,

- Стандард 5.0 – Медицински отпад унутар здравствене установе одлаже се на адекватан начин; 6 критеријума,
- Стандард 6.0 – Медицински отпад се пре транспорта одлаже на централно привремено одлагалиште за отпад; 5 критеријума,
- Стандард 7.0 – У здравственој установи постоји лице које је одговорно за управљање медицинским отпадом; 5 критеријума,
- Стандард 8.0 – Постоји програм за обављање стерилизације медицинског отпада; 3 критеријума,
- Стандард 9.0 – Обезбеђене су одговарајуће просторије у којима се обавља стерилизација медицинског отпада; 7 критеријума,
- Стандард 10.0 – Запослени на обради медицинског отпада поседују квалификације, адекватно су едуковани и имају адекватну заштитну опрему; 5 критеријума,
- Стандард 11.0 – Постоје одговарајуће процедуре за стерилизацију медицинског отпада; 3 критеријума,
- Стандард 12.0 – Тим за управљање медицинским отпадом надгледа обраду медицинског отпада; 5 критеријума,
- Стандард 13.0 – Транспорт медицинског отпада изводи се према Правилнику о управљању медицинским отпадом; 5 критеријума.

На област масовне несреће и акцидентне ситуације се односе 2 стандарда и 7 критеријума:²³³

- Стандард 14.0 – Постоји план за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација; 5 критеријума,
- Стандард 15.0 – Врши се ревизија и провера плана у пракси за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација; 2 критеријума.

Област противпожарне заштите дефинише 1 стандард са 5 критеријума:²³⁴

²³³ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

- Стандард 16.0 – Постоје поступци и процедуре за смањење ризика од пожара; 5 критеријума.

Програм стерилизације је одређен са 5 стандарда и 27 критеријума:²³⁵

- Стандард 17.0 – Постоји програм за обављање стерилизације; 3 критеријума,
- Стандард 18.0 – О безбеђене су одговарајуће просторије у којима се обавља стерилизација; 6 критеријума,
- Стандард 19.0 – Квалификована лица запослена у стерилизацији адекватно су едукована и имају адекватну заштитну опрему; 5 критеријума,
- Стандард 20.0 – Постоје адекватне процедуре за вршење стерилизације; 8 критеријума,
- Стандард 21.0 – Тим за стерилизацију надгледа стерилизацију; 5 критеријума.

Безбедно руковање опремом, материјалом, уређајима и простором уређено је 1 стандардом који има 3 критеријума:²³⁶

- Стандард 22.0 – Здравствена установа безбедно рукује опремом, материјалом, уређајима и простором 3 критеријума.

10 стандарда и 51 критеријум се односе на поглавље руковођење здравственом установом:²³⁷

- Стандард 1.0 – Руководство помаже Управном одбору у припреми стратешког плана; 3 критеријума,
- Стандард 2.0 – Постоји годишњи оперативни план; 6 критеријума,

²³⁴ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²³⁵ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²³⁶ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

²³⁷ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

- Стандард 3.0 – Људски, финансијски и физички ресурси су распоређени у оквиру здравствене установе; 5 критеријума,
- Стандард 4.0 – Постоји план управљања ризиком на нивоу здравствене установе; 7 критеријума,
- Стандард 5.0 – Постоји поступак којим се идентификују, процењују и решавају нежељени догађаји; 4 критеријума,
- Стандард 6.0 – На нивоу здравствене установе постоји план за унапређење квалитета рада; 8 критеријума,
- Стандард 7.0 – Прате се показатељи учинка; 5 критеријума,
- Стандард 8.0 – Рад у здравственој установи одвија се према утврђеним процедурама; 4 критеријума,
- Стандард 9.0 – Запослени у здравственој установи здравствене и друге услуге пружају поштујући права пацијената; 5 критеријума,
- Стандард 10.0 – Врши се преглед спроведених истраживања у циљу провере прихватљивости; 4 критеријума,

Стандарди управљања, 5 стандарда и 22 критеријума, односе се на рад Управног одбора.²³⁸

- Стандард 1.0 – Усвојена је изјава о мисији и визији здравствене установе; 6 критеријума,
- Стандард 2.0 – Здравствена установа има стратешки план; 3 критеријума,
- Стандард 3.0 – Управни одбор испуњава своје обавезе прописане у Закону о здравственој заштити; 5 критеријума,
- Стандард 4.0 – Управни одбор се информисе адекватно и правовремено; 4 критеријума,
- Стандард 5.0 – Управни одбор врши процену резултата свог рада; 4 критеријума.

²³⁸ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)

3.3.6. Самооцењивање и спољашње оцењивање

Да би се спровело свеобухватно самооцењивање у здравственој установи најпре треба да се формирају тимове за самооцењивање. Чланови тимова би требало да представљају интердисциплинарни приступ у обезбеђењу континуиране и свеобухватне здравствене заштите у установи, која базира на знању и професионалном искуству запослених. Њихов задатак је да прикажу и хоризонтални и вертикални пресек организације, зато је пожељно да буду заступљени запослени свих образовних профила (нпр. лекари, медицинске сестре/техничари, економисти, запослени из пратећих служби нпр. спремачице). Тим мора да буде упознат са визијом, циљевима и оквиром пословања своје установе и да ради у складу са њима. На основу стандарда, које обухватају клиничке и неклиничке области, у установи се формирају тимови за самооцењивање клиничке области, која је у вези са лечењем/услугама пруженим пацијенту и тимови за самооцењивање неклиничке области, која се односе на животну средину, руководство, људске ресурсе, управљање инфомарцијама и стандарде управљања (управни одбор установе). Препоручује се да сваки тим чини вођа и 6–10 чланова (у зависности од величине установе и службе). Сам поступак самооцењивања спроводи се у периоду од највише дванаест месеци. У том периоду тимови одржавају редовне састанке. За тимове у процесу самооцењивања неопходна су два кључна корака, а то су обука и расправа о прикупљеним доказима о усаглашености са критеријумима/стандардима. Обуку чланова тима организује и спроводи Агенција за акредитацију здравствених установа. Поред тога, сви чланови тима треба да проуче све акредитационе стандарде и критеријуме, не само оне које се односе на њихов тим, да би им било јасно на коју област се сваки од њих односи. Подразумева се да највише пажње треба да обрате на стандарде и критеријуме који се односе на њиховог рад, за које је неопходно да обезбеде потребне доказе. Прикупљање доказа и расправа о усаглашености са критеријумима/стандардима, као и расправе у вези разматрања кључних активности својих служби представљају основне активности и оне чине додатне вредности акредитацијског процеса. Подстицањем расправе тим треба да нађе одговоре на питања као што су:²³⁹

²³⁹ Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, водич за самооцењивање, Министарство здравља, Република Србија.

- Које активности спроводимо у вези са овим критеријумом?
- Шта је то што добро радимо?
- Шта можемо да побољшамо?
- Да ли нешто предузимамо у том погледу?
- Да ли поседујемо неки доказ којим бисмо проверили шта заправо радимо?
- Кога још можемо да питамо за мишљење да бисмо добили јаснију слику о томе како радимо? Друге запослене? Агенцију?

Самооцењивање здравствена установа спроводи да би упоредила степен усклађености свога рада са постављеним акредитационим стандардима са циљем побољшања квалитета рада и пружања здравствених услуга корисницима. Током процеса самооцењивања, Агенција даје подршку здравственој установи, она се састоји од пружања информација у вези поступка акредитације, објашњења стандарда за акредитацију и подршку током формирања тимова за самооцењивање. Самооцењивањем здравствена установа процењује свој рад у односу на постављене стандарде, оцењује где се установа налазила раније, где се тренутно налази и како себе види у будућности, указује запосленима шта добро раде, а које су области које треба унапредити, односно, које су снаге и слабости здравствене установе. У оквиру сваког стандарда дата су објашњења стандарда, а за сваки критеријум су наведени потребни докази којима се постиже усаглашеност са критеријум који се оцењује. Доказе треба схватити као смернице које помажу тимовима да лакше одреде почетак рада при самооцењивању и они нису дефинитивни. Постојећи докази се могу допунити новим, уколико тимови закључе да је то неопходно. Тимови треба да открију у којој мери је рад установе прилагођен сваком појединачном критеријуму, а када за одређене критеријуме не постоје адекватни докази тим треба да осмисли план мера које ће предузети за побољшање и унапређење квалитета рада. Потребно је да се тим сагласи са овим запажањима и да их забележи јер ће се на основу тих података комплетирати документација о самооцењивању. Здравствена установа, тј. координатор за акредитацију, после спроведеног самооцењивања у за то одређеном року, на адресу АЗУС-а доставља документацију. Она се састоји од уводног дела, који треба да садржи кратак опис установе и дела који се односи на стандарде са образложењем и оценом усаглашености са њима.

Следећи корак процеса акредитације је спољашње оцењивање квалитета рада здравствене установе. Спољашње оцењивање је оцењивање квалитета рада здравствене установе у односу на утврђене стандарде за одређену област здравствене заштите, односно грану медицине, од стране едукованих спољашњих оцењивача које именује Агенција (у даљем тексту: оцењивач).²⁴⁰ Спољашњи оцењивачи морају најпре проћи едукацију коју организује Агенција у сарадњи са Медицинским факултетом, тек после добијеног сертификата Агенција их ставља на листу спољашњих оцењивача.

Агенција саставља тим за спољашње оцењивање квалитета рада здравствене установе и обавештава здравствену установу о саставу тима, заказује време доласка тима у установу и дефинише време трајања акредитационе посете у зависности од величине и врсте установе. Састав тима зависи од области здравствене заштите, односно гране медицине за коју се подноси захтев за акредитацију. Тим за екстерно оцењивање има најмање 4 члана: 2 лекара, 1 сестру и 1 правника или економисту.

Дужност агенција је да свим члановима тима за спољашње оцењивање квалитета рада одређене здравствене установе достави резултате самооцењивања здравствене установе, најкасније 21 дан пре заказане акредитацијске посете. Агенција, поред тога, треба да уради план оцењивања који мора да достави здравственој установи и члановима тима за спољашње оцењивање квалитета рада, најкасније 21 дан пре заказане акредитацијске посете. У току оцењивања, тим за спољашње оцењивање квалитета рада оцењује рад здравствене установе на основу критеријумима који су одређени у стандардима за одређену област здравствене заштите, тј. грану медицине, користећи скалу за оцену испуњености критеријума. Дакле, за приказивање нивоа усаглашености које је здравствена установа постигла по сваком критеријуму акредитационих стандарда користи се скала за оцењивање испуњености критеријума са вредностима од 1 – до 5.

Спољашње оцењивање спроводи се у здравственој установи и реализује се:²⁴¹

- прегледом припремљене документације и здравствене документације;

²⁴⁰ Правилник о акредитацији здравствених устаноа, члан 11., (“Сл. гласник РС”, бр 112/2009)

²⁴¹ Правилник о акредитацији здравствених устаноа, члан 13., (“Сл. гласник РС”, бр 112/2009).

- разговором са органима управљања здравствене установе;
- разговором са запосленима који су учествовали у поступку самооцењивања (тимови за самооцењивање квалитета рада здравствене установе);
- обиласком здравствене установе и прегледом просторних капацитета;
- прегледом опремљености здравствене установе медицинском опремом;
- разговором са пацијентима и запосленима;
- завршним састанком на коме се органи управљања и запослени информишу о обављеној акредитацијској посети.

Скала за оцењивање испуњености критеријума садржи оцене 1-5, и то:²⁴²

Оцена 1: Подразумева да критеријум није уведен у примену

- потребно је дати образложење због чега критеријум није уведен у примену и навести мере и активности које ће се предузети да би се увео критеријум.

Оцена 2: Подразумева да се критеријум уводи у примену

- протоколи и процедуре се тек припремају и уводе у примену,
- недовољна документација,
- неразумевање од стране особља и пацијената,
- недостатак континуиране праксе, недостатак координације,
- присутност ризика,
- потребно је предложити мере и активности које ће се предузети да би се критеријум адекватно увео у примену.

Оцена 3: Подразумева да се критеријум примењује

- процедуре углавном у употреби, али је присутан недостатак одговарајуће документације,
- имплементација није доследна, као ни разумевање од стране особља,

²⁴² Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, водич за самооцењивање, Министарство здравља, Република Србија.
www.azus.gov.rs

- недовољно доказа о сталном унапређењу квалитета,
- ризици сведени на минимум

Оцена 4: Подразумева унапређену примену критеријума

- комплетна документација,
- протоколи и процедуре у примени,
- разумевање од стране особља,
- препознате потребе пацијената,
- ризик смањен или елиминисан,
- присутни докази о сталном унапређењу квалитета.

Оцена 5: Подразумева најбољу примену критеријума

- успешна примена критеријума без недостатака,
- широка примена најбоље праксе,
- премашена очекивања клијената,
- успешно управљање ризиком.

Оцена БО (без одговора) – када је немогуће у датој здравственој установи применити неки критеријум.

3.3.7. Примери примењених међународних стандарда у здравственом систему Републике Србије и њихов значај за унапређење квалитета здравствене заштите

Међународни сертификациони стандарди сугеришу уређивање одређених елемената и њихових веза у пословном систему у зависности од тога да ли организација жели да.²⁴³

- Смањује трошкове пословања и неусаглашености и да испуњава захтеве корисника – ISO 9001:2008
- Својим пословањем очува и не загађује животну средину – ISO 14000
- Обезбеди здравље својих запослених и да га не угрожава својим пословањем

²⁴³ Живаљевић А., “Избор модела и управљање квалитетом у здравственим установама”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

- ISO 18000

- Производи здраву и безбедну храну па тиме не угрози своје кориснике – ISO 22000 HACCP
- Обезбеди тачност резултата испитивања и анализа – ISO IEC 17025

Пример примене међународног стандарда у здравственим установама и његов значај у спречавању нежељених догађаја изазваних храном је HACCP систем за контролу здравствене безбедности хране.

Право на здравствено безбедну храну представља основно људско право, а тиме и обавезу државе и установа са основном делатношћу у домену здравствене заштите да обезбеде да здравље грађана не буде угрожено коришћењем неисправних прехранбених производа. Светска здравствена организација указују да су економски, и други губици, који су повезани са здравствено неисправним прехранбеним производима огромни, чак и у развијеним земљама.

С обзиром да обољења која се преносе путем хране и поремећаји који настају као последица здравствено неисправне хране могу бити јако опасна, често и са смртним исходом, важно је да се стање болесних људи додатно не компликује употребом здравствено не безбедних намирница. Светска Здравствена Организација прихвата HACCP систем као најефикаснији начин за контролу болести изазваних храном и препоручује га и здравственим установама. Примена овог стандарда за заштиту здравља и спречавање компликација током лечења пацијената у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите је од великог значаја. У свету се увелико проучавају предности здравствених установа које користе ову методологију и износе корисна искуства, која потврђују да је HACCP концепт у здравственим установама неопходан и најсигурнији начин за постизање потпуне контрола здравствене исправности хране намењене пацијентима.

Концепт HACCP је први пут примењен у САД-у у компанији Pillsbury, уз сарадњу са US Army Natick laboratories и NASSEe. Коришћен је да би се обезбедила хигијенско

токсиколошки исправна храна за астронауте. Препоруке овог стандарда су временом модификоване и НАССР концепт је прихваћен као међународно признати стандард за производњу здравствено безбедне хране. НАССР систем је код нас ступио на снагу и постао законска обавеза за све произвођаче хране Јуна 2009. Године, у складу са одлукама Министарства пољопривреде, у склопу Стратегије о безбедности хране и Закона о храни, а задњи рок за његову имплементацију је био до 10. 06. 2011. год.

НАССР концепт представља интегрисани систем који контролише здравствену исправност хране у свим фазама процеса производње, почевши од производње сировина, прераде, производње готовог прехранбеног производа и његове дистрибуције. Значајан је по томе што је заснован на превентивном приступу који доприноси смањењу ризика по здравље, али и смањује расходе који су настали због производње неупотребљивих производа. НАССР систем се заснива на идентификацији и процени свих могућих опасности од физичког, хемијског или биолошког ризика током производње и дистрибуције хране, одређивању неопходних мера за њихову превенцију и контролу и сигурности да ће те мере бити успешно спроведене. Рад на непосредној имплементацији НАССР концепта и НАССР плана (фаза реализације) садржи седам група активности, где свака група активности представља један од основних принципа овог концепта, односно један од захтева НАССР плана. Једино потпуно разумевање свих седам принципа и адекватна примена сваког од захтева, као и њихово повезивање у јединствен систем који обезбеђује здравствену исправност прехранбених производа доводи до успешне сертификације НАССР система од стране надлежног сертификационог тела.

Седам принципа НАССР стандарда:²⁴⁴

- 1. Спровођење анализе опасности** - ризика, идентификовање опасности/ризика који могу да се појаве у процесу производње. Опасност може бити физичка, хемијска или биолошка и мора се односити искључиво на безбедност хране.
- 2. Одређивање критичних контролних тачака (ССР)**- тачке у процесу где је могућа појава опасности - ризика. За сваки идентификовани ризик, мора постојати бар једна критична контролна тачка за контролу тог ризика.

²⁴⁴ Тисовски С., Ђуришић Б.; "Масовна исхрана", Београд, 2009.

3. Одређивање критичних граница- максимална или минимална вредност помоћу које се биолошке, хемијске и физичке опасности контролишу, како би се на њих деловало превентивно или да би се у потпуности елиминисале. Критична граница је критеријум који мора да се испуни у свакој ССР. Ако постоје, критичне границе се усклађују са захтевима прописа или закона.

4. Одређивање процедура/поступака за праћење ССР- поступци којима се осигурава да ССР остане у критичним границама. Поступци надзора могу да захтевају инструменте и опрему за мерење или други начин оцене процеса у ССР. Праћење критичних граница подразумева одговоре на питања шта, како, колико често и ко.

5. Одређивање корективних мера - мера у случају да надзор покаже да ССР није у оквиру критичних граница. Када се проблем појави, морају да постоје корективне мере да спрече појаву здравственог ризика за потрошаче. Корективне мере осигуравају да:

- узрок проблема буде идентификован и елиминисан,
- ССР буду под контролом и након предузетих корективних мера,
- ни један производ не угрози здравље људи или буде дистрибуиран на тржиште.

6. Успостављање процедура/поступака за верификацију - поступци и потврђивања да је НАССР систем ефикасан и да функционише добро. Поступци верификације могу да укључе преиспитивање НАССР планова, записа у ССР, критичних граница као и узорковања за лабораторијска испитивања. У верификационе активности треба да буду укључена овлашћена лица запослена у производњи, НАССР тим и представници инспекције у погону.

7. Успостављање и вођење ефикасне евиденције и документације - документовање да НАССР систем добро функционише. Записи треба да документују податке добијене праћењем - надзором ССР, укључујући и одступања и поступке верификације.

Инфекције и тровања која потичу из хране представљају увек потенцијалну опасност у свим установама масовне исхране, а многобројни узроци се могу контролисати једино систематски, ефикасним системима какав је НАССР. За здравствене установе на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите је од изузетног значаја да за своје пацијенте обезбеде здравствено исправну храну јер, поред осталог, многа истраживања указују да велики проценат интрахоспиталних инфекција потиче управо из хране.

Примена HACCP система здравственој установи омогућава да на најефикаснији начин редукује појаву болести и стања изазваних здравствено неисправном храном и да самим тим смањи појаву акцидентних ситуација у пружању здравствених услуга. Увођењем HACCP стандарда повећава се поверење пацијената у здравствену установу, а повећава се и свест запослених у прехранбеном одељењу о важности њихове улоге у постизању захтева за безбедност хране. Доказано је, такође, да се у здравственој установи која примењује овај систем значајно редукују трошкови кроз смањење небезбедних производа (хране). Примена HACCP концепта је везана и за ефикасније увођење нових технологија у процесу припреме хране, а такође, здравствена установа лакше испуњава захтеве законске регулативе и инспекцијског надзора који су везани за исхрану болесника.

Може се рећи да је HACCP концепт у корелацији са препорукама о здравим стилевима живота јер строго контролише ниво штетних састојака у храни, поред тога што штити здравља људи и животиња од контаминиране хране биолошким агенсима, даје осећај сигурности корисника да се храна системски и систематски контролише "од њиве до трпезе" и у погледу свих других штетних агенаса као што су пестициди, хербициди, нитрати, ниво олова, живе ...

3.3.8. Показатељи за мерење квалитета здравствене заштите

У Правилнику о показатељима квалитета је објашњено да се под показатељем квалитета подразумева квантитативан показатељ који служи за праћење и евалуацију квалитета неге и лечења пацијената и подршку активностима здравствене заштите. Показатељ представља бројчани израз одређене појаве или активности и приказује начин на који се та појава или активност развија (да ли се повећава или смањује). Показатељ, такође, даје податак о томе да ли неко стање уопште постоји и да ли су жељени и дефинисани резултати постигнути или нису.

Иако је квалитет једна од најзначајнијих димензија тј. карактеристика здравственог система, увођење организоване, системске активности за процену квалитета рада здравствених установа и сталног унапређења квалитета у нашим здравственим установама

су новијег датума. Први документ који се односио на унапређења квалитета здравствене заштите под називом “Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама” био је састављен 2004. год. од стране Министарства здравља. У њему су били дефинисани показатељи квалитета рада и упитници за мерење задовољства корисника, клинички критеријуми и методологија за утврђивање листе чекања и времена чекања на здравствене услуге. На основу овог документа је Институт за заштиту здравља Србије “Др Милан Јовановић-Батут” у Јуну 2004. год. објавио Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима рада, листама чекања, обуци запослених и задовољству пацијената. Затим је у Децембру 2005. год. донет Закон о здравственој заштити у коме се члан 203. односи на квалитет здравствене заштите па је свака здравствена установа била у обавези да се орјентише на стално унапређење квалитета здравствене заштите и да оформи комисију за стално унапређење и праћење квалитета рада. У Министарству здравља је формирана 2007. године специјална радна група за израду Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, којим су утврђени обавезни и препоручени показатељи квалитета за све нивое здравствене заштите, а Влада је тај предлог правилника усвојила у Јуну 2007. године. У њему су били одређени показатељи квалитета по нивоима здравствене делатности, по врстама здравствених установа и по медицинским гранама, он је обухватао показатеље квалитета рада здравствених установа, где је посебна пажња у оквиру обавезних показатеља квалитета поклоњена безбедности пацијената, листама чекања, задовољству корисника и задовољству запослених у здравственим установама, раду комисија за унапређење квалитета и стицању и обнови знања и вештина запослених. Све здравствене установе су пратиле обавезне показатеље квалитета, док су препоручени показатељи били значајни за оцену рада здравствене установе на сталном унапређењу квалитета здравствене заштите. Учесници у спровођењу овог концепта квалитета здравствене заштите су биле све здравствене установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, Министарство здравља, Републички фонд за здравствено осигурање, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ и институти и заводи за јавно здравље Републике Србије.

Исте године је издато Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите од стране Института за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут”. У њему су одређени поступак и начини прикупљања података неопходних за праћење показатеља квалитета здравствених установа Републике Србије. По њему су институти и заводи за јавно здравље имали посебано значајну улогу у праћењу показатеља квалитета здравствене заштите, њиховом обједињавању и извештавању на нивоу округа.

Републичка стручна комисија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената је формирана 2009. године, када је Влада на предлог Министарства здравља донела и Стратегију за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената. У јулу следеће године Влада је донела нови Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, који је почео да се примењује од Јануара 2011. године. Овим Правилником су укинута термини обавезних и препоручених показатеља, а поједини показатељи квалитета су измењени тако да су много боље приказивали квалитет појаве која се мери.

Због непрекидне потребе и тежње за сталним унапређењем квалитета здравствене заштите, задње године су карактеристичне по напорима компетентних институција за формулисање што поузданијих показатеља квалитета рада у систему здравствене заштите, не само процесних, већ првенствено исходних. Зато је врло значајан део активности у процесу праћења квалитета здравствене заштите стално преиспитивање и анализирање карактеристика показатеља квалитета. Постоје различити показатељи који се користе за праћење квалитета здравствене заштите, нпр. стражарни догађај представља појединачан, изузетно значајан догађај за здравствени систем, као што је смртни исход или повреда пацијената током боравка у болници..., затим стопа или однос показује учесталост неких појава, као што су повреде, инфекције... и приказује одступања од просечних или установљених вредности. Као што је већ речено, показатељ представља нумерички израз одређене појаве или активности, показује да ли се она повећава или смањује и да ли уопште постоји. За израчунавање потребних показатеља квалитета потребно је прикупити квалитетне податке из здравствених установа у којима се квалитет прати.

Димензије квалитета података су:²⁴⁵

- **Тачност** - податак се сматра тачним ако: мери оно за шта је намењен да мери. Тачан податак минимизује грешке.
- **Поузданост** – мерење и прикупљање доследно, према унапред утврђеним упутствима
- **Прецизност** - значи да је податак довољно детаљан
- **Потпуност** - да информациони систем из кога је податак произашао укључује све тражене компоненте за израчунавање
- **Правовременост** – подразумева актуелност и правовремену доступност података
- **Интегритет** – постоји када је систем који га користи заштићен од пристрасности и од политичких или личних манипулација
- **Поверљивост** - подаци су чувани у складу са националним и/или интернационалним стандардима за податке; ово значи да лични подаци неће бити непосредно откривени; ови подаци су у писаној копији и (или) електронској форми и третирани су уз одговарајући ниво сигурности (нпр. држани у закључаним кабинетима под шифром)

3.3.8.1. Мерење квалитета

Задњих деценија прошлог века владало је мишљење да је здравствени систем Србије добар, наши лекари су могли да се похвале значајним резултатима и у свету. Ипак је та процена била субјективна, није се базирала на конкретним показатељима, јер у нашим здравственим установама није постојало мерење и праћење показатеља квалитета. Теорија менаџмента квалитетом препоручује континуирано праћење и мерење параметара квалитета, као метод којим се одређује, прати, али и унапређује квалитет рада здравствених установа.

²⁴⁵ Манић С.,“Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

Пошто је од суштинског значаја за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената системски приступ његовом мерењу, мерење и праћење показатеља квалитета представљају највећи изазов за здравствене установе и здравствени систем у целини. Мерење квалитета представља квантитативно одређивање карактеристика квалитета, па је зато најважније најпре дефинисати шта треба мерити одређивањем одговарајућих показатеља и извора података за њихово израчунавање. После прикупљања потребних података за сваку здравствену установу, приступа се израчунавању установљених показатеља квалитета и њиховој анализи, па се показатељи из свих здравствених установа интегришу до нивоа примарне и секундарне здравствене заштите и шаљу надлежној институцији. Синтезом и анализом прикупљених показатеља квалитета на нивоу целокупног здравственог система омогућава се поређење актуелне праксе са критеријумима и стандардима идеалне праксе.

Од 2004. године, када су одређени први показатељи квалитета, све здравствене установе су достављале прикупљене и обрађене податке са израчунатим показатељима квалитета окружним институтима и заводима за јавно здравље. Институтути и заводи су те податке о показатељима квалитета контролисали и интегрисали из свих здравствених установа округа, уносили их у јединствену базу података и даље слали Институту за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут”. После периода контроле и извештавања, који је трајао до 2009. године, институти и заводи су добили задужење да за све здравствене установе округа ураде анализу и тумачење добијених резултата, да омогуће њихову доступност јавности и да здравственим установама пруже пуну подршку за унапређење квалитета, као и да предлажу нове могућности за његово унапређење.

Квалитет здравственог система Србије се обезбеђује праћењем и мерењем показатеља квалитета здравствене заштите у здравственим установама на основу Методолошког упутства за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета здравствене заштите, које одређује начине прикупљања, праћења, израчунавања и извештавања показатеља квалитета њиховог рада. Здравствене установе су обавезне да у периоду од једне календарске године, од 01. 01. до 31. 12, прикупе податке, да израчунају показатеље квалитета и да их доставе, до 01. фебруара, окружном институту/заводу за

јавно здравље. После детаљне појединачне контроле и анализе, окружни институт или завод за јавно здравље, податке о квалитету здравствене заштите целог округа шаље Институту за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут“, до 15 фебруара, а извештај - листу са вредностима праћених показатеља шаље надлежној филијали Републичког завода за здравствено осигурање.

Установе примарне здравствене заштите које треба да за своју делатност израчунају специфичне показатеље квалитета, као што је стоматолошка здравствена заштитана, здравствена заштита оболелих од туберкулозе и других плућних болести, хитна медицинска помоћ или фармацеутска делатност или здравствена заштита радника и здравствене установе које здравствену делатност обављају на више нивоа као што су институти, заводи и службе за трансфузију крви или за судску медицину, податке из своје установе шаљу, такође, окружном институту/заводу за јавно здравље до 01. фебруара, који их затим достављају Институту за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут“ до 15. фебруара. Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут“ све те податке о показатељима квалитета, у виду извештаја доставља надлежним установама да би их анализирале и контролисале. После обављене контроли надлежне установе обавештавају Институт о насталим изменама да би те измене биле унешене у базу података, а анализу и коначан извештај шаљу Институту за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут“ до 01. априла.

Институт за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“, Завод за антирабичну заштиту „Луј Пастер“, Завод за биоциде и медицинску екологију, Институт за медицину рада „Др Драгомир Карајовић“, Градски завод за геронтологију и Градски завод за кожно-венеричне болести, шаљу прикупљене податке на посебним извештајним обрасцима окружном институту/заводу за јавно здравље, који контролише показатеље квалитета и коначан извештај доставља Институту за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" до 1. марта.

На основу података из централне базе о показатељима квалитета, Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут“ врши њихову анализу и прикаује годишњи

извештај о показатељима квалитета здравствене заштите Србије, који је дужан да достави Министарству здравља и Републичком заводу за здравствено осигурање до 01. маја. Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут” организују конференције о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената на којима приказују успехе и проблеме везане за стално унапређење квалитета здравствене заштите. Такође, презентују ранг листе здравствених установа у Србији по величини установа и нивоима здравствене заштите. На почетку су најуспешнијима додељиване награде у виду информатичке и друге опреме или средства за реновирање и сл., док се последњих година додељују дипломе, захвалнице и повеље.

Домени квалитета који се мере:²⁴⁶

- Показатељи квалитета рада здравствених установа
- Рад комисија за унапређење квалитета рада
- Стицање и обнова знања и вештина запослених
- Вођење листа чекања
- Безбедност пацијената
- Задовољство корисника
- Задовољство запослених
- Процес рада – најбројнији показатељи; унапређени
- Исходи – ограниченог обима; унапређени
- Безбедност пацијената – оскудно извештавање; уведени нови показатељи
- Задовољство корисника/пацијената – до сада недовољно осетљиво мерење; коришћени су нови упитници од 2009. год.
- Задовољство запослених – захтевало унапређивање инструмента; у 2009. су коришћени нови упитници
- Рад комисија за квалитет у здравственој установи – недовољно информативни извештаји; предлог нових

²⁴⁶ Манић С., “Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

3.3.8.2. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите

У Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите који је објављен у "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010. године стоји да се под показатељима квалитета подразумевају квантитативани показатељи који се користи за праћење и евалуацију квалитета неге и лечења пацијената, као и подршку активностима здравствене заштите. Показатељи обухватају показатеље квалитета рада здравствених установа, показатеље квалитета који се односе на рад комисије за унапређење квалитета рада, стицање и обнову знања и вештина запослених, вођење листа чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника услугама здравствене службе и задовољство запослених. Даље је наглашено да се они утврђују према нивоима здравствене делатности, врстама здравствених установа и медицинским гранама.

У Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите направљене су следеће измене:²⁴⁷

- Нема више поделе на обавезне и препоручене показатеље – постоје само прави показатељи квалитета;
- Уведени су нови упитници за испитивање задовољство корисника/пацијената;
- Унапређено је испитивање професионалног задовољства уношењем нових димензија;
- Промењено је извешатавање о медицинској едукацији и о раду комисија за квалитет у здравственим установама.

Одређени су показатељи квалитета за примарни ниво здравствене делатности који су заједнички за службу здравствене заштите одраслог становништва, гинекологије и педијатрије:²⁴⁸

- Процент регистрованих корисника који су из било ког разлога посетили свог изабраног лекара/педијатра/гинеколога;

²⁴⁷ Манић С., "Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите", Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²⁴⁸ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

- Однос првих и поновних прегледа ради лечења код изабраног лекара/педијатра/гинеколога;
- Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код лекара/педијатра/гинеколога;
- Процент превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код лекара/педијатра/гинеколога;

Према Правилнику, у служби за здравствену заштиту одраслог становништва на нивоу примарне здравствене заштите, у области здравствене делатности коју обављају изабрани лекари (служба опште медицине) прате се следећи показатељи квалитета:²⁴⁹

- Обухват регистрованих корисника старијих од 65 година вакцинацијом против сезонског грипа;
- Процент оболелих од повишеног крвног притиска код којих је на последњем контролном прегледу вредност крвног притиска била нижа од 140/90;
- Процент оболелих од шећерне болести који су упућени на преглед очног дна
- Процент оболелих од шећерне болести код којих је бар једном одређена вредност гликолизираног хемоглобина (ХбА1ц);
- Процент регистрованих корисника у чији је здравствени картон убележена вредност крвног притиска, индекс телесне масе - ИТМ, пушачки статус и препоручени савети за здраво понашање;
- Процент регистрованих корисника старијих од 50 година којима је урађен тест на крвављење у столици (хемокулт тест);
- Процент епизода са тонзилофарингитисом код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином.

Правилником су одређени и показатељи квалитета који се прате у служби за здравствену заштиту деце и омладине примарног нивоа здравствене заштите.²⁵⁰

- Процент епизода са акутним инфекцијама горњих дисајних путева код којих је

²⁴⁹ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 4., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

²⁵⁰ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 5., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

- при првом прегледу прописан антибиотик;
- Процент епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којим је ординирана ампулирана терапија;
- Процент предгојазне/гојазне деце у чији је здравствени картон убележен статус ухрањености и дат савет о правилној исхрани;
- Обухват деце у 15. години живота комплетном имунизацијом.

Следећи показатељи квалитета се прате у области здравствене делатности коју обавља изабрани лекар, специјалиста гинекологије у служби за здравствену заштиту жена:²⁵¹

- Процент корисница од 25 до 69 година старости обухваћених циљаним прегледом ради раног откривање рака грлића материце;
- Процент корисница од 45 до 69 година старости које су упућене на мамографију у последњих 12 месеци.

Стоматолошку здравствену заштиту према Правилнику прати 10 показатеља квалитета. Прате се процесни и исходни показатељи квалитета посебно за децу, труднице и одрасло становништво.

У Патронажној служби дома здравља се прате следећи показатељи квалитета:²⁵²

- Просечан број патронажних посета по новорођеном детету;
- Обухват новорођенчади првом патронажном посетом;
- Просечан број патронажних посета по одојчету;
- Просечан број патронажних посета по особи старијој од 65 година.

Показатељи квалитета који се прате у фармацеутској здравственој делатности су:²⁵³

- Процент расхода лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе у односу на укупну набавну вредност лекова и медицинских средстава;

²⁵¹ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 6., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

²⁵² Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 10., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

²⁵³ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 16., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

- Процент оспорених рецепата при наплати од Републичког завода за здравствено осигурање услед грешке апотеке у односу на укупан број реализованих рецепата апотеке;
- Процент рецепата са интервенцијом фармацеута у односу на укупан број рецепата;
- Просечан број рецепата по фармацеуту;
- Просечан број рецепата прописаних од стране приватне праксе, а издатих у апотеци, и број издатих рецепата за лекове који нису на Листи лекова који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања, по фармацеуту;
- Просечан број налога за медицинска средства по фармацеуту;
- Просечан број магистралних и галенских лекова по фармацеуту;
- Број паковања галенских лекова израђених у галенској лабораторији апотеке.

Нови показатељи квалитета су:²⁵⁴

- Процент расхода лекова и медицинских средстава услед истека рока употребе у односу на укупну набавну вредност лекова и медицинских средстава
- Процент оспорених рецепата при наплати од РЗЗО услед грешке апотеке у односу на укупан број реализованих рецепата апотеке
- Процент рецепата са интервенцијом фармацеута у односу на укупан број рецепата
- Показатељи безбедности пацијената у апотекама.

Правилником су одређени и Показатељи квалитета у свим специјалистичко-консултативним службама, независно од врста здравствених установа и нивоа здравствене заштите.²⁵⁵

- Просечна дужина чекања на заказани први преглед;
- Укупан број сати у недељи када служба ради поподне;
- Број дана у месецу када је омогућено заказивање специјалистичко-консултативних прегледа;

²⁵⁴ Манић С., "Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите", Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²⁵⁵ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 17. "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

- Процент заказаних посета у односу на укупан број посета у специјалистичко - консултативној служби;
- Процент пацијената који су примљени код лекара у року од 30 минута од времена заказаног термина.

Квалитет здравствене заштите у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, према Правилнику о показатељима квалитета, за стационарну здравствену делатност, процењује се на основу показатеља који се прате на нивоу целе установе и показатеља који се прате по гранама медицине (интернистичка, гинекологија са акушерством, педијатрија, хирургија).

Показатељи квалитета који се прате на нивоу целе здравствене установе су:²⁵⁶

- Стопа леталитета;
- Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема;
- Дужина болничког лечења;
- Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи;
- Процент обдукованих;
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза;
- Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације;
- Процент пацијената који се прате по процесу здравствене заштите;
- Процент сестринских отпусних писама патронажној служби.

У интернистичким гранама медицине прате се следећи показатељи квалитета:²⁵⁷

- Стопа леталитета ;
- Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема;
- Стопа леталитета од инфаркта миокарда;
- Стопа умрлих од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема;

²⁵⁶ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 19., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

²⁵⁷ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 20., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

- Стопа леталитета од цереброваскуларног инсульта;
- Процент умрлих од цереброваскуларног инсульта у току првих 48 сати од пријема;
- Просечна дужина болничког лечења;
- Просечна дужина болничког лечења пацијената са акутним инфарктом миокарда;
- Просечна дужина болничког лечења код пацијената са цереброваскуларним инсультом;
- Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи;
- Процент обдукованих;
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза;
- Процент пацијената са акутним инфарктом миокарда код којих је извршен поновни пријем у коронарну јединицу;
- Процент поновних хоспитализација пацијената са акутним инфарктом миокарда у року од 30 дана од отпуста из болнице са овом дијагнозом;
- Процент пацијената са цереброваскуларним инсультом код којих је извршен пријем на одељење интензивне неге;
- Процент поновних хоспитализација пацијената са цереброваскуларним инсультом у року од 30 дана од отпуста из болнице са овом дијагнозом;
- Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на свим одељењима интернистичких грана медицине.

За хируршке гране медицине одређени су следећи показатељи:²⁵⁸

- Стопа леталитета;
- Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема;
- Стопа леталитета оперисаних пацијената;
- Просечна дужина болничког лечења;
- Просечан број преоперативних дана лечења;
- Просечан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу;

²⁵⁸ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 21., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

- Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи
- Процент обдукованих;
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза;
- Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на свим одељењима хируршких грана медицине;
- Број умрлих пацијената после апендектомије;
- Број умрлих пацијената после холецистектомије;
- Процент пацијената који су добили сепсу после операције, представља нови показатељ квалитета.

У гинекологији и акушерству се прате следећи показатељи квалитета:²⁵⁹

- Стопа леталитета;
- Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема;
- Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације;
- Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице;
- Просечна дужина болничког лечења;
- Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи;
- Процент породиља које су имале повреду при порођају;
- Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању;
- Процент порођаја обављених царским резом;
- Процент обдукованих;
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза;
- Процент порођаја обављених у епидуралној анестезији;
- Просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај;
- Процент пацијенткиња код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на одељењу гинекологије и акушерства;
- Укљученост породилишта у програм "Болница пријатељ беба";
- Процент порођаја обављених уз присуство партнера или члана породице

²⁵⁹ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 22., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

породиље, представља нови показатељ квалитета

Следећи показатељи квалитета се прате у педијатрији:²⁶⁰

- Стопа леталитета;
- Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема;
- Просечна дужина болничког лечења;
- Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи;
- Процент обдукованих;
- Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза;
- Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на одељењу педијатрије

Показатељи квалитета који се односе на вођење листа чекања јесу:²⁶¹

- Број нових пацијената стављених на листу чекања за сваку интервенцију, процедуру;
- Процент урађених интервенција - процедура са листе чекања у односу на укупни број урађених интервенција - процедура;
- Просечна дужина чекања за одређену интервенцију - процедуру пацијената са листе чекања на нивоу здравствене установе;
- Процент упутних дијагноза за компјутеризовану томографију ендокранијума подударних са налазом после обављене дијагностичке процедуре;
- Процент упутних дијагноза за магнетну резонанцу ендокранијума са налазом после обављене дијагностичке процедуре.

Листе чекања²⁶²

- више нису дефинисане интервенције или/и процедуре;
- ревидирани су показатељи;
- 5 обавезних показатеља.

²⁶⁰ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 23., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

²⁶¹ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 25., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

²⁶² Манић С., "Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите", Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

Безбедност пацијената²⁶³

- 13 показатеља безбедности пацијената у здравственим установама
- 4 показатеља безбедности пацијената у апотекама
- Уместо генеричких уведене су стопе и проценти

Безбедност пацијента представља идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја са, циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво.²⁶⁴

Показатељи квалитета који се односе на безбедност пацијената, за установу у целини на свим нивоима здравствене заштите јесу:²⁶⁵

- Успостављене формалне процедуре за регистровање нежељених догађаја и опис процедуре;
- Успостављене формалне процедуре за регистровање нежељених дејстава лекова и опис процедуре;
- Стопа падова пацијената;
- Стопа пацијената са декубитусима;
- Стопа компликација насталих услед давања анестезије у здравственој установи;
- Стопа поновљених операција у истој регији;
- Стопа механичких јатрогених оштећења насталих приликом хируршке интервенције;
- Стопа тромбоемболијских компликација;
- Број хируршких интервенција које су урађене на погрешном пацијенту, погрешној страни тела и погрешном органу;
- Контрола стерилизације;
- Стопа инциденције болничких инфекција на јединици интензивне неге здравствене

²⁶³ Манић С., "Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите", Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²⁶⁴ Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите, "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010.

²⁶⁵ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, члан 27., "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

- установе;
- Стопа инциденције инфекција оперативног места;

Поред раније наведених показатеља који се прате у фармацеутској здравственој делатности, на основу овог правилника, здравствене установе-апотеке прате и следеће показатеље:²⁶⁶

- Број пријава нежељене реакције на лек;
- Процент рецепата са административном грешком у односу на укупан број рецепата;
- Број рецепата са стручном грешком у прописивању лека;
- Број погрешно издатих лекова на рецепт.

3.3.8.3. Показатељи квалитета и критеријум за избор показатеља квалитета

Избор показатеља квалитета у нашим здравственим установама је извршен на основу показатеља квалитета здравствене заштите који се примењују у земљама чланицама Европске уније и на основу анализе наших националних водича за одређена стања и националних програма за скрининге и хроничне болести, а узете су у обзир и друге важеће норме из домена здравствене заштите у Републици Србији.

Квалитет здравственог система Србије се обезбеђује праћењем и мерењем дефинисаних показатеља квалитета у здравственим установама, што указује на потребу пажљивог избора показатеља на основу постављених критеријума, који треба да прикажу са свих аспеката и што реалније квалитет рада у нашим здравственим установама. Може се рећи да је међу најзначајнијим критеријумима за избор показатеља њихова важност, односно, значај онога што се мери, нпр. значај болести или значај ризика по здравље корисника, или пак значај трошкова по здравствени систем. Релевантност параметара који се мере за здравствену политику и могућности утицаја здравственог система на уочене проблеме, такође, представљају критеријум који значајно утичу на избор показатеља квалитета.

²⁶⁶ Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, "Службеном гласнику РС", бр. 49/2010 од 21.7.2010.

Важан критеријум је и научна потврђеност показатеља, а подразумева валидност, поузданост и заснованост на доказима самих параметара. Као критеријум се узима и могућност за њихово поређење, што је условљено доступношћу национално и интернационално упоредивих података, као и могућност упоређења трошкова мерења.

Критеријуми за избор показатеља квалитета:²⁶⁷

Важност онога шта се мери:

- Значај болести или ризика по здравље пацијената и корисника, или трошкова по здравствени систем
- Релевантност за здравствену политику
- Могућност утицаја здравственог система на проблем

Научна потврђеност самог показатеља:

- Ваљаност (валидност)
- Поузданост
- Заснованост на доказима

Могућност за поређење:

- Постојање прототипа
- Доступност национално/интернационално поредивих података
- Трошкови мерења

Показатељ или индикатор за процену квалитета је дефинисан као “Статистичка мера која обезбеђује индикације о одређеном стању, о извршавању дефинисаног процеса током одређеног временског периода или достизању дефинисаног исхода”, и као “Индикатор је квантитет који указује на квалитет и увек је изражен као број; индикатор је знак, заставица, сигнал, поглед на граничну линију. Може бити:²⁶⁸

- Стражарни догађај, који представља појединачан, изузетно значајан догађај (као што је смртни исход, несрећа, судски процес...) и који захтева непосредно

²⁶⁷ Манић С., “Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.

²⁶⁸ Симић С., “Показатељи квалитета рада и показатељи безбедности пацијената у болницама у Европи и свету – критички осврт и предлози нових показатеља”, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду.

www.batut.org.rs/download/.../7_Predlog_pok_bolnice.pdf

истраживање узрока; и

- Стопа (учесталост инфекција, повреда, царског реза...) која се рутински прати и периодично анализира, а када значајно одступи од својих просечних вредности предузимају се одговарајуће акције”

Постигнути квалитет се одржава и унапређује праћењем и мерењем претходно дефинисаних параметара квалитета, који су проистекли из анализе критеријума квалитета услуга, критеријума квалитета процеса и критеријума квалитета система сваке здравствене установе.²⁶⁹ Сваки параметер треба да буде одређен циљном вредношћу и његовим границама толеранције и једнозначно везан за одређени процес, одређену услугу или цео систем установе.²⁷⁰

Показатеље можемо поделити на основу различитих критеријума као што су: стопе у односу на стражарне догађаје; показатељи који се односе на структуру, процес или исход здравствене заштите; или генерички показатељи у односу на специфичне, према обољењима. Пример показатеља квалитета заснованог на стопама је бактеријемја настала током хоспитализације, а показатељ заснован на стражарном догађају је нпр. број пацијената који је преминуо током хируршке интервенције. Пример показатеља који се односи на структуру је проценат специјалиста у односу на друге лекаре или доступност високих технологија. Показатељи који се односе на процес су нпр. проценат пацијената дијабетичара који су добили савет за негу стопала или проценат пацијената лечених према водичима добре лекарске праксе. Показатељи који се односе на непосредни исход су нпр. вредност крвног притиска код пацијената са хипертензијом или липидни статус код пацијената са хиперлипидемијом, док је пример крајњег исхода специфичног у односу на обољења морбидитет, морталитет, функционални статус ... задовољство пацијената. У генеричке показатеље спадају нпр. болнички леталитет или непланирано враћање у операциону салу, а пример показатеља специфичног за обољење је нпр. проценат пацијената са преломом кука којима је неопходна поновна операција. Класификација

²⁶⁹ Живаљевић А., Врцел Н., “Управљање квалитетом здравственог система праћењем и мерењем параметара квалитета”, Пословна Економија, Година IX, број II, стр. 297- 320.

²⁷⁰ Живаљевић А., Врцел Н., “Управљање квалитетом здравственог система праћењем и мерењем параметара квалитета”, Пословна Економија, Година IX, број II, стр. 297- 320.

показатеља квалитета према нивоу пружене здравствене заштите подразумева показатеље који се односе на превенцију, на акутну здравствену заштиту, на здравствену негу и третман.

Карактеристике идеалног показатеља квалитета:²⁷¹

- Показатељ је базиран на усаглашеној дефиницији, детаљно и прецизно је описан;
- Показатељ је високо оптимално специфичан и сензитиван;
- Показатељ је валидан и поуздан;
- Показатељ може да направи разлику између квалитета и некавалитета;
- Показатељ се односи на јасно/прецизно идентификован догађај за корисника;
- Показатељ је такав да обезбеђује поређење (установе, територије);
- Показатељ је заснован на доказима (evidence-based).

²⁷¹ Симић С., “Показатељи квалитета рада и показатељи безбедности пацијената у болницама у Европи и свету – критички осврт и предлози нових показатеља”, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду.
www.batut.org.rs/download/.../7_Predlog_pok_bolnice.pdf

4. ИСТРАЖИВАЊЕ УТИЦАЈА ВЛАСНИЧКЕ СТРУКТУРЕ НА СИСТЕМ ЗА МЕНАџМЕНТ КВАЛИТЕТОМ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ПРИМАРНОГ И СЕКУНДАРНОГ НИВОА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

4.1. Методе које су примењене у истраживању

У току истраживања и доношења закључака у односу на постављене хипотезе користиће се следеће научне методе:

- Метод узорковања
- Метод прикупљања и обраде података
- Метод научног посматрања и научног испитивања појава, којима ће бити омогућено утврђивање разлика у квалитету здравствених услуга и разлике у функционисању здравствених установа приватног и државног сектора.
- Метод анализе и метод синтезе, који омогућавају проучавање појава посебно и у контексту окружења, уочавање трендова и тенденција у понашању здравствених институција и њених корисника. Користиће се и анализа документације, под којом се подразумева анализа конкретних извештаја о показатељима квалитета здравствене заштите у испитиваним здравственим установама и њихово упоређивање са годишњим извештајима о унапређењу квалитета рада у здравственим установама Републике Србије које издаје Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, а који приказују просечне вредности показатеља квалитета по регионима. Посебно ће се анализирати подаци прикупљени у анкетним упитницима да би се установио ниво квалитета у здравственим установама приватног и државног сектора и извршила њихова компарација.
- Метод индукције и метод дедукције, којима ће бити омогућено закључивање на основу појединачних примера из праксе
- Метод генерализације, којим ће се уобличити уопштени закључци за све случајеве под датим околностима.

4.2. Узорак истраживања

Од октобра 2016. до јануара 2017. године спроведена је анкета у 50 здравствених установа Републике Србије којом су прикупљани подаци који се односе на период од 2013 – 2015 године. Упитник којим су анкетирани установе се састојао од 34 питања, од којих се прво питање односило на генералне податке о капацитету и власничкој структури установе, док су се осталих 33 питања односили на параметре којима се могу тестирати постављене хипотезе. Упитнике су попуњавали запослени из установе који су или задужени за квалитет у установи или су на највишим руководећим функцијама установе па стога располажу неопходним подацима.

Узорковане здравствене установе су класификоване у две групе, према власничкој структури, тако да су једну групу испитаника чиниле установе у државном власништву, а другу групу установе у приватном власништву. У обе групе биле су заступљене установе и примарног и секундарног нивоа здравствене заштите. Установе терцијалног нивоа здравствене заштите нису узете у обзир током истраживања с обзиром на то да у Републици Србији не постоје установе терцијалног нивоа здравствене заштите у приватном власништву. Структура оба узорка је дата Табелом 4.

Табела 4: Структура узорка с обзиром на власништво и ниво здравствене заштите

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Примарни ниво здравствене заштите	16	22
Секундарни ниво здравствене заштите	9	3
Укупно	25	25

4.3. Ток истраживања

Обе групе, формиране према власничкој структури здравствених установа, обрађиване су статистички засебно тако што је израчуната просечна вредност податка који су добијени као одговор на свако питање из анкетног упитника. Свака помоћна хипотеза тестирана је ANOVA тестом, са интервалом поверења од 95%, тј. $\alpha=0.05$, тако што је тест био примењен на просечне вредности добијене за она питања која су се односила на постављену и тестирану хипотезу.

4.4. Резултати истраживања

Табела 5: Процент установа у групи које управљају мотивацијом запослених

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Процент медицинског особља који је послат на обуке	34.375	97.41
Процент немедицинског особља који је послат на обуке	9.375	0
Процент установа које мотивишу своје запослене само различитим видовима едукација	0	96
Процент установа које мотивишу запослене само стимулацијом	8	64
Процент установа које мотивишу запослене стварањем бољих међуљудских односа и услова за рад, професионалном едукацијом запослених и годишњим наградама за дан установе	4	72
Процент установа које прате задовољство запослених	4	0

Тренд иновирања знања запослених у државним установама приказан је Графиком 1 и Графиком 2, док График 3 показује задовољство запослених, а График 4 – број запослених који су дали отказ у државним установама у периоду од 2013. до 2015. године.

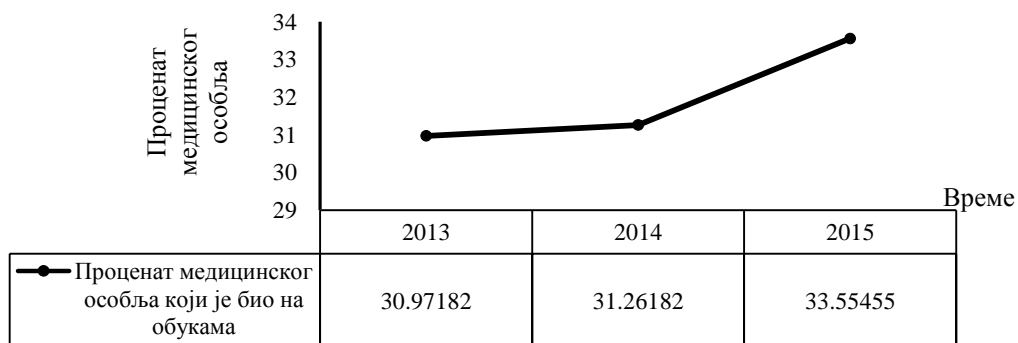


График 1: Процент медицинског особља државних установа који је био на обукама од 2013. до 2015. године

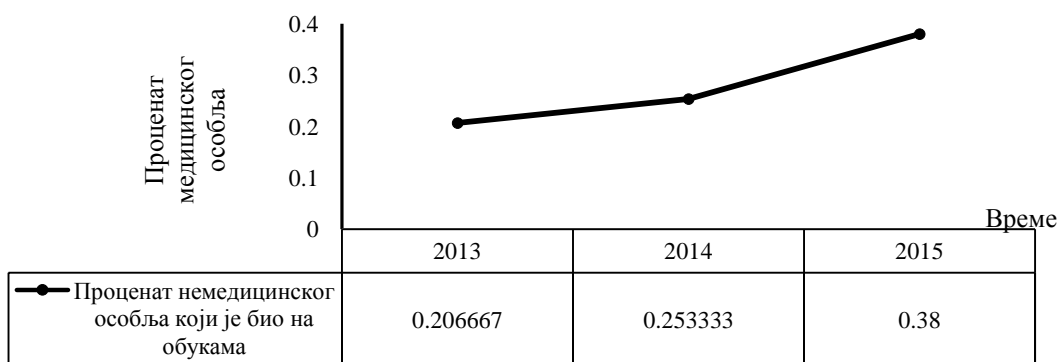


График 2: Процент немедицинског особља државних установа који је био на обукама од 2013. до 2015. године

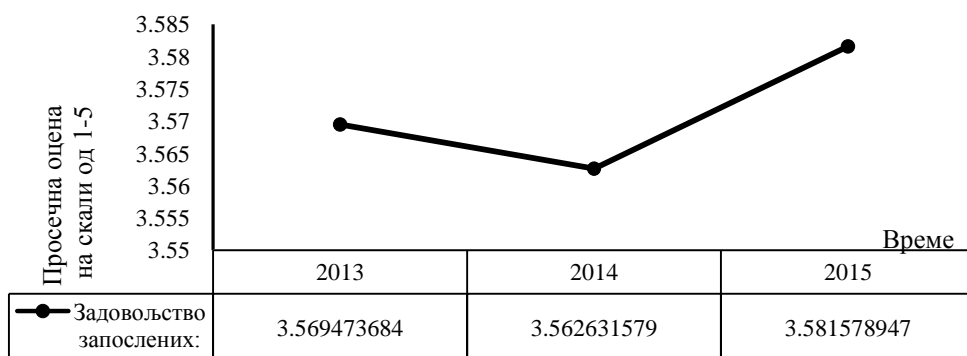


График 3: Задовољство запослених у државним установама у периоду од 2013. до 2015. године

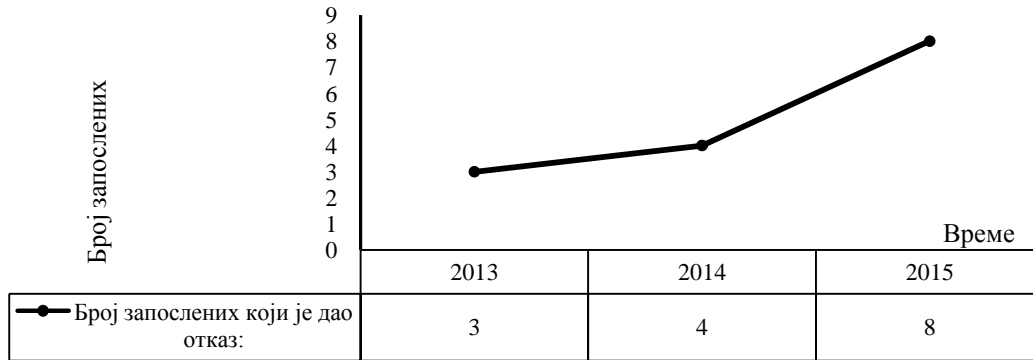


График 4: Просечан број запослених који је напустио државне установе у периоду од 2013. до 2015. године

Без обзира што државне установе шаљу своје запослене на обуке и што задовољство запослених благо расте, приметан је пораст броја запослених који одлазе својевољно из државних установа. Из овога се може закључити да висина зараде, која је у приватним здравственим установама већа, има важан утицај на мотивацију запослених.

Приватне здравствене установе не воде податке о задовољству запослених, нити о броју оних који су својевољно напустили установу. Едукације се у приватним здравственим установама спровode само за медицинско особље, а тренд процената запослених који су едуковани у приватним здравственим установама је приказан Графиком 5.

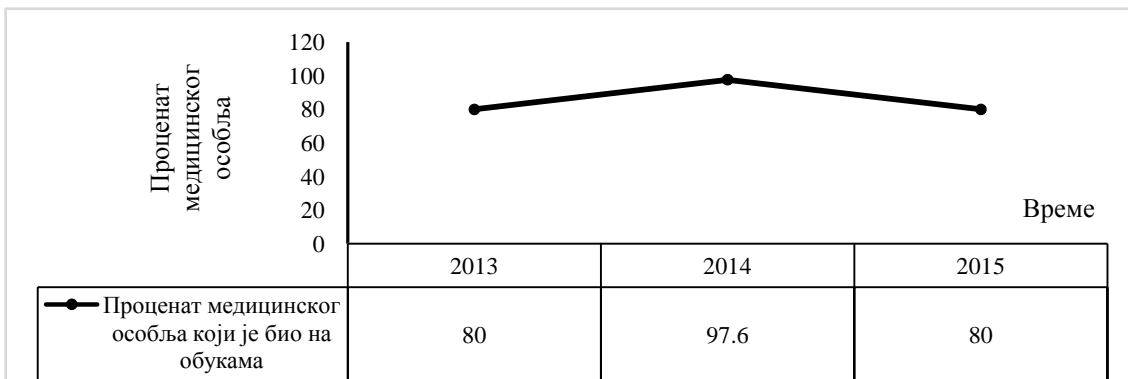
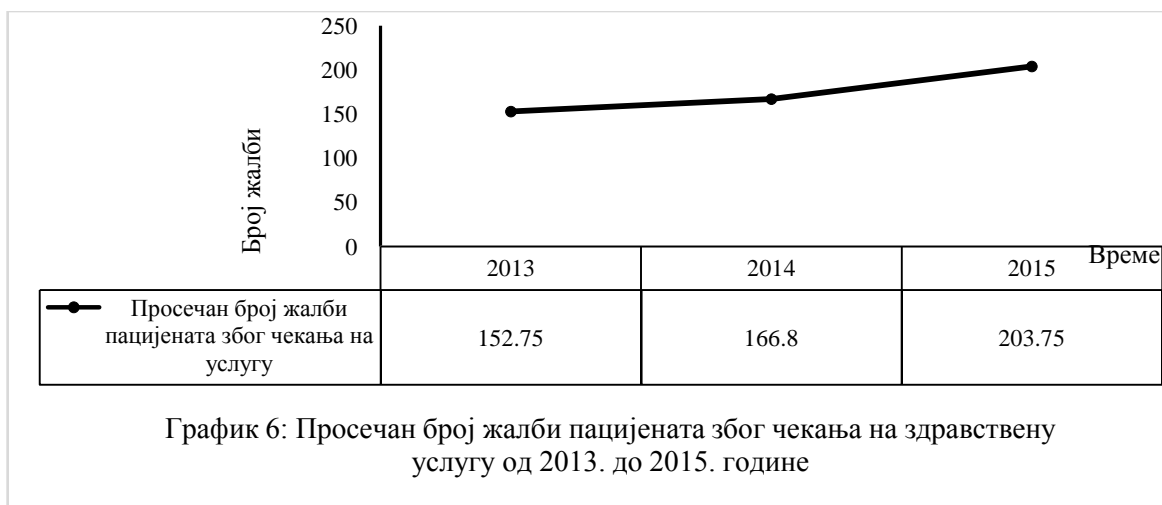


График 5: Процент медицинског особља приватних установа који је био на обукама од 2013. до 2015. године

Табела 6: Просечно време чекања пацијената на пружање здравствене услуге у групи која управља временом чекања пацијената

	I група узорка Просечно време чекања пацијената у државним установама изражено у минутима	II група узорка Просечно време чекања пацијената у приватним установама изражено у минутима
Просечно време чекања пацијента на преглед лекара опште праксе	8.67	1.00
Просечно време чекања пацијента на преглед лекара специјалисте без коришћења медицинских уређаја	10106	1440
Просечно време чекања пацијента на преглед лекара специјалисте уз коришћење медицинских уређаја	20181.5	723.75
Просечно време чекања пацијента на преглед лабораторијске налазе	20184.75	727.5
Просечно време чекања пацијента на пружање терапије	4338	1440
Просечно време потребно за заказивање прегледа по лекару	10088.33	12
Просечно време кашњења пријема пацијента у ординацију у односу на заказано време пријема по лекару	10.75	8.57

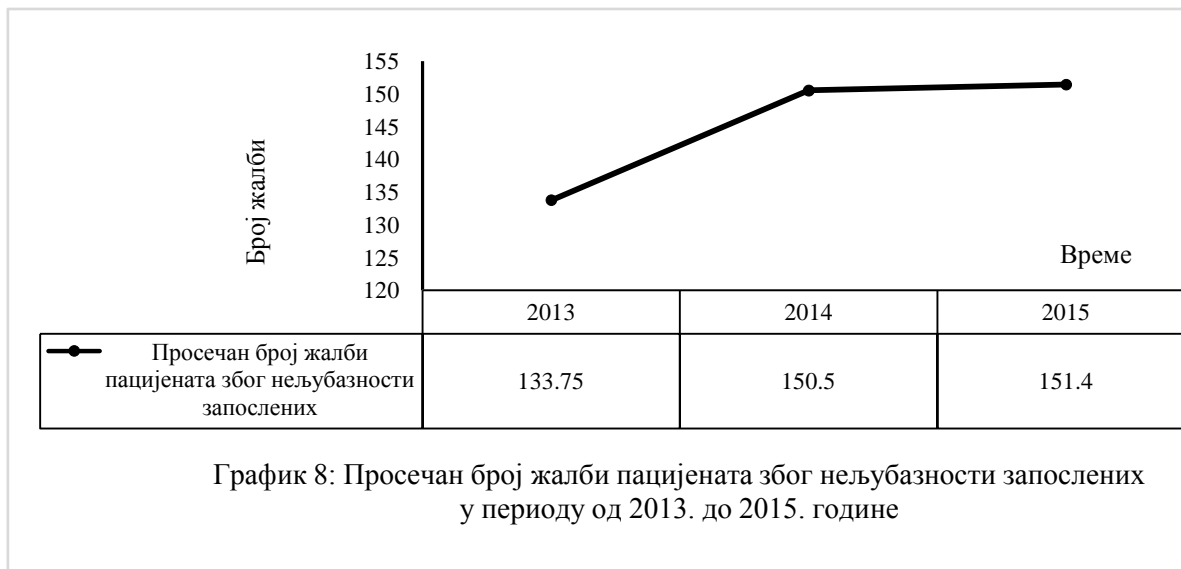
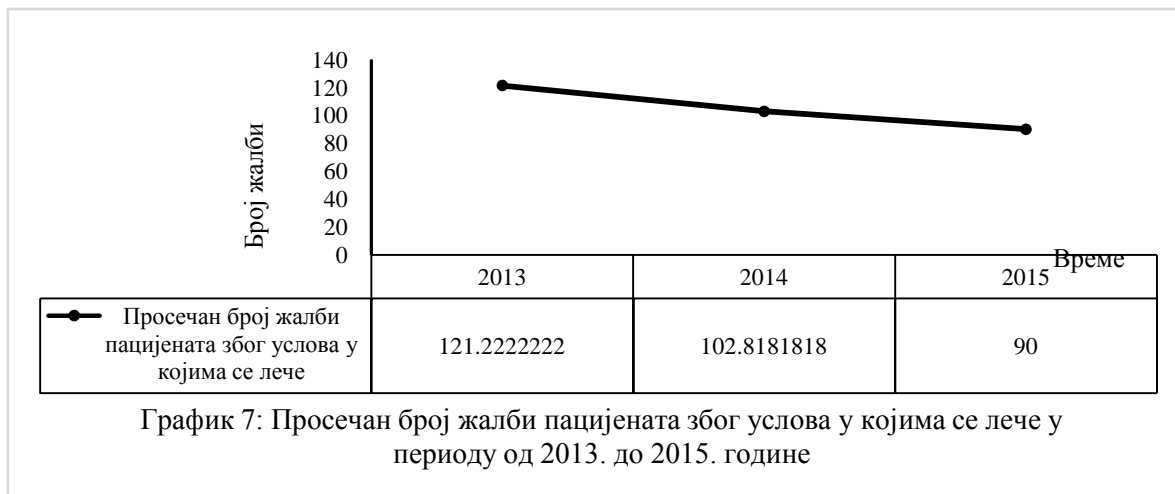
И приватне и државне установе воде евиденцију о жалбама пацијената. У периоду од 2013. до 2015. године у приватним установама није била поднета ни једна жалба због чекања пацијента на пружање здравствене услуге, док је тренд броја жалби за поменути период у државним установама приказан Графиком 6.



Табела 7: Просечне вредности окренутости радне средине пацијентима и љубазност запослених

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Процент установа у којима су се пацијенти жалили због услова у којима се лече	8	4
Процент установа у којима су се пацијенти жалили због нељубазности запослених	16	8
Процент установа које поседују паркинг за пацијенте	0	100
Процент установа у којима су посећеније ординације доступније пацијентима	0	100
Процент установа у којима се пацијентима у чекаоници пушта музика	0	100
Просечна оцена уређености ординација на скали од 1 до 5	1.25	5
Просечна оцена уређености чекаоница на скали од 1 до 5	1.75	5

У периоду од 2013. до 2015. године у приватним установама није била поднета ни једна жалба пацијената због услова у којима се лече нити због нељубазности запослених, док је тренд броја жалби за поменути период у државним установама приказан Графиком 7 и Графиком 8.



Табела 8: Просечне вредности показатеља начина организованости здравствених установа

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Просечан број запослених по служби	44.19	4.38
Процент установа које су примениле акредитационе стандарде	88	12
Процент установа које су примениле стандард ИСО 9001	12	24
Процент установа које су примениле неки од модела изврности	0	0
Процент установа које су примениле организациони модел који су саме развиле	4	24
Процент установа у којима се преглед заказује искључиво уз упут на шалтеру за специјалистичке прегледе или интервенције	12	0
Процент установа у којима се преглед заказује искључиво доласком на шалтер без упута који мора касније донети на преглед	12	0
Процент установа у којима се преглед заказује искључиво доласком на шалтер али му упут није потребан за преглед или интервенцију	12	0
Процент установа у којима се преглед заказује телефоном или доласком на шалтер али за преглед или интервенцију мора имати упут	20	0
Процент установа у којима се преглед заказује телефоном или доласком на шалтер али му упут није потребан за преглед или интервенцију	12	36
Процент установа у којима се преглед заказује путем мејла (или преко сајта установе), телефоном или доласком на шалтер али за преглед или интервенц. мора имати упут	76	0
Процент установа у којима се преглед заказује путем мејла (или преко сајта установе), телефоном или доласком на шалтер, али му упут није потребан за преглед или интервенцију	4	60

Процент установа у којима се прегледи и интервенције не заказују, већ пацијент чим дође може добити услугу	4	0
Процент установа које имају прописан начин поступања са оправданим жалбама пацијената	92	24
Проц. установа које имају прописан начин поступања када се утврди грешка у пружању услуге без обзира на жалбу	84	12
Процент установа које планирају обуке запослених	64	84
Процент установа које мере ефекте спроведених обука	28	100
Процент установа које су одредиле једног запосленог који је задужен за мерење ефеката обука	8	0
Процент установа које планирају одржавање медицинске опреме	56	88
Процент установа које су дефинисале параметре квалитета које прате и мере	88	12
Процент установа које су прописале начин праћења и мерења параметара квалитета	88	12
Процент установа које су одредиле једног запосленог који је задужен за праћење и мерење параметара квалитета	32	12
Процент установа које су дефинисале временски интервал праћења и мерења	32	12
Процент установа које су прописале начин дистрибуције обрађених података праћења и мерења	32	12
Процент установа које истражују потребе пацијената	12	100
Процент установа које истражују развој здравствених установа у окружењу	12	50
Процент установа које истражују и прате светске трендове	4	64

Табела 9: Просечне вредности показатеља ефикасности здравствених установа

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Просечан број грешака лекара у одређивању терапије по установи	13.53	0
Просечан број грешака услед квара или застарелости медицинских уређаја по установи	7.29	0

Просечан број грешака услед замене података о пацијентима или замене узорака који се испитују по установи	39.5	0
Просечан број грешака у лабораторијским анализама услед примене неадекватних реагенса по установи	16.17	0
Просечан број грешака грешака из осталих разлога по установи	11.57	0
Просечно време чекања пацијента на преглед лекара опште праксе у минутима	10106	1440
Просечно време чекања пацијента на преглед лекара специјалисте без коришћења медицинских уређаја у минутима	20181.5	723.75
Просечно време чекања пацијента на преглед лекара специјалисте уз коришћење медицинских уређаја у минутима	20184.75	727.5
Просечно време чекања пацијента на лабораторијске налазе у минутима	4338	1440
Просечно време чекања пацијента на пружање терапије у минутима	10288.33	12
Просечно време потребно за заказивање прегледа по лекару у минутима	17.75	8.57
Просечно време кашњења пријема пацијента у ординацију у односу на заказано време пријема по лекару у минутима	46.75	15.71
Просечан број пацијената по лекару дневно	43.2	12.6
Просечан број компликација изазваних погрешним поступањем или пропустима у дијагностиковању и лечењу	3.6	0
Просечан број поновљених хируршких интервенција у истој регији	33.56	11.67
Просечан број инфекција на местима на којима је вршена интервенција	9.424	0
Просечан број компликација проузрокованих интервенцијом на другим деловима тела, органима и системима органа	11.7	0
Просечно кашњење опоравка пацијента у односу на очекивано време опоравка у данима	8.9	0
Просечан број изненадних кварова у току године	26.2	1
Просечан број дана у којима су средства била у квару	67.3	0

Табела 10: Просечан број дијагностичких метода, анализа и контролних прегледа корисника

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Просечан број новозапослених по установи у периоду од 2013-2015 године	6.5	0
Просечан број нових метода у лечењу и дијагностиковању по установи у периоду од 2013-2015 године	0	0
Просечан број нових медицинских уређаја у лечењу и дијагностиковању по установи у периоду од 2013-2015 године	5.4	0
Просечан број нових начина одвијања процеса који су подршка процесима лечења и дијагностиковања по установи у периоду од 2013-2015 године	1.7	0
Просечан број различитих медицинских служби по установи у периоду од 2013-2015 године	12.82	2.63
Просечан број различитих дијагностичких апарата по установи у периоду од 2013-2015 године	15.77	3.67

Табела 11: Начини рационализације трошкова у установама

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Процент установа које су примениле смањивање броја запослених због рационализације трошкова	12	0
Процент установа које су примениле ограничавање фонда за обуке лекара због рационализације трошкова	100	0
Процент установа које су примениле ограничавање фонда за набавку нових медицинских уређаја због рационализације трошкова	100	24
Процент установа које су примениле избор добављача на основу најниже цене због рационализације трошкова	100	4
Процент установа које су примениле оптимизацију токова процеса елиминацијом дуплираних или непотребних	0	88

активности због рационализације трошкова		
Процент установа које су примениле ограничавање броја дијагностичких прегледа и анализа по пацијенту због рационализације трошкова	100	0
Процент установа које су примениле ограничавање броја упута по пацијенту због рационализације трошкова	100	0
Процент установа које су примениле смањивање зарада запослених због рационализације трошкова	12	16

Табела 12: Информисаност пацијената и реаговање установе на жалбе

	I група узорка Државне установе	II група узорка Приватне установе
Просечан број жалби пацијената по установи годишње због услова у којима се лече	104.6801347	1.33
Просечан број жалби пацијената по установи годишње због нељубазности запослених	145.2166667	2.66
Просечан број жалби пацијената по установи годишње пацијената због чекања на услугу	137.3666667	0
Просечан број жалби пацијената по установи годишње због кршења права пацијената	34.54563492	0
Просечан број жалби пацијената по установи годишње због нетачних резултата лабораторијских испитивања	4.819444444	0
Просечан број жалби пацијената по установи годишње због осталих разлога	53.26666667	0
Просечно време потребно за решавање жалбе у данима по жалби	161.73	2.33
Процент установа које су установиле процедуру за поступање са жалбама пацијената	92	24

Табела 13: Задовољство пацијената

година	I група узорка Просечна оцена задовољства пацијената државним установама	II група узорка Просечна оцена задовољства пацијената приватним установама
2013	3.735384615	4.76
2014	3.579230769	4.72
2015	3.522307692	4.79

5. АНАЛИЗА РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА У ОДНОСУ НА ПОСТАВЉЕНЕ ХИПОТЕ

За тестирање хипотезе H_1 : „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у мотивацији здравствених радника“ коришћене су просечне вредности добијене упитником које су дате у Табели 5 (Процент установа у групи које управљају мотивацијом запослених)

На просечне вредности које су дате у Табели 5 примењен је ANOVA тест за тестирање значајности разлике између приватних и државних здравствених установа у погледу мотивације запослених, а резултати теста су приказани у Табели 14.

Табела 14: Резултати ANOVA теста за хипотезу H_1

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	6
Број података у свим групама	$N = k * n$	12
Број степена слободе између група	k-1	1
Број степена слободе унутар групе	N-k	10
Средња вредност свих података	$\bar{X}_t = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	25.7375
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_{ij} - \bar{X}_t)^2$	10670.07092
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (\bar{X}_i - \bar{X}_t)^2 * n$	6597.184308
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (\bar{X}_i - \bar{X}_t)^2 * n / (k-1)$	6597.184308
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_{ij} - \bar{X}_t)^2 / N-k$	1067.007092
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	6.18

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;10;0,05) = 4.964602744$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу мотивације запослених. То доказује да власничка структура има утицај на начине мотивације запослених у здравственим установама, те да се хипотеза H_1 може сматрати тачном.

За тестирање хипотезе H_2 : „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у времену чекања на пружање здравствене услуге“ коришћене су просечне вредности добијене упитником, а које су дате у Табели 6 (Просечно време чекања пацијената на пружање здравствене услуге у групи која управља временом чекања пацијената).

На просечне вредности дате Табелом 6 примењен је ANOVA тест за тестирање значајности разлике између приватних и државних здравствених установа у погледу управљања временом чекања пацијената, а резултати теста су приказани у Табели 15.

Табела 15: Резултати ANOVA теста за хипотезу H_2

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	7
Број података у свим групама	$N = k * n$	14
Број степена слободе између група	k-1	1
Број степена слободе унутар групе	N-k	12
Средња вредност свих података	$\bar{X}_t = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	4338.080565
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - \bar{X}_{ij})^2$	437588055.8
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_t)^2 * n$	267256247.3
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_t)^2 * n / (k-1)$	267256247.3

Варијанса унутар групног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{i=1}^{11} \left(\sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2 \right) / N-k$	36465671.32
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	7.328981962

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;12;0,05) = 4.747225347$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу времена чекања пацијената на пружање здравствене услуге. То доказује да власничка структура има утицај на чекање пацијената у здравственим установама и да се хипотеза H_2 може сматрати тачном.

За тестирање хипотезе H_3 : „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у окренутости радне средине корисницима као и у предусретљивости и љубазности запослених“ коришћене су просечне вредности добијене упитником које су дате у Табели 7 (Просечне вредности окренутости радне средине пацијентима и љубазност запослених).

На просечне вредности дате Табелом 7 примењен је ANOVA тест за тестирање значајности разлике између приватних и државних здравствених установа у погледу окренутости радне средине пацијентима и љубазност запослених, а резултати теста су приказани Табелом 16.

Табела 16 : Резултати ANOVA теста за хипотезу H_3

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	7
Број података у свим групама	$N = k * n$	14
Број степена слободе између група	k-1	1
Број степена слободе унутар групе	N-k	12
Средња вредност свих података	$\bar{X}_t = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	24.92857143
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \left(\sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2 \right)$	15538.48214

Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (\bar{X}_i - \bar{X}_t)^2 * n$	6216.071429
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (\bar{X}_i - \bar{X}_t)^2 * n / (k-1)$	6216.071429
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{j=1}^{26} (\sum (X_i - X_{ij})^2) / N-k$	1294.873512
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	4.800524045

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;12;0,05) = 4.747225347$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу окренутости радне средине пацијентима и љубазности запослених. То, надаље, значи да власничка структура има утицај на окренутоост радне средине пацијентима и љубазност запослених у здравственим установама и да се хипотеза Х3 може сматрати тачном.

За тестирање хипотезе Х4: „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у организацији и ефикасности процеса пружања услуга, од самог заказивања и пријема корисника, примене медицинских процедура, дијагностике и лечења, до жељених исхода и контролних прегледа“ подаци добијени из упитника подељени су у две групе, и то на групу података који се односе на показатеље организованости и оне који се односе на показатеље ефикасности, која би требало да буде последица организованости. Подаци који се односе на начин организовања здравствених установа дати су Табелом 8 (Просечне вредности показатеља начина организованости здравствених установа), а они који се односе на показатеље ефикасности дати су Табелом 9 (Просечне вредности показатеља ефикасности здравствених установа).

На обе групе показатеља примењен је засебно ANOVA тест за тестирање значајности разлике између приватних и државних здравствених установа у погледу начина организовања установа, резултати теста су дати Табелом 17, а у погледу ефикасности здравствених установа резултати су дати Табелом 18.

Табела 17: Резултати ANOVA теста за хипотезу Х4 у погледу начина организовања установа

Број група	k	54
Број података у једној групи	n	27
Број података у свим групама	$N = k * n$	1458
Број степена слободe између група	k-1	53
Број степена слободe унутар групе	N-k	1404
Средња вредност свих података	$\bar{X}_t = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	31.01055556
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2$	55555.41233
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (\bar{X}_i - \bar{X}_t)^2 * n$	667.18215
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (\bar{X}_i - \bar{X}_t)^2 * n / (k-1)$	667.18215
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2 / N-k$	39.569382
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	16.86107076

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;1404;0,05) = 3.84809061$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу начина организовања.

Табела 18: Резултати ANOVA теста за хипотезу Х4 у погледу ефикасности установа

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	20
Број података у свим групама	$N = k * n$	40
Број степена слободe између група	k-1	1
Број степена слободe унутар групе	N-k	38
Средња вредност свих података	$\bar{X}_t = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	1746.195701
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2$	831547751.8

Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X})^2 * n$	93214877.81
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X})^2 * n / (k-1)$	93214877.81
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{i=1}^{11} (\sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2) / N-k$	21882835.57
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	4.259725734

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;1404;0,05) = 4.098171731$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу ефикасности. Како постоји значајна разлика између приватних и државних здравствених установа и у погледу начина организовања и у погледу ефикасности, хипотеза Х4 се може сматрати доказаном. То значи да власничка структура има утицај на начин организовања и на ефикасност здравствене установе.

За тестирање хипотезе Х5: „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у броју дијагностичких метода, анализа и контролних прегледа корисника“ коришћени су подаци добијени из упитника приказани Табелом 10 (Просечан број дијагностичких метода, анализа и контролних прегледа корисника).

На просечне вредности дате Табелом 10 примењен је ANOVA тест за тестирање значајности разлике између приватних и државних здравствених установа у погледу броја метода лечења у здравственим установама, а резултати теста су дати Табелом 19.

Табела 19: Резултати ANOVA теста за хипотезу Х5

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	6
Број података у свим групама	$N = k * n$	12
Број степена слободе између група	k-1	1

Број степена слобде унутар групе	$N-k$	10
Средња вредност свих података	$\bar{X}_i = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	4.19797619
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2$	204.3751363
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_i)^2 * n$	107.6790183
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_i)^2 * n / (k-1)$	107.6790183
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2 / N-k$	20.43751363
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	5.26869463

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;10;0,05) = 4.964602744$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу броја дијагностичких метода и метода лечења које се нуде пацијентима. То, надаље, значи да власничка структура има утицај на асортиман здравствених услуга које установа нуди својим пацијентима, те да се хипотеза H_5 може сматрати тачном.

За тестирање хипотезе H_6 : „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у начинима рационализације трошкова пословања.“ коришћене су просечне вредности добијене упитником које су дате у Табели 11 (Начини рационализације трошкова у установама).

На просечне вредности дате Табелом 11 примењен је ANOVA тест за тестирање значајности разлике између приватних и државних здравствених установа у погледу начина рационализације трошкова, а резултати теста су дати Табелом 20.

Табела 20: Резултати ANOVA теста за хипотезу Х6

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	8
Број података у свим групама	$N = k * n$	16
Број степена слободе између група	k-1	1
Број степена слободе унутар групе	N-k	14
Средња вредност свих података	$\bar{X}_t = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	41
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2$	22380
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_t)^2 * n$	9604
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_t)^2 * n / (k-1)$	9604
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2 / N-k$	1598.571429
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	6.007864164

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;14;0,05) = 4.600109937$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу начина рационализације трошкова, па да се хипотеза Х6 може сматрати тачном.

За тестирање хипотезе Х7: „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико постоји разлика у информисаности пацијената о њиховим правима као и разлика у начину и брзини одзива здравствених установа у случају жалби пацијената“ коришћене су просечне вредности добијене упитником, које су дате у Табели 12 (Информисаност пацијената и реаговање установе на жалбе)

На просечне вредности дате Табелом 12 примењен је ANOVA тест за тестирање значајности разлике између приватних и државних здравствених установа у погледу информисаности пацијената о њиховим правима као и разлика у начину и брзини одзива здравствених установа у случају жалби пацијената, а резултати теста су приказани у Табели 21.

Табела 21: Резултати ANOVA теста за хипотезу X7

Број група	k	2
Број података у једној групи	n	8
Број података у свим групама	$N = k * n$	16
Број степена слободе између група	k-1	1
Број степена слободе унутар групе	N-k	14
Средња вредност свих података	$\bar{X}_t = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} X_{ij} / N$	47.74657588
Унутрашњи варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2$	22590.21122
Међугрупни варијабилитет	$\sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_t)^2 * n$	29392.38402
Варијанса међугрупног варијабилитета	$\sigma_g^2 = \sum_{i=1}^{11} (X_i - \bar{X}_t)^2 * n / (k-1)$	29392.38402
Варијанса унутаргрупног варијабилитета	$\sigma_i^2 = \sum_{i=1}^{11} \sum_{j=1}^{26} (X_i - X_{ij})^2 / N-k$	1613.586516
F вредност узорка	$F = \sigma_g^2 / \sigma_i^2$	18.21556125

Пошто је вредност статистике F за узорак већа од вредности $F(1;14;0,05) = 4.600109937$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу информисаности пацијената о њиховим правима као и разлика у начину и брзини одзива здравствених установа у случају жалби пацијената, па да се хипотеза X7 може сматрати тачном.

За тестирање хипотезе H_8 : „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико постоји разлика у задовољству пацијената пруженим здравственим услугама“ коришћене су просечне вредности добијене из оцена задовољства пацијената за период од 2013. до 2015. године које су дате у Табели 13. За утврђивање значајности разлике коришћен је Студентов t -тест, а резултати су приказани Табелом 22.

Табела 22: Резултати Студентовог t -теста за хипотезу H_8

Вредности t -теста	државне здравствене установе	приватне здравствене установе
варијанса групе	0.494779	0.494779
број степена слободe	4	
интервал поверења	0,05	
таблична вредност t -статистике	2.132	
вредност t -статистике за узорак	17.11986	

Како је вредност t -статистике за узорак већа од од вредности $t(4;0,05) = 2.132$, може се закључити да постоји значајна разлика између здравствених установа приватне и државне власничке структуре у погледу задовољства пацијената, па се хипотеза H_8 може сматрати потврђеном.

Како су свих осам помоћних хипотеза тачне може се закључити да је генерална хипотеза H_0 : „Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће и ефекти система за менаџмент квалитетом бити различити“ потврђена.

6. ЗАКЉУЧАК

За све здравствене установе је од престижног значаја да стекну поверење својих пацијената пружајући им квалитетне и безбедне услуге руководећи се савременим медицинским достигнућима и светским трендовима. Квалитетне и безбедне услуге и задовољни пацијенти нису само жељени циљ сваке здравствене установе, већ представљају и очигледан резултат стручности запослених, добре организације и руковођења, добре опремљености и добрих услова рада, посвећености пацијентима, али и мотивисаности здравствених радника да дају свој максимум. У савременој медицинској науци се зато увидела неопходност за увођење посебне научне дисциплине, која ће се бавити менаџментом здравствених установа са поддисциплином која проучава квалитет и унапређење квалитета у здравственим установама. Квалитет у здравству је проучаван са многих аспеката, али до сада није истраживано да ли и власничка структура на било који начин утиче на њега. Да би се дошло до тог сазнања пошло се од теорије менаџмента, теорије организације и менаџмента квалитетом, које дају опште моделе организовања и управљања пословним системима, а којима се обезбеђује квалитет услуга и производа и утиче на раст задовољства корисника.

Дисертација се састоји из два дела. У првом делу је опширно разрађена теоретска основа дисертације, која почиње дефинисањем пословног система и његових општих појмова, врста, организационе и власничке структуре... Наставља се објашњавањем појма менаџмент квалитетом и његовим историјским развојем. Развој теорије менаџмента квалитетом је имао циљ да побољша квалитет производа и услуга, првенствено у индустријском сектору, да заштити интересе потрошача и да, самим тим, омогући организацијама да успешно послују у разним привредним областима. Резултат развоја ове теорије је настанак различитих модела за унапређење и обезбеђење квалитета којима пословни системи постижу жељени успех. Већина савремених модела је заснована на процесном и системском приступу и оријентисана на прикупљању података о потребама корисника и његовом задовољству. Процесни и системски приступ представљају опште моделе функционисања пословних система, што значи да могу бити примењени на било који тип и врсту организације, али само као основа за пројектовање конкретних модела.

Даље се говори о стандардима којима се дефинишу модели оптималног функционисања организације и који се заснивају на кључним или критичним процесима, њиховим токовима и очекиваним резултатима (серија ISO 9000) или на критеријумима које пословни системи треба да испуне, као минимум свог квалитета и квалитета својих производа или услуга (нпр. акредитациони стандарди везани за здравство).

У наставку дисертације анализирају се здравствени систем и здравствене установе као пословни системи, у којима се сви наведени општи модели функционисања пословних система као и теоријске претпоставке из ове области могу применити, наравно, уз уважавање њихове специфичности. Поменути су и закони који се односе на здравствени систем и његов квалитет, а који дају оквире у којима треба да се одвија функционисање здравствених пословних система.

Кратак историјски осврт настанка здравственог система уводи нас у савремену организацију здравствене заштите и говори о значају смањивања неједнакости у очувању здравља у свету, као и посебне друштвене одговорности здравственог система за очување и унапређење здравља становништва квалитетном здравственом заштитом. Иза тога следе организација, функција и задаци здравствених установа са моделима организовања и моделима финансирања здравствених установа и постојећим власничким структурама.

Даље, у дисертацији се анализирају карактеристике здравствене услуге као продукта непрофитне организације, да би се дошло до дефиниција квалитета у здравству и Donabedianovog-овог модела квалитета здравствене заштите, као и Donabedianovih седам карактеристика здравствене заштите које утичу на њен квалитет. Иза тога се анализира квалитет здравствене услуге и квалитет процеса у здравственом пословном систему и говори о моделима унапређења квалитета у здравственом пословном системима

Посебно поглавље је посвећено менаџменту квалитетом здравствених установа Републике Србије са освртом на организацију здравственог система са постојећим моделима власничке структуре здравствених установа, као и постојећим законским оквиром са аспекта менаџмента квалитетом здравствених установа Републике Србије. У склопу тог

поглавља су и стандарди за акредитацију здравствених установа, као и сам процес акредитације са додељивањем сертификата о акредитацији. На крају поглавља је, као пример примењених међународних стандарда у здравственом систему Републике Србије и њихов значај за унапређење квалитета здравствене заштите, узет НАССР систем за контролу здравствене безбедности хране.

Следеће подпоглавље се односи на показатеље за мерење квалитета здравствене заштите у Републици Србији, на сам процес мерења квалитета и на правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, као и на критеријуме за избор показатеља квалитета.

Други део дисертације приказује истраживачки рад о утицају власничке структуре здравствених установа на менаџмент квалитетом, где су анализирани начини на који здравствене установе управљају квалитетом у приватним и у државним здравственим установама, како би се установило да ли постоји разлика у приступима и ефектима између њих. Анализиран је само примарни и секундарни ниво здравствене заштите, с обзиром да у нашој земљи приватне здравствене установе терцијалног нивоа здравствене заштите још нису основане па се не могу вршити упоређивања овог нивоа. Истакнут је научни циљ истраживања у виду проширивања нивоа сазнања о постојећим разликама у квалитету здравствене заштите установа различитих власничких структура, разлозима тих разлика и могућностима и начинима смањивања уочених разлика.

У дисертацији су потврђене следеће хипотезе:

X0: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће и ефекти система за менаџмент квалитетом бити различити.

Генерална хипотеза X0 почива на осам помоћних хипотеза које су такође потврђене:

X1: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у мотивацији здравствених радника.

X2: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у времену чекања на пружање здравствене услуге.

X3: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у окренутости радне средине корисницима као и у предусретљивости и

љубазности запослених.

X4: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у организацији и ефикасности процеса пружања услуга, од самог заказивања и пријема корисника, примене медицинских процедура, дијагностике и лечења, до жељених исхода и контролних прегледа.

X5: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у броју дијагностичких метода, анализа и контролних прегледа корисника.

X6: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико ће постојати разлика у начинима рационализације трошкова пословања.

X7: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико постој разлика у информисаности пацијената о њиховим правима као и разлика у начину и брзин одзива здравствених установа у случају жалби пацијената.

X8: Уколико је власничка структура здравствених установа различита, утолико постоји разлика у задовољству пацијената пруженим здравственим услугама.

Урађен је графички и табеларни приказ резултата истраживања чиме је постигнута боља прегледност и транспарентност добијених резултата.

Закључак је, да су постављени циљеви дисертације остварени и да ово истраживање представља скроман допринос развоју Менаџмента квалитетом у нашим здравственим установама, јер су на једном месту приказане постојеће разлике у квалитету здравствених установа различите власничке структуре, уочени су и разлози који доводе до њих, а који усмеравају стручне и научне званичнике да проналазе нове могућности за ефикасније функционисање наших здравствених установа обе власничке структуре, као и да пронађу начине да се уочене разлике смање, а сарадња у оба сектора продуби како би здравствени систем функционисао као квалитетна целина.

7. ПРИЛОЗИ

Прилог 1: Анкетни упитник

Поштовани,

Овај упитник је део истраживања које се спроводи на Факултету за пословне студије о начинима управљања квалитетом у здравственим установама. С обзиром да Ваша здравствена установа представља важан део целокупног здравственог система, молим Вас да искреним и објективним попуњавањем овог упитника учествујете у истраживачком пројекту и дате свој допринос науци, пракси и развоју менаџмента квалитетом у здравству.

Хвала унапред на посвећеном времену!

ОСНОВНИ ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Назив здравствене установе: _____
Град у којем се здравствена установа налази _____
Власничка структура: приватна државна
Број здравствених радника: _____ Укупан број свих запослених: _____
Капацитет установе: _____ Број скенера: _____ Број мамографа: _____
Број апарата за ултразвучну дијагностику: _____ Број апарата за магнетну резонанцију: _____
Број апарата за конвенционалну радиолошку дијагностику _____
Број спиралних компјутеризованих томографа (ЦТ) _____
Број дигиталних апарата за рендгенскопију _____ Број дигиталних ангиоапарата _____

1. Наведите из којих служби се састоји Ваша установа: _____

2. Ознаком „X“ обележите који модели организовања се примењују у вашој здравственој установи:

- Акредитациони стандарди Организациони модел који сте сами развили
 ИСО 9001 Не примењујемо никакав модел организовања
 Модел изврности под називом: _____

3. Ознаком „X“ обележите на које све начине пацијент може заказати преглед или интервенцију

- Искључиво уз упут на шалтеру за специјалистичке прегледе или интервенције
 Искључиво доласком на шалтер без упута који мора касније донети на преглед
 Искључиво доласком на шалтер али му упут није потребан за преглед или интервенцију
 Телефоном или доласком на шалтер али за преглед или интервенцију мора имати упут
 Телефоном или доласком на шалтер али му упут није потребан за преглед или интервенцију
 Мејлом (или преко сајта установе), телефоном или доласком на шалтер али за преглед или интервенцију мора имати упут
 Мејлом (или преко сајта установе), телефоном или доласком на шалтер али му упут није потребан за преглед или интервенцију
 Прегледи и интервенције се не заказују, већ пацијент чим дође може добити услугу

4. Да ли пратите и мерите квалитет услуга које здравствена установа пружа пацијентима? _____

5. Уколико је претходни одговор позитиван у табели испод наведите вредности измерених параметра преко којих пратите и мерите квалитет здравствених услуга у последње 3 године:

Назив параметра	Просечна вредност односног параметра у		
	2015. години	2014. години	2013. години

6. Да ли водите евиденцију о грешкама унутар ваше здравствене установе? _____

7. Уколико је одговор на претходно питање позитиван у табели испод наведите податке које имате за:

	Временски период		
	2015. година	2014. година	2013. година
Укупан бр. грешака лекара у постављању дијагнозе			

Укупан бр. грешака лекара у одређивању терапије			
Укупан бр. грешака услед квара или застарелости медиц. уређаја			
Укупан бр. грешака услед замене података о пацијентима или замене узорака који се испитују			
Укупан бр. грешака у лабораторијским анализама услед примене неадекватних реагенаса			
Укупан број грешака из осталих разлога			

8. Да ли водите евиденцију о жалбама пацијената? _____

9. Уколико је одговор на претходно питање позитиван у табели испод наведите податке које имате за:

	Временски период		
	2015. година	2014. година	2013. година
Укупан бр. жалби пацијената због услова у којима се лече			
Укупан бр. жалби пацијената због нељубазности запослених			
Укупан бр. жалби пацијената због чекања на услугу			
Укупан бр. жалби пацијената због кршења права пацијената			
Укупан бр. жалби пацијената због нетачних резултата лабораторијских испитивања			
Укупан бр. жалби пацијената због осталих разлога			
Просечно време потребно за решавање жалбе			

10. Да ли пратите задовољство пацијената услугама које пружа ваша здравствена установа? _____

11. Уколико је одговор на претходно питање позитиван опишите начин на који пратите задовољство својих пацијената и податке о задовољству у последње три године унесите у табелу испод

ОПИС НАЧИНА ПРАЋЕЊА ЗАДОВОЉСТВА: _____

	Временски период		
	2015. година	2014. година	2013. година
Задовољство пацијената:			

12. Када се утврди да је жалба пацијента оправдана, како поступате? _____

13. Када се утврди грешка у пружању услуге пацијенту, без обзира да ли се пацијент жалио или не, како поступате? _____

14. У наредне две табеле унесите вредности параметара за које постоје подаци:

Просечно време које пацијент проведе чекајући на:	Измерена вредност:
➤ Преглед лекара опште праксе	
➤ Преглед лекара специјалисте без коришћења медицинских уређаја	
➤ Преглед лекара специјалисте уз коришћење медицинских уређаја	
➤ Хируршку интервенцију	
➤ Лабораторијске налазе	
➤ Пружање терапије	
Просечан број:	Измерена вредност:
➤ исправљених налаза по лекару	
➤ исправки исте дијагнозе на контролним прегледима по лекару	
➤ пацијената по лекару дневно	
➤ компликација изазваних погрешним поступањем или пропустима у поступцима дијагностицирања и лечења	
➤ поновљених хируршких интервенција у истој регији	
➤ инфекција на местима на којима је вршена интервенција	
➤ компликација проузрокованих интервенцијом на другим деловима тела,	

органима и системима органа	
➤ Просечно време потребно за заказивање прегледа по лекару	
➤ Просечно време кашњења пријема пацијента у ординацију у односу на заказано време пријема по лекару	
➤ Просечно кашњење опоравка пацијента у односу на очекивано време опоравка	

15. Да ли се обуке запослених у вашој здравственој установи планирају? _____

16. Да ли се ефекти спроведених обука запосленима у вашој здравственој установи мере и ко је задужен да спроведе мерење? _____

	Временски период		
	2015. година	2014. година	2013. година
Процент медицинског особља који је био на обукама			
Процент немедицинског особља који је био на обукама			

17. На који начин мотивишете запослене да квалитетније и посвећеније раде свој посао? _____

18. Да ли пратите задовољство запослених у вашој здравственој установи? _____

19. Уколико је одговор на претходно питање позитиван опишите начин на који пратите задовољство запослених и податке о задовољству у последње три године унесите у табелу испод

ОПИС НАЧИНА ПРАЋЕЊА ЗАДОВОЉСТВА: _____

	Временски период		
	2015. година	2014. година	2013. година
Задовољство запослених:			
Број запослених који је дао отказ:			

20. Да ли се планира одржавање медицинских уређаја? _____

21. Колико пута сте имали изненадне кварове на медицинским уређајима током прошле године? _____

22. Колики број дана укупно медицински уређаји нису радили због квара и чекања на поправку? _____

23. Да ли су у идентификовани и дефинисани токови свих кључних и критичних процеса? _____

24. Ознаком „X“ обележите да ли су за сваки критични и кључни процес дефинисани уколико јесу:

- параметри квалитета
- методе праћења и мерења параметара квалитета
- особе у установи које их прате и мере
- временски периоди у којима се прате и мере
- начини дистрибуције података о измереним вредностима

25. У табелу која следи унесите вредности за које постоје подаци

	Временски период		
	2015. година	2014. година	2013. година
Број новозапослених			
Број нових метода у лечењу и дијагностиковању			
Број нових медицинских уређаја у лечењу и дијагностиковању			
Број нових начина одвијања процеса који су подршка процесима лечења и дијагностиковања			

26. Нове методе лечења и дијагностиковања планирате на основу:

Истраживања потреба пацијената	
Истраживања развоја здравствених установа у окружењу	
Светских трендова	

27. Обуке запослених планирате на основу:

Истраживања потреба пацијената	
Истраживања развоја здравствених установа у окружењу	
Светских трендова	

28. Да ли је распоред ординација и сала тако постављен да су оне које су посећеније уједно и доступније пацијентима? _____

29. Има ли Ваша установа паркинг за пацијенте? _____

30. Да ли је распоред ординација и сала тако постављен да су оне које су посећеније уједно и доступније пацијентима? _____

31. Да ли се пацијентима у чекаоници пушта музика да би им се чекање учинило пријатнијим? _____

32. Оценом од 1 до 5 (при чему је 1 најлошије а 5 најбоље) оцените уређеност ординација? _____

33. Оценом од 1 до 5 (при чему је 1 најлошије а 5 најбоље) оцените уређеност чекаоница? _____

34. Означите начин рационализације који је спроведен у установи у периоду од 2013-2015 уколико је тога било:

- Смањивање броја запослених
- Ограничавање фонда за обуке лекара
- Ограничавање фонда за набавку нових медицинских уређаја
- Избор добављача на основу најниже цене
- Оптимизација токова процеса елиминацијом дуплираних или непотребних активности
- Ограничавање броја дијагностичких прегледа и анализа по пацијенту
- Ограничавање броја упута по пацијенту
- Смањивање зарада запослених

8. СПИСАК ГРАФИЧКИХ ПРИКАЗА И ТАБЕЛА

Списак табела:

Табела 1: Фактори који доприносе појави нежељеног догађаја

Табела 2: Додељивање сертификата о акредитацији

Табела 3: Број сетова стандарда који се оцењују у току акредитације код различитих здравствених установа

Табела 4: Структура узорка с обзиром на власништво и ниво здравствене заштите

Табела 5: Процент установа у групи које управљају мотивацијом запослених

Табела 6: Просечно време чекања пацијената на пружање здравствене услуге у групи која управља временом чекања пацијената

Табела 7: Просечне вредности окренутости радне средине пацијентима и љубазност запослених

Табела 8: Просечне вредности показатеља начина организованости здравствених установа

Табела 9: Просечне вредности показатеља ефикасности здравствених установа

Табела 10: Просечан број дијагностичких метода, анализа и контролних прегледа корисника

Табела 11: Начини рационализације трошкова у установама

Табела 12: Информисаност пацијената и реаговање установе на жалбе

Табела 13: Задовољство пацијената

Табела 14: Резултати ANOVA теста за хипотезу X1

Табела 15: Резултати ANOVA теста за хипотезу X2

Табела 16 : Резултати ANOVA теста за хипотезу X3

Табела 17: Резултати ANOVA теста за хипотезу X4 у погледу начина организовања здравствених установа

Табела 18: Резултати ANOVA теста за хипотезу X4 у погледу ефикасности установа

Табела 19: Резултати ANOVA теста за хипотезу X5

Табела 20: Резултати ANOVA теста за хипотезу X6

Табела 21: Резултати ANOVA теста за хипотезу X7

Табела 22: Резултати Студентовог t-теста за хипотезу X8

Списак графика:

График 1: Процент медицинског особља државних установа који је био на обукама од 2013. до 2015. Године

График 2: Процент немедицинског особља државних установа који је био на обукама од 2013. до 2015. године

График 3: Задовољство запослених у државним установама у периоду од 2013. до 2015. године

График 4: Просечан број запослених који је напустио државне установе у периоду од 2013. до 2015. Године

График 5: Процент медицинског особља приватних установа који је био на обукама од 2013. до 2015. године

График 6: Просечан број жалби пацијената због чекања на здравствену услугу од 2013. до 2015. године

График 7: Просечан број жалби пацијената због услова у којима се лече у периоду од 2013. до 2015. године

График 8: Просечан број жалби пацијената због нељубазности запослених у периоду од 2013. до 2015. године

Списак слика:

Слика 1: Упрошћени модел пословног система

Слика 2: Анатомска структура пословног система

Слика 3: Модел услужног пословног система

Слика 4: Графички приказ еволуције квалитета

Слика 5: Правац раста нивоа система квалитета

Слика 6: Демингов PDCA циклус

Слика 7: Најједноставнијег модела TQM-а

Слика 8. Однос између вертикалне структуре и хоризонталних процеса

Слика 9: Улоге процеса у пословном систему

Слика 10: Систем здравствене заштите као део друштвеног система

Слика 11: Везе система здравствене заштите и осталих подсистема друштвеног система

Слика 12: Компоненте квалитета здравствене заштите

Слика 13: Модел квалитета здравствене заштите по Donabedian-у

Слика 14: Циклус процеса акредитације

Слика 15: Процес акредитације здравствених установа

Слика 16: Стандарди за акредитацију Домова здравља

Слика 17: Структура стандарда за лечење пацијената

Слика 18: Три поглавља стандарда клиничке подршке

Слика 19: Структура стандарда клиничке подршке

Слика 20: Стандарди за лечење пацијената

Слика 21: Структура стандарда за лечење пацијената

Слика 22: Стандарди неклиничке подршке (стандарди рада пратећих служби)

9. ЛИТЕРАТУРА

Књиге:

1. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије. Приручник за спровођење мера за безбедност пацијента према захтевима Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, Београд, Агенција за акредитацију здравствених установа, (2010).
2. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)
3. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, верзија 1, април 2011. (“Сл. гласник РС”, бр. 28/11)
4. Codling S., Best Practice: “Benchmarking an International Perspective“, Gnlf Publishing Company, 1996.
5. Coolins E. G. C., Devanna M. A., “Izazovi menadžmenta u XXI. Stoleću“, 2002.
6. Ченичек, И., “Увод у теорију глобалног размишљања”, Прометеј, Нови Сад, 2000.
7. Donabedian A., Bashshur R., “An Introduction to Quality Assurance in Health Care”, Oxford University Press, 2002
8. Donabedian A., “An introduction to Quality Assurance in Health Care“, Oxford University Press. 2003.
9. Довијанић П., “Дом здравља- организација, функције, развој, задаци” Београд, 1995.
10. Довијанић П., “Организација здравствене делатности и установа”, Агора, Београд, 1995.
11. Дулановић Ж. И., Циновић М., “Основи организације”, ФОН, Београд, 1998.
12. Ђокић Д., “Квалитет рада лекара у примарној здравственој заштити”, Медицински факултет, Чигоја штампа, Београд, 1999.
13. Evans J., Lindsay W., “The Management and Control of Quality, South-Western College” Pub., 5th edition 2001.
14. Филиповић Ј.; “Основе квалитета”, ФОН, Београд, 2007.
15. Garvin D., „What Is Quality?“, The Quality Alert Group, New York, 1991.

16. Грујић Р., “Контрола квалитета и безбедност намирница”, Бања Лука, 1999.
17. Група аутора, “Лексикон појмова”, Факултет организационих наука, Београд, 2009.
18. Group of authors, “A review of determinants of hospital performance”, WHO, 1994.
19. Хелета М., “TQM-Модел изврности”, Едукта, Београд., 2004.
20. Институт за јавно здравље Србије, Здравствено – статистички годишњак Републике Србије, Београд: Институт за јавно здравље “Милан Јовановић-Батут “, (2011)
21. Јовановић М., Живковић М., Цветковски Т., “Организационо понашање”, друго измењено и допуњено издање, Мегатренд универзитет, Мегатренд универзитет, Београд, 2007.
22. Јовичић К., “Системи здравствене заштите и здравственог осигурања “, Упоредна анализа у европским земљама, Синдикат лекара и фармацеута Србије – Градска организација Београда, Институт за упоредно право, Гораграф, Београд 2014.
23. Јоксимовић О., “Осигурање и здравствено осигурање”, Мегатренд универзитет примењених наука, Београд, 2005.
24. Јоксимовић, О., Вујовић, С., “Увод у менаџмент у здравству”, Мегатренд универзитет примењених наука, Београд, 2005.
25. Јоксимовић З., Јоксимовић М., “Приказ најзначајнијих система здравствених осигурања“, Тимочки медицински гласник, Гласило Подружнице српског лекарског друштва, Зајечар, 2007.
26. Juran J. M.,” Quality Trilogy, Quality Progress”, No.8, 1986.
27. Juran J. M., Gryna F.M., “Quality Planning and Analysis, McGraw-Hill”, 1993.
28. Јуран, Ј. М., “Обликовањем до квалитета, Пословни систем “, "Грмеч", Београд, 1998.
29. Juran J. M., A. Blanton Godfrey,” Juran’s quality handbook”, "Грмеч", Београд , 1998.
30. Juran J. M., Gryna F., “Planiranje i analiza kvaliteta“, Privredni pregled, Beograd III. Izdanje, 1999.
31. Katz D., Kahn R.,” The Social Psychology of Organizations”, John Wiley and Sons, Inc, New Work, 1966.
32. Карановић Н., “Корпоративна одговорност и унапређење здравља у Србији”, Географски институт “Јован Цвијић” – Српске Академије науке и уметности, Београд 2012.

33. Карановић Н. & Мандић С., “Корупција у систему здравствене заштите и како је сузбити”, Зборник радова: “Корупција и људске слободе”. Београд: Удружење за међународно кривично право (2009).
34. Кнежевић Д., Живковић Н., Крсмановић М., “Дефинисање и праћење циљева одрживог развоја”, СПИН, Београд, 2009.
35. Лековић Б., Вученовић М.; “Менаџмент-филозофија и технологија“, Желнид, Београд, 1998.
36. Леви-Јакшић М., Комазец Г., “Менаџмент операција”, издање 3., Мегатренд универзитет, Београд, 2008.
37. Манић С., “ISQ-ца принципи за израду стандарда”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.
38. Манић С., “Шта је акредитација?”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.
39. Манић С., “ Спољашње оцењивање ”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.
40. Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.
41. Манић С., “Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.
42. Манић С., “Правилник о показатељима за мерење квалитета здравствене заштите”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.
43. Марковић И., “Улога и знањај стандардизације у здравственим организацијама”, Магистарска теза, Факултет организационих наука Универзитета у Београду, 2006.
44. Михајловић Б., Костић Н., “Менаџмент у здравству”, Чигоја, Београд, 2005.
45. Мијатовић И., “Развој модела перформанси и индикатора квалитета управљања пословним системом”, докторска дисертација, Факултет организационих наука Универзитета у Београду, 2008.

46. Милић М. Радовић, Саша З. Карапанџић., “Инжењеринг процеса”, Факултет организационих наука, Београд 2005.
47. Министарство здравља Републике Србије; Боље здравље за све у трећем миленијуму- Здравствена политика, Визија систем здравствене заштите у Србији, Стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2003.
48. Митровић Ж., “Основе интегралног управљања квалитетом”, Уџбик, Београд, 1996.
49. Митровић Ж., “Основе интегралног управљања квалитетом производа”, Култура, Београд, 1996.
50. Митровић Ж., “Систем интегралне контроле квалитета производа”, Уџбик, Београд, 1996.
51. Митровић Ж., “Управљање квалитетом преко способности технолошког система”, Уџбик, Београд, 1996.
52. Митровић Ж., “Основе модела система квалитета”, Уџбик, Београд, 1996.
53. Митровић Ж., “Квалитет и менаџмент”, Уџбик, Београд, 1996.
54. Митровић Ж., “Управљање квалитетом производа, примери из праксе за праксу”, Уџбик, Београд, 1996.
55. Митровић Ж., Живковић, Н., “Структурирање и моделирање пословних система – анатомски приступ”, Зборник радова “Symorg 2000.”, ФОН, Београд, . .
56. Ovretveit J. Health Service Quality: An introduction to Quality Methods for Health Services, Oxford: Blackwell Science Publications, 1995.
57. Правилник о провери квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника, “Службени гласник РС “, бр. 35/2011.
58. Правилник о акредитацији здравствених установа (“Сл. гласник РС”, бр. 112/2009)
59. Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите, "Службени гласник РС", бр. 49/2010.
60. Радовић М., Карапанџић С., “Процесни приступ као основа за организовање и управљање”, Зборник радова Symorg 2000, Београд, 2000.
61. Радовић М., Живковић Н., Карапанџић С., “Contribution to defining the quality of process”, Зборник радова Symorg 2004., Београд 2004.

62. Радовић М., Митровић Ж., Карапанџић, С., Живковић, Н., “Инжењеринг процеса”, ФОН, Београд, 2004.
63. Радовић М., Карапанџић, С., “Инжењеринг процеса”, Факултет организационих наука, Београд, 2005.
64. Ransom E.R., Joshi M.S., Nash D.B., Ransom S.B., “The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy and Tools”, Health Administration Press, 2008.
65. Robbins S. P., “Bitni elementi organizacijskog ponašanja“, III. Izdanje, 1996.
66. SRPS ISO 9000:2007, “Sistemi menadžmenta kvalitetom-Osnove i rečnik”, Institut za standardizaciju, 2007.
67. Симић С., Бјеговић В., Косановић, Р., Ерић-Маринковић Ј, Младеновић Д., “Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији”. Београд: Центар за проучавање алтернатива, Самиздат Б92, 2001.
68. SRPS ISO 2600:201, “Uputstvo o društvenoj odgovornosti“, Institut za standardizaciju, 1 izdanje, Beograd, 2011.
69. SR PS ISO/IEC 17025: “Opšti zahtevi za kompetentnost laboratorija za ispitivanje i laboratorija za etaloniraetaloniranje”, Savezni zavod za standardizaciju (2006), Beograd.
70. Stacey R. D., “Strateški menadžment“, Beograd, 1997.
71. Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената (“Службени гласник РС“, бр. 15/2009)
72. Tenner A.R., De Toro I.J., “Process Redesign: The Implementation Guide for Managers”, Prentice Hall PTR , 1996.
73. Тисовски С., Ђуришић Б.; "Масовна исхрана", Београд, 2009.
74. Варга Ј. ,”НССР и здравствена безбедност хране”, Адиджес, Нови Сад, 2009.
75. Закон о здравственој заштити, (“Службени гласник РС“. Број 106/15)
76. Закон о здравственој заштити, “Службени гласник РС“, бр. 107/2005, 72 /2009- други закон
77. Закон о облигационим односима, "Сл. лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 45/89 - одлука УСЈ и 57/89 и "Сл. лист СРЈ", бр. 31/93
78. Закон о јавном здрављу (“Службени гласник РС“. Број 72/2009) од 03. 09. 2009.
79. Закон о коморама здравствених радника, (“Службени гласник РС“, бр. 107/2005 и 99/2010)

80. Закон о здравственом осигурању,(“Службени гласник РС“, бр. 107/2005, 109/2005-испр., 57/2011, 110/2012- одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014- одлука УС, 106/2015 и 10/2016- др.)
81. Живаљевић А., “Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система”, Докторска дисертација, Универзитет у Београду, ФОН, Београд, 2012.
82. Живаљевић А., “Избор модела и управљање квалитетом у здравственим установама”, Ауторизована предавања, Специјалистичке студије, Мегатренд - Универзитет у Београду, Београд, 2010.
83. Живаљевић А., Врцељ Н., “Управљање квалитетом здравственог система праћењем и мерењем параметара квалитета”, Пословна Економија, Година IX, број II
84. Живковић Н., Глоговац М., “Управљање квалитетом”, Факултет организационих наука, Универзитет у Београду, Newpress, Смедерево, Београд, 2015.

Научни радови:

1. Ackoff, R.L., (1971) Towards a System of Systems Concepts, Management Science, Vol 17, No. 11.
2. Alrubaiee, L. and Alkaa'ida, F., (2011) The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality-patient trust relationship. International Journal of Marketing Studies, 3(1), p.103.
3. Bassioni-Stamenić F., Bojović A., “Uvođenje kulture stalnog unapređenja kvaliteta u zdravstveni sistem Republike Srbije“, Menadžment totalnim kvalitetom i izvrsnost, Vol 33, No4, 2005.
4. Церовић Љ., Заниновић В., Дукић Н., (2011) Утјецај власничке и капиталне структуре на кретање агенцијских трошкова: студија случаја власнички нискоконтрисаних подuzeћа Републике Хрватске, Економска мисао и пракса, година XX бр.2.
5. Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S.C. and Shekelle, P.G., (2006) “Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care“, Annals of internal medicine, 144(10), pp.742-752.

6. Choudhry, N.K., Fletcher, R.H. and Soumerai, S.B., 2005. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal medicine*, 142(4), pp.260-273.
7. Ćuzović, S. Dimitrijević Lj., (2002). Menadžment ukupnog kvaliteta (tqm) – strategija permanentnog prilagođavanja preduzeća zahtevima probirljivog tržišta, Menadžment totalnim kvalitetom, IV International Congress, Yugoslav Union for Standards and Quality, Belgrade.
8. Donabedian, A., (1978), “The Quality of Medical Care, Science”, Vol 200, No.4344, pp. 856 – 864, Reprints 2006., American Association for the Advancement of Science
9. Juran, J. M. (1986), “The quality trilogy: a universal approach to managing for quality”, *Quality Progress*, Vol. 19, No. 8.
10. Marinčić S., Puntarić D., (2006), “Uspostava sustava upravljanja u ispitnom laboratoriju prema normi HRN EN ISO IEC 17025”, *Hrvatski časopis za javno zdravlje* 8, Zagreb.
11. Mullen, K.J., Frank, R.G. and Rosenthal, M.B., (2010), “Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers”. *The Rand journal of economics*, 41(1), pp.64-91.
12. Petersen, L.A., Woodard, L.D., Urech, T., Daw, C. and Sookanan, S., (2006) “Does pay-for-performance improve the quality of health care?”. *Annals of internal medicine*, 145(4), pp.265-272.
13. Шофранац Р., Шофранац М., “Дефиниција квалитета здравствене заштите“, 7. Научно-стручни скуп са међународним учешћем, “Квалитет 2011“, Неум, В&Н, 01.-04 јун 2011.
14. Вујотић Љ., Полак С., Јаковљевић Б., Јовановић Љ., Јанчев М., Донфрид Б., Контић М., Милутиновић М., Ивошевић С., Миловановић В., Мајсторовић В., Пендић З., “Образовање у области квалитета и менаџмент система у здравству- улога интерсекцијског одбора за унапређење квалитета рада у здравству СЛД-а”, *Техника – Квалитет, стандардизација и метрологија*, 2009, вол.9,бр.5, стр. 1-8.
15. Živaljević A., Trifunovic, D., Pejović, B., (2016) “Two Quality Evolutions – Industry vs. Health Care”, *Megatrend Review*, vol. 13, No. 1, pp. 159-184. ISSN: 1820-3159

16. Živaljević A., Vrcelj, N., Djordjević A., “Comparative analysis of two quality evolutions: global quality management theory vs. quality in health care”, Faculty of Business Studies, Megatrend University, Republic of Serbia

Web stranice:

1. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Акредитациони програм, водич за самооцењивање, Министарство здравља, Република Србија, преузето 23, 01. 2017. на: www.azus.gov.rs
2. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија, преузето 23, 01. 2017. на: www.azus.gov.rs
3. Друштвена одговорност у здравственој делатности, приступљено 24. 05 2016. на: www.hczj.hr/index.php/hczj/article/download/218/207
4. Gajić Lj., “Status razvoja i implementacije akreditacije medicinskih laboratorija u Srbiji”, приступљено 20.03.2016. на: <http://scindex.nb.rs/article.aspx?artid=145282580802144G&redirect=ft>
5. O akreditacionim standardima|Standardi za..., <http://www.azus.gov.rs/...standardi/o-akreditacionim-standardima/standardi> za akreditaciju zdravstvenih ustanova primarnog nivoa i ustanova na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zastite.
6. Ustav Republike Srbije- Naslovna, приступљено 15 .06. 2016. на: <http://www.ustavni.sud.rs/page/view/139-100028/ustav-republike-srbije>
7. Zakoni-Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, <http://www.zdravlje.gov.rs>>Dokumenta, [Zakon o zdravstvenoj zastiti \(„Sl. glasnik RS“, br.106/15\)pdf757 KB...](#)
9. Симић С., “Показатељи квалитета рада и показатељи безбедности пацијената у болницама у Европи и свету—критички осврт и предлози нових показатеља”, Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду, преузето 12. 12. 2016. на : www.batut.org.rs/download/.../7_Predlog_pok_bolnice.pdf
10. Standardi za akreditaciju zdravstvenih ustanova..., <http://www.azus.gov.rs/akreditacioni-standardi/azus-bolnicki-standardi/standardi> za akreditaciju zdravstvenih ustanova sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zastite mozemo podeliti u pet kategorija
11. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, Министарство здравља, Република Србија, преузето 23, 01. 2017. на: www.azus.gov.rs