Доц. др Александра Живаљевић¹

Мегатренд универзитет, Београд

Факултет за пословне студије

Николина Врцељ²

Мегатренд универзитет, Београд

Факултет за пословне студије

УПРАВЉАЊЕ КВАЛИТЕТОМ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА ПРАЋЕЊЕМ И МЕРЕЊЕМ ПАРАМЕТАРА КВАЛИТЕТА

САЖЕТАК: Важност праћења и мерења квалитета у сваком систему огледа се у његовој способности да обезбеди неопходне информације за будуће деловање система које би водиле унапређењу квалитета. Непостојањем параметра и индикатора квалитета као доказа о постизању резултата, систем ризикује да превиди неопходна подручја за унапређење. Такође, уколико параметри који се прате и мере нису адекватно дефинисани и везани за конкретне процесе или излазе, мерење и праћење истих може одвести систем на криви пут. Аутори дају преглед параметара квалитета који се тренутно прате у здравственом систему Републике Србије и анализирају њихову употребљивост.

Полазећи од чињенице да су грешке у здравственом систему свих земаља општеприсутна појава а да су исте последица процеса, аутори предлажу методологију унапређивања квалитета здравственог система кроз приказ потребних корака у пројектовању система и његовом одржавању кроз праћење и

1 azivaljevic@megatrend.edu.rs

2 nvrcejlj@megatrend.edu.rs

мерење параметара квалитета. У условима у којима се Србија данас налази, примена предложене методологије унапређења и давање значаја адекватном процесу праћења и мерења може бити, сигурнији, лакши и јефтинији пут побољшавању квалитета здравствених система.

Кључне речи: здравствени систем, параметри, праћење и мерење, квалитет, грешке.

УВОД

Здравље човека представља способност система да на различитим нивоима организације, од ћелије, преко индивидуе, па до друштва као целине, одржава равнотежу и одговара механизмима адаптације на различите захтеве и промене околине (Јоксимовић, 2005, стр. 8). Према дефиницији Светске здравствене организације, здравље није само одсуство болести и других слабости и неспособности, већ стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања. Здравље човека зависи од великог броја фактора. На њега утичу: наслеђе, средина (природа и људи), економски фактори, васпитање и образовање, услови рада и радна средина, становање и здравствени систем (Badry & Felske, 2013). Сви фактори, осим здравственог система, утичу више или мање на деградацију здравља, јер се њима здравље људи не може побољшавати већ само нарушавати. Здравствени систем јесте једини фактор који може утицати на побољшање здравља, па од његове ефективности и ефикасности, тј. од његовог квалитета зависи квалитет здравља целе нације.

Ни један подсистем друштва, уколико не функционише на адекватан начин, нема тако кобне последице и на микро (појединци) и на макро (сегменти људске популације једног друштва) нивоу. Низак ниво квалитета здравственог система проузрокује низак ниво квалитета здравствених услуга које он пружа. Низак ниво квалитета здравствених услуга, често може имати трајне последице па чак и смртне исходе по њихове кориснике. Стога циљ здравствених система мора бити тотални квалитет и тежња ка раду *без грешке* – *Zero Defect*.

Поставља се питање шта је квалитет у здравству и да ли он игде постоји, тј. да ли здравство игде постиже макар приближно *Zero Defect*? Током последње декаде прошлог века низ аутора и званичних институција је спроводило истраживања како би се дошло до података о грешкама и њиховим реперкусијама на живот и здравље популација.

На основу Извештаја америчког института за медицину у 1993. години 7,391 смртних случајева је био резултат медицинске грешке, те је на 131 пацијента 1 пацијент умро због медицинске грешке (Phillips et al., 1998.). Аустралијска студија спроведена од 1988 до 1996 године проналази да је од 2,4% до 3,6% болница искусило нежељене догађаје од којих је 32% до 69% могло бити избегнуто одговарајућим превентивним мерама (Institute of Medicine, 2000, стр. 35). Такође је утврђено да су медицинске грешке трећи узрочник смртности по учесталости, одмах иза срчаних обољења и рака, а представљају 9,3% узрочника смрти (Starfield, 2000). Од 225000 смрти које су се догодиле у болницама, 106000 проузроковано је погрешном употребом лека или нежељеним реакцијама на лек, 80000 смрти проузроковано је инфекцијама задобијеним у болницама, 12000 непотребном хируршком интервенцијом, 7000 грешком лекара, а само 20000 смрти у болницама нема медицински узрок (Starfield, 2000).

Подаци које чланице Европске Уније достављају Светској здравственој организацији константно показују да су медицинске грешке и нежељени исходи лечења у овим земљама присутни од 8% до 12% хоспитализованих пацијената (WHO, Regional Office for Europe). Званични подаци Светске здравствене организације сведоче да: "...23% грађана Европске уније тврди да је директно искусило медицинску грешку, 18% њих тврди да су искусили озбиљне медицинске грешке у болници, а 11% да им је преписан погрешан третман. Докази о медицинским грешкама показују да је од 50% до 70.2% ових случајева било могуће спречити их системским приступом безбедности пацијената." (WHO).

МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР

Из претходно изложеног може се закључити да су грешке у здравственим системима присутне па постизање квалитета здравствених система представља истраживачки проблем овог рада. Предмет рада се односи на квалитет здравственог система Републике Србије, а биће проучаван кроз анализу овог феномена и начина његовог постизања у здравственим установама. Циљ рада је утврђивање ефеката постојећег начина управљања квалитетом здравственог система Републике Србије, јер су аутори рада пошли од основне претпоставке да:

X_0 : „Постојећи начин управљања квалитетом који се заснива само на праћењу и мерењу показатеља квалитета здравствене заштите не обезбеђује постизање квалитета здравственог система Републике Србије.“

Основна хипотеза почива на две посебне хипотезе које гласе:

X_1 : „ Уколико се управљање квалитетом здравственог система Републике Србије заснива само на праћењу и мерењу показатеља квалитета здравствене заштите, онда се не обезбеђује да здравствене установе као његови кључни елементи функционишу без грешака, тј. не постиже се *Zero Defect*.“

X_2 : „ Уколико се управљање квалитетом здравственог система Републике Србије заснива само на праћењу и мерењу показатеља квалитета здравствене заштите, онда се не обезбеђује посвећеност унапређивању квалитета запослених у здравственим установама.“

За тестирање хипотеза коришћени су подаци Института за јавно здравље Републике Србије и Градских завода за јавно здравље о вредностима показатеља квалитета здравствене заштите у периоду од 2007. до 2013. године.

СТАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Реформа здравственог система Републике Србије започета је 2002. године када су дефинисане визија и принципи функционисања здравственог система у Србији, стратешки план «Боље здравље за све у трећем миленијуму», као и Акциони план до 2015. године који се још увек спроводи.

Реформа је настављена 2004. године дефинисањем објашњења за праћење квалитета рада, која су 2005. регулисана и законом. У јуну 2007. године дефинисани су и показатељи квалитета на свим нивоима здравствене заштите. Од тада па до данас донет је низ правних аката којима се прописује рад здравствених установа и у фокус стављају пацијент, његово задовољство и квалитет пружених услуга. Цела слика делује као стварна жеља и настојање да се здравствени систем учини квалитетнијим.

Са друге стране у жижи јавности су афере о којима се пише у новинским текстовима, а које говоре о оштећеним пацијентима, смртним случајевим изазваним грешком лекара и пропустима у лечењу (РТВ, 2009; Б92, 2009; Блиц, 2008; НИН, 2007; Блиц, 2009; Глас јавности, 2007; Пресс Онлине, 2009; Блиц, 2014; Вечерње Новости Онлине, 2015). Евиденција о грешкама се не води, али се о њима може закључивати посредно, анализом новинских

чланака или изолованим појединачним истраживањима који се могу наћи у научним и стручним часописима.

У периоду од 2004 до 2006. године, током којих Министарство здравља контролише квалитет и стручни рад здравствених установа у Србији, поднето је 88 кривичних пријава (Press Online, 2009):

- Од 2006. до 2010. године у Србији је поднето просечно од 4,052 до 4,895 кривичних пријава за грешку или несавесно лечење (Ignjatović-Ristić i dr., 2014).
- У 2006. години поднето је 50 кривичних пријава од којих се највећи број пропуста здравствених радника односио на непrepoзнавање перфорације слепог црева.
- У 2005. години забележено је 27 кривичних пријава
- У 2004. години 11 кривичних пријава.

Очигледан је растући тренд кривичних пријава за грешке у лечењу који може бити последица пораста свести пацијената о сопственим правима али и последица пада квалитета здравствених услуга. Узимајући у обзир да кривичне пријаве не подносе сви који су имали искуства са грешкама у здравству и да се кривичне пријаве односе на случајеве са катастрофалним, смртним последицама или последицама са трајним инвалидитетима, онда се може сматрати да је број грешака у здравству далеко већи. Наравно, треба узети у обзир да поднета кривична пријава не значи да грешка постоји, али је основни проблем, са становишта теорије манаџмента квалитетом, што анализу утврђених грешака не спроводи установа у којој је грешка настала већ државни орган. Тиме се сама установа не бави идентификацијом узрока и доношењем мера за њихово отклањање већ се цела ситуација своди на утврђивање кривца.

Обдукције се сматрају златним стандардом у мерењу исхода лечења јер показују колико је клиничка дијагноза била тачна и начин лечења пацијента био исправан (Hastings, Andres & Hsu, 1997). Оне указују на грешке у лечењу или раду здравствене установе. Показатељи квалитета који се прате и мере у здравственим установама у Републици Србији обухватају и степен подударности клиничке и обдукционе дијагнозе. Међутим овај параметер се прати претежно у државним установама секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите на територији главног града, док су приватне болнице и клинике у потпуности изостављене а државне болнице и клинике у унутрашњости земље овај параметер почињу да прате тек од 2012. године. (погледати: ИЈЗН, 2012; ИЈЗРС, 2008; ЗЈЗС, 2014; ЗЈЗВ, 2013).

Табелом 1 приказане су вредности процената обдукованих у односу на број умрлих у установама секундарног и терцијалног нивоа здравствене заштите као и проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза у Београду за период од 2007 до 2013 године.

Табела 1- Проценат подударања клиничких и обдукционих дијагноза у Београду од 2007-2013. године

		ГОДИНА							
		ПОКАЗАТЕЉ у %	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	Клинички центар Србије	Подударност дијагноза	56,4	67	61	67	68	68	83,8
		Обдуковани	11,1	10,1	14,3	12,8	12,4	13,2	11,5
	КБЦ "ДР Драгиша Мишовић-Дедиње"	Подударност дијагноза	0*	0**	62	74	56	64	95,4
		Обдуковани	1,60	4,8	9,8	22,4	16,8	15,8	15,9
	КБЦ "Звездара"	Подударност дијагноза	100	100	100	64	94	100	100
		Обдуковани	8,8	14,1	19,1	17,3	5,6	4,6	3,3
	КБЦ "Земун"	Подударност дијагноза	50	24	100	100	61	91	92,2
		Обдуковани	6,8	5	6,4	7,3	18,5	18,3	19,7
	КБЦ "Бежанијска коса"	Подударност дијагноза	70,6	84	55	78	93	61	75
		Обдуковани	14,1	25,4	20	20,5	19,9	22,9	22,5
	Институт за кардиова-скуларне болести "Дедиње"	Подударност дијагноза	100	100	82	86	100	100	100
		Обдуковани	12,3	3,7	5	4,4	5,4	6,6	4,6
	ГАК "Народни фронт"	Подударност дијагноза	100	100	100	100	нема	100	нема
		Обдуковани	60	35,7	77,8	40	0	11,1	0
	Универзитетска дечија клиника	Подударност дијагноза	100	100	100	100	100	100	100
		Обдуковани	18,2	29,2	20,9	24,1	32,5	34,8	36,5
	Институт за здравствену заштиту мејке и детета Србије	Подударност дијагноза	88,9	97	100	96	100	100	100
		Обдуковани	45	34	31,8	26,9	47,7	43,8	52,2
	Институт за онкологију и радиологију Србије	Подударност дијагноза	0	100	64	83	100	100	100
		Обдуковани	нема	2,2	11,7	26,1	11,4	10,7	0

Специјална болница за церебро-васкуларне болести “Свети Сава”	Подударност дијагноза	88,5	87	82	93	100	95	100
	Обдуковани	3,9	2	1,9	3,03	1,2	2,5	1,1
Специјална болница за психијатријске болести “Др Лаза Лазаревић”	Подударност дијагноза	нема	нема	100	100	100	100	100
	Обдуковани	нема	3,8	10,6	55,6	63,6	76,2	85,7
Институт за ортопедско-хируршке болести “Бањица”	Подударност дијагноза	нема	нема	100	99	100	100	33,3
	Обдуковани	нема	нема	17,3	9,7	6,9	30	10,7
Институт за неонатологију	Подударност дијагноза	94,9	96	85	89	97,5	100	100
	Обдуковани	93,6	93,4	80,2	94,6	100	93,7	96,7
ПРОСЕЧНО	Подударност дијагноза	64,7	76,5	69,9	76,8	80,1	76,8	87,8
Обдуковани		10,16	11,60	12,63	13	12,6	13,3	12,1

Напомена: *спроведено је 6 обдукције а у свим случајевима се клинички и обдукциони узрок смрти не подударају, ** спроведено је 32 обдукције а у свим случајевима се клинички и обдукциони узрок смрти не подударају

Извор - Ауторова обрада података ГЗЈЗБ

Вредности приказане Табелом 1 јасно указују да постоји одступање између клиничких дијагноза и обдукционих дијагноза што говори у прилог постојању грешака у здравству Републике Србије, па се хипотеза H_1 може сматрати тачном.

КАКО РЕПУБЛИКА СРБИЈА МЕРИ КВАЛИТЕТ СВОЈИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Деценијама прошлог века здравствени систем Србије је схватан као добар а српски лекари су у свету бележили значајне резултате. Међутим, како није постојало мерење и праћење показатеља квалитета, овакви ставови су били засновани на субјективниј процени. Теорија менаџмента квалитетом предлаже праћење и мерење параметара квалитета као механизам, не смо за одређивање, већ и за унапређивање квалитета. Квалитет здравстве-

ног система Србије се у државним здравственим установама обезбеђује праћењем и мерењем показатеља квалитета, међутим у самој примени овог механизма спорни су сами параметри, време потребно за обраду, субјекти који врше анализу обрађених резултата као и саме активности проистекле из анализе вредности параметара.

Државне здравствене установе достављају измерене вредности параметара институтима и заводима за јавно здравље којима територијално припадају, а који их, надаље, збирно статистички обрађују и јавно објављују резултате на својим сајтовима. Свеобухватност, тачност и немогућност контаминације прикупљених података није обезбеђена начином на који се иста врши. У праћењу и мерењу параметара учествују само државне здравствене установе, чија је улога само да прикупе податке о вредностима параметара и да их проследе на даљу обраду и анализу до прописаног рока, док су приватне здравствене установе у потпуности изостављене. За прикупљање података о вредностима параметара здравствена установа ангажује појединце из редова свог особља који ову активност морају спровести поред свог редовног посла. Установа не зна са сигурношћу да ли ће трпети одређене реперкусије због вредности параметара, те наравно има интерес да они буду што бољи, док запослени који врши прикупљање има интерес да се додатни посао што пре заврши. Стога се нико не брине о свеобухватности и тачности прикупљених података, па се из ових мерења не може видети реално стање у целој Републици Србији.

Параметри који се прате и мере здравствене установе не анализирају и не предлажу корективне и превентивне активности проистекле из деградираних вредности измерених параметара, већ их само прослеђују на збирну анализу (Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, 2010., члан 41). Ингеренције за развој здравственог система законом су додељене Министарству здравља, па је то добар изговор здравственим установама да се не баве, чак ни у смислу предлога Министарству, суштинским побољшавањима здравственог система. Институтути и заводи за јавно здравље обрађују добијене податке, а Министарство здравља врши њихову анализу, међутим од момента мерења до момента обраде и објављивања резултата протекне више од годину дана, па реаговање на евентуална жаришта лошег квалитета није временски оптимизирано.

Параметри који се прате и мере у државним здравственим установама дати су табелом 2. Не зна се како и зашто су баш ови параметри прописани за праћење и мерење, па се може рећи да, с обзиром да се до њих није дошло анализом критеријума квалитета услуга, процеса и система, они или нису потпуни, или међу њима има непотребних. Такође, параме-

три нису везани за конкретну услугу, конкретан процес или подсистем, па могу указати, евентуално, да нешто није у реду, али се са сигурношћу не може одредити део система који је узрок лошег квалитета, нити се може са сигурношћу одредити зашто.

Неки од параметара који су прописани говоре о чистој продуктивности, као што је параметер “просечан број посета по лекару”. Да ли повећање овог параметра говори о повећању квалитета или о његовој деградацији? Ако лекар има велики број посета, то може значити да је добар па да се из тог разлога сви пацијенти опредељују за њега. Такође, то може значити да на територији на којој лекар ради постоји велики број становника по једном лекару који се морају негде лечити. Шта се догађа са утицајем замора лекара на његову радну способност и квалитет рада при порасту броја пацијената на дневном нивоу? Прим. др Смиљка Радић, мр сци, заменик шефа катедре опште медицине Медицинског факултета у Београду каже да лекари имају: “...пуно могућности да погреше, зато што свакодневно имамо велики број пацијената, 40-50, па и више, преписујемо много лекова. Постоји још могућности да се направе грешке, на пример, приликом хитних интервенција, кад имамо два хитна стања која лекар опште праксе мора сам да решава.” (Б92, 2005).

Параметар коме нису одређене циљне вредности са границама толеранције, тј. прихватљивим опсегом не може много говорити о квалитету јер се за измерену вредност параметра не може знати да ли је она добра или лоша, нити у којој мери. У ситуацијама када не постоји дефинисана циљна вредност са границама толеранције промене вредности параметра у различитим интервалима времена могу указивати на неке промене у систему, али не могу дати одговор о каквим се променама ради нити где се оне одвијају, поготову када тај параметар није директно везан за неки део система, тј. за одређени процес, ресурс, улаз или излаз (Živaljević i dr., 2013).

Табела 2- Параметри који се прате и мере у Републици Србији као показатељи квалитета

		Показатељи квалитета										Показатељи безбедности пацијената у стационарним ЗУ					
		Област 33	гинекологију и акушерство	хируршке гране медицине	интеристичке гране медицине	здравствену установу у целини	педијатријске гране медицине	кардиохирургију	спец. служби			у области здр. делатности изабраног лекара	вредња листа чекања	стицања и обнове знања и вештина запослених			
									у примарној здравственој заштити	установе стацион. здравствене заштите	ургентну медицину						
Показатељ	стопа леталитета		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
		стопа леталитета	/	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		описаних пацијената	/	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		неописаних пацијената	/	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		од инфаркта миокарда	/	/	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
проценат умрлих	од цереброваскуларног инсульта у току првих 48 сати од пријема		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
		од цереброваскуларног инсульта у току првих 48 сати од пријема	/	/	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		од инфаркта миокарда у току првих 48 сати од пријема	/	/	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		смртност у току 48 сати од интервенција или процедура	/	/	/	/	/	/	+	/	/	/	/	/	/	/	/
Проценат	обдукованих		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
		подударности клиничких и обдукционих дијагноза	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		пацијената упућених у друге здравствене установе, осим на рехабилитацију	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

ПРИКАЗ ПОСТОЈЕЋЕГ НАЧИНА УНАПРЕЂИВАЊА КВАЛИТЕТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Постојећи начин унапређивања квалитета здравственог система Републике Србије говори о напорима и настојањима Владе да учини нешто у овој области. Међутим, постојећи начин управљања квалитетом здравственог система Републике Србије се не базира на системском приступу јер не подразумева да су сви делови система управљани (приватне здравствене установе су изузете из праћења и мерења прописаних показатеља квалитета) а повратна спрега не обезбеђује информације о квалитету свих кључних и критичних делова система. Такође, запослени у државним здравственим установама који врше праћење и мерење прописаних показатеља квалитета не знају зашто баш те показатеље прате и мере, нити знају које су вредности показатеља пожељне. Циљне вредности показатеља квалитета здравствене заштите нису дефинисане, није јасно дефинисано ни на који део система се сваки показатељ односи, а број показатеља квалитета велики па се њиховим праћењем и мерењем генерише велики број података који не указују на део система који је неопходно унапредити. Запослени који врше мерење показатеља квалитета троше енергију како би дошли до хаотичних података а објективност измерених вредности показатеља није обезбеђена кроз дефинисану одговорност за контролу мерења вредности показатеља (Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, 2010., члан 41), па се не може са сигурношћу утврдити веродостојност измерених вредности. Посвећеност запослених је важан услов за постизање квалитета (Poksinska, 2002, Sumarjan, 2013, Pan, 2010) а иста се не може постићи без информисања запослених о начину на који све њихове активности утичу на постизање и унапређивање квалитета (Alhwairini, 2012). Из изложеног се може закључити да се посвећеност запослених у државним здравственим установама не може са сигурношћу очекивати у постојећем начину унапређивања квалитета здравственог система Републике Србије, те се хипотеза X_2 може сматрати тачном.

Резултате мерења на крају године све установе укључене у ову активност шаљу на статистичку обраду Институтима за заштиту здравља. Институту податке обрађује збирно и достављају их Министарству здравља који их анализира. На основу збирне обраде параметара, чије циљне вредности нису дефинисане и за које се не зна на који елемент (тачан процес, ресурс, улаз или излаз) здравственог система се односе, Министарство доноси одлуке, предлоге закона, политике или акционе планове којима би требало подићи ниво квалитета целокупног здравственог система. При

томе, из података на основу којих се доносе мере и одлуке је изостављен приватни део здравствених установа.

Од момента последњих мерења до момента доношења одлука просечно прође годину дана (Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, 2010., члан 41). За годину дана заврши се нови циклус мерења у здравственим установама, што указује на закаснелост одлука које здравствени системи треба да спроводе. Ове одлуке се односе на све здравствене установе, и оне које су пратиле и мериле параметре и на оне које то нису, па без обзира на ниво квалитета који је различит у свим здравственим установама, све установе морају спровести донете одлуке. Високо централизован систем унапређивања квалитета чини овај процес тромим и закаснелим. Такође, потпуно је супротстављен теорији менаџмента квалитетом која инсистира на власницима процеса (ИСО 9000, 2005), особама које су овлашћене и компетентне да унапређују процесе за које су одговорне.

Слика 1- Приказ садашњег начина унапређења квалитета здравственог система у Републици Србији

Извор – Аутор

Слика 1 приказује да у примени постојећег начина управљања квалитетом здравственог система постоји разлика између приватних здравствених установа (које су представљене горњим делом слике и које нису у обавези да прате и мере показатеље квалитета и њихове резултате шаљу на обраду заводу) и државних здравствених установа које су у обавези да једном годишње спроводе праћење и мерење показатеља квалитета прописаних за њихов ниво здравствене заштите. Мерење врше запослени у др-

жавној здравственој установи, а показатељи здравствене заштите не указују једнозначно на одређени део система установе. Надлежни завод или институт врши обраду података добијених само од државних здравствених установа. С обзиром да су приватне здравствене установе изостављене из обраде податата, у каснијој анализи вредности показатеља квалитета изостављен је један важан део здравственог система што анализу чини непоузданом, а одлуке, предлози закона, акциони планови и политике које доноси Министарство здравља се стога не могу сматрати свеобухватним и оптималним иако важе и за државне и за приватне здравствене установе.

Из свега изложеног, а на основу резултата тестирање хипотеза X_1 и X_2 може се закључити да је основна хипотеза X_0 која гласи: „Постојећи начин управљања квалитетом који се заснива само на праћењу и мерењу показатеља квалитета здравствене заштите не обезбеђује постизање квалитета здравственог система Републике Србије.“ потврђена као тачна.

КАКО ПОСТИЋИ КВАЛИТЕТ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ?

Из претходно изложеног могу се идентификовати следећи проблеми у постојећем начину управљања квалитетом здравственог система Републике Србије:

1. Параметри квалитета, тј. показатељи који се прате и мере у Републици Србији нису изведени из елемената система и њихове циљне вредности нису дефинисане те њихове измерене вредности не могу једнозначно указати на део система који је неопходно унапредити,
2. Лоше дефинисан систем праћења и мерења на нивоу Републике Србије јер у приватним здравственим установама исти није контролисан од стране државе а у државним установама није обезбеђена његова поузданост и правовременост.
3. Резултати праћење и мерења се обрађују и анализирају централизовано, па установе не спроводе унапређење у кратким временским роковима која би била примерена њима већ она која се односе на цео здравствени систем.

Теорија менаџмента квалитетом почива на процесном и системском приступу. Све што настаје резултат је неког процеса или мреже процеса (Evans & Lindsay, 2001, стр. 23). Стога, жељени резултат или планирано

стање се не може постићи уколико процес није оптималан. Друга важна претпоставка менаџмента квалитетом је да је квалитет скуп својстава којима се задовољавају захтеви корисника, тј. заинтересованих страна (ISO 9000, 2005). Ако пођемо од чињенице да је основ целокупног здравственог система здравствена установа, онда установе примарног, секундарног или терцијалног нивоа не само да чине здравствени систем, већ је свака за себе систем и има сопствени квалитет. Дакле, дефинисањем заинтересованих страна здравствених установа, испитивањем њихових захтева и пројектовањем процеса здравствених установа тако да су у стању да испуне ове захтеве постиже се квалитет. 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. Сваки параметер треба да буде одређен циљном вредношћу и његовим границама толеранције и једнозначно везан за одређени процес, одређену услугу или цео систем установе. Само на тај начин измерена вредност параметра јасно може указати да ли се постиже квалитет или не и где је жариште лошег квалитета, тј. где су подручја за унапређење.

Постизање квалитета у здравственом систему се своди на постизање квалитета његових саставних делова – установа (и приватних и државних) и то кроз две глобалне фазе: кроз пројектовање и имплементацију система за менаџмент квалитетом и кроз обезбеђивање и унапређивање система за менаџмент квалитетом путем праћења и мерења оптимално дефинисаних параметара квалитета и оптимално дефинисаног механизма повратне спреге. Пројектовање система за менаџмент квалитетом требало би да се одвија кроз (Живаљевић, 2012, стр. 294-297, Trusko и др., 2007, стр 77-161, Живаљевић и др., 2005, Петковић и др., 2005):

19. Дефинисање заинтересованих страна сваке здравствене установе
20. Дефинисање захтева заинтересованих страна сваке здравствене установе
21. Дефинисање свих врста излаза из сваке здравствене установе са особинама којима се испуњавају захтеви корисника
22. Дефинисање власника процеса и процеса који директно стварају дефинисане излазе (кључних процеса) тако да су у стању да пруже излазе дефинисаних особина

23. Дефинисање осталих процеса који утичу на квалитет кључних процеса тако да омогућавају несметано одвијање кључних процеса
24. Дефинисање параметара квалитета услуга, кључних процеса, осталих процеса.
25. Дефинисање циљних вредности параметара квалитета
26. Дефинисање начина праћења и мерења параметара квалитета, фреквенција мерења и запослених који су одговорни за мерење
27. Дефинисање начина дистрибуције измерених вредности параметара.

Пројектовање резултира процедурама и упутствима система за менаџмент квалитетом а у здравственим установама и протоколима, којима се процеси постављају у жељене оквире. Имплементација представља примену протокола, процедура и упутстава. Пошто је сваки параметер везан или за услугу или за конкретан процес и пошто су дефинисане циљне вредности параметара, одступања измерених вредности од циљних јасно указују на деградацију квалитета у конкретној области. Власници процеса дефинисаном дистрибуцијом измерених вредности параметара одмах знају да је дошло до деградације квалитета у оквиру њихових процеса и могу одмах реаговати како би процес вратили у границе толеранције.

Овим приступом не негирају се надлежности Министарства нити могућност збирне обраде и сагледавања података о мерењима квалитета целокупног здравственог система. И даље се сви измерени подаци од стране сваке здравствене установе једном годишње могу слати у институте и заводе за заштиту здравља, као и извештаји о предузетим мерама на унапређивању квалитета.

Слика 2- Приказ предложеног начин унапређивања квалитета здравственог система

Извор – Аутор

Сликом 2 приказан је предложени начин унапређивања квалитета здравственог система који и приватне и државне здравствене установе сагледава као равноправне и једнако важне елементе. Процес праћења и мерења, с обзиром на везу параметра са тачно одређеним делом система здравствене установе, не даје преобимне податке, а исти јасно указују на део система који је неопходно унапредити. Обрада података и анализа у самој установи омогућавају брзо реаговање установе на деградацију, а предлоге унапређења дају и спроводе запослени у установи чиме се утиче на њихову посвећеност квалитету. Необрађени подаци и из државних и из приватних здравствених установа се такође шаљу заводима и институти-ма јавног здравља на обраду, а Министарство здравља анализом обрађених података из целокупног система доноси одлуке, политике, акционе планове и законе.

ЗАКЉУЧАК

Важност квалитета здравствених услуга се никако не сме подценити. Такође се не сме олако приступити ни његовом дефинисању и постизању. Лош квалитет здравствених услуга може довести до губитака живота и високих трошкова који су проузроковани санацијом грешака. Здравствене услуге су последица деловања процеса у здравственим установама чији квалитет представља основ за постизање квалитета услуга.

Квалитет здравствених услуга или процеса који се одвијају у здравственим установама сазнајемо путем праћења и мерења параметара квалитета који морају бити дефинисани кроз анализу заинтересованих страна, њихових захтева, процеса, улаза и излаза. Само на тај начин сваки параметер и његова вредност могу јасно указати на подручја за унапређење и умањити ризик од деградације квалитета. Такође, оваквим приступом се осигурава да сваки параметер заиста нешто говори, те да број параметара који се прате и мере не буде ни премали ни превелики.

Аутори су покушали радом да нагласе важност адекватног пројектовања система за менаџмент у здравственим установама, адекватног процеса праћења и мерења параметара квалитета као и важност адекватне дистрибуције података о измереним вредностима како би се на време донеле исправне одлуке и на прави начин утицало на обезбеђење и унапређење квалитета у здравству.

Република Србија је оснивањем *Агенције за акредитацију здравствених установа Србије* начинила значајан корак у правцу увођења и праћења квалитета. Поред тога, на академском нивоу се уводе нови студијски програми који могу да помогну у досезању вишег квалитета здравствених услуга едукацијом власника процеса. Сви постојећи напори су, међутим, недовољни, уколико се систем сваке здравствене установе не уреди тако да процеси буду оптимални, а праћење и мерење параметара квалитета оптимизира. Применом предложеног приступа осигурало би се континуално унапређивање квалитета сваке здравствене установе као и целокупног система здравствене заштите у краћем временском року и уз минималне трошкове.

SUMMARY

QUALITY MANAGEMENT OF HEALTH CARE SYSTEM BY MONITORING AND MEASURING QUALITY PARAMETERS

The importance of monitoring and measuring quality in every system lies in its ability to provide the necessary information for the future system operation which would lead to its quality improvement. If there were no parameters of quality and indicators of results, then the system would be at risk of overlooking the necessary areas for improvement. Also, if the monitored and measured parameters are not adequately defined and related to specific processes or outputs, then the process of measuring would take the system in the wrong direction. Authors give an overview of the quality parameters that are currently being monitored in the health care system of Republic of Serbia, and analyze their usability.

Starting from the fact that errors are common phenomenon in the health care system of all countries and that those errors are the result of process, the authors propose a methodology of improving health care system quality through necessary steps in the design of the system and its maintenance by the monitoring and measuring of quality. Considering the present conditions in Serbia, the application of the proposed improvement methodology and giving importance to the process of monitoring and measuring can be a safer, easier and cheaper way to improve the quality of health care system.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alhwairini, A., Foley, A., Working towards total quality management in Saudi Arabia, *Education, Business and Society: Contemporary Middle Eastern Issues*, 5(3), 2012, 187-199.
2. Badry, D., & Felske, A. W., An examination of the social determinants of health as factors related to health, healing and prevention of foetal alcohol spectrum disorder in a northern context—the brightening our home fires project, *International Journal of Circumpolar Health*, Northwest Territories, Canada, 2013, Vol. 72. doi: 10.3402/ijch.v72i0.21140
3. Блиц, Болнице плаћају лекарске грешке, 07. јул 2008. Доступан на: <http://www.blic.rs/Vesti/Hronika/48306/Bolnice-placaju-lekarske-greske-pristupljeno> 15.2.2015.
4. Блиц, Хана Дунђеров, Страхују од последица жалби на грешке лекара, 20.04.2009. Доступан на: <http://www.blic.rs/vojvodina.php?id=89007> приступљено 15.2.2015.

5. Блиц, Никола Селаковић о пресудама које изазивају протесте, Под сумњом и суђења за грешке лекара, 17. 03. 2014. Доступан на: : <http://www.blic.rs/Vesti/Hronika/450129/Pod-sumnjom-i-sudjenja-za-greske-lek-ara> приступљено 15.2.2015
6. Б92, Директор КЦ о одговорности лекара, 28. мај 2009. Б92, Тањуг. Доступан на: http://www.b92.net/info/vesti/index.php?yyyy=2009&mm=05&dd=28&nav_id=362878 приступљено 15.2.2015
7. Б92 (2005) Породични лекар? Бољерешење, Б92.нет, 22.09.2005. Доступан на: http://www.b92.net/zdravlje/prevencija.php?yyyy=2005&mm=09&nav_id=177102 приступљено 16.2.1015.
8. Evans, J., Lindsay, W., *The Management and Control of Quality*, (5th edition). South-Western College Pub, Cincinnati, OH, 2001.
9. Hastings, M. M., Andres, S., Hsu, A., The promises of autopsy: still the “gold standard” of quality. In *Abstr Book Assoc Health Serv Res Meet*, Vol. 14, 1997, pp.181.
10. Глас јавности, Снежана Челић, Професор Драгослав Ерцеговац о етици лекарске професије, Грех је бранити лекара који је направио грешку, 28.10.2007. Доступан на: <http://www.glas-javnosti.rs/clanak/glas-javnosti-28-10-2007/greh-je-braniti-lekara-koji-je-napravio-gresku> приступљено 15.2.2015
11. ГЗЈЗБ, Градски завод за јавно здравље Београд [homepage on the internet]. Београд: Анализа показатеља квалитета здравствене заштите у Београду; [cited 2015 Феб 15]. Data and statistics [about 7 screens]. Доступан на: http://www.zdravlje.org.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=116&Itemid=218&lang=sr-lat
12. Ignjatović-Ristić, D., Vasiljević, S., Rančić, N., Ristić, B., Difficulties in proving medical errors: Where we stand? *Vojnosanitetski preglad*, br. 71(4), 2014, str. 390-394. doi:10.2298/VSP1404390I
13. ИЈЗРС (2008) Показатељи квалитета рада стационарних здравствених установа у Београду за период 1.07.-31.12.2007. године, Институт за јавно здравље Републике Србије “Др Милан Јовановић Батут”. Доступан на: http://www.zdravlje.org.rs/kvalitet/2007/pdf/3_1.pdf приступљено 15.2.2015.
14. ИЈЗН, (2012) Анализа/приказ показатеља квалитета рада у здравственим установама нишавског и топличког округа у 2012. години, Институт за јавно здравље Ниш. Доступан на: <http://www.izjz-nis.org.rs/publikacije/publikacije.html> приступљено 16.2.2015.
15. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America *Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury*. In Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (Eds.). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press, Washington, DC, 2000.

16. ISO 9000 (Ed.), ISO 9000 – Quality Management Systems – Fundamentals and Vocabulary, European Committee for Standardization, International Standards Organisation, Brussels, 2005.
17. Јоксимовић, О.. Осигурање и здравствено осигурање, Мегатренд универзитет примењених наука, Београд, 2005.
18. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите («Сл. гласник РС», бр. 49/2010) Министарство здравља Републике Србије, 2010. Доступан на: <http://www.iohbb.edu.rs/files/dokumenti/Pravilnik%20o%20pokazateljima%20kvaliteta%20zdravstvene%20zastite.pdf> приступљено 15.2.2015.
19. НИН, Проф. Весна Дадих-Живојиновић, Лекари убијају, НИН 2007. Доступан на: <http://www.nin.co.rs/2000-08/17/14074.html> приступљено 15.2.2015.
20. Pan, M. J., Lin, C. L., Tai, S. H., Tseng, K. A. What Factors May Shape the Performance of ISO 9000: The Cases of Canada, France and USA, *Management and Service Science* (MASS), 2010 International Conference on IEEE, 2010, August, pp. 1-4.
21. Петковић, М., Живаљевић, А., Багарић, И., Анализа, мерење и унапређивање пословних процеса у високообразовним институцијама, Зборник радова са X интернационалног стручног симпозијума SM2005, Палић, мај 2005, Економски факултет Универзитета у Суботици, бр. 1-2, стр. 138-141.
22. Phillips, D.P., Christenfeld, N., Glynn, L.M., Increase in US Medication-Error Deaths between 1983 and 1993. *The Lancet*, Vol. 351, 1998, pp.643–644.
23. Poksinska, B., Jörn Dahlgaard J., Antoni M., The state of ISO 9000 certification: a study of Swedish organizations, *The TQM Magazine*, 14(5), 2002, pp.297-306.
24. Press Online ,dr Hajrija Mujovi-Zornić. Lekari zaštićeniji od belih medveda!, 05.06.2009. Dostupan na: <http://www.revija92.rs/code/navigate.php?Id=313> pristupljeno 15.2.2015.
25. РТВ, Због смрти девојчице ванредна провера клинике у Тиршовој, Тањуг, 01.јун 2009. Доступан на: http://www.rtv.rs/sr_lat/drustvo/zbog-smrti-devojice-vanredna-provera-klinike-u-tirsovoj_130819.html приступљено 15.2.2015.
26. Starfield, B., Is US health really the best in the world? *JAMA*, Vol. 284(4), 2000, pp. 483-488.
27. Sumarjan, N., Arendt, S. W., & Shelley, M., Incongruent quality management perceptions between Malaysian hotel managers and employees. *The TQM Journal*, 25(2), 2013, 124-140.
28. Trusko, B.E., Pexton, C., Harrington, H.J., Gupta, P., *Improving Healthcare Quality and Cost with Six Sigma*, FT Press, 2007. str. 77-161

29. Вечерње Новости Онлине, Лекарске грешке, Доступан на: [http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/teme/teme.97.html:tema-62-Lekarske-greske](http://www.novosti.rs/vesti/naslovna teme/teme.97.html:tema-62-Lekarske-greske) приступљено 15.2.2015.
30. WHO, World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: Regional office for Europe; c 2000 [cited 2015 Feb 14]. Data and statistics [about 1 screens]. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> accessed 12.2.2015.
31. ЗЈЗС (2014) Праћење показатеља квалитета рада у здравственим установама западно-бачког округа 2009-2013, Завод за јавно здравље Сомбор. Доступан на: <http://www.zzjzsombor.org/kvalitetzu/2013kvalitet.pdf> приступљено 16.2.2015.
32. ЗЈЗВ (2013) Анализа показатеља квалитета здравствене заштите у здравственим установама јужнобанатског округа за период 1-12.2012. године. Институт за јавно здравље Војводине. Доступан на: http://izjzv.org.rs/uploads/images/extra/2031_Kvalitet_2012_zbirno.pdf приступљено 16.2.2015.
33. Живаљевић, А., Подизање нивоа квалитета здравствених пословних система, (докторска дисертација) Факултет организационих наука Универзитета у Београду, Београд, 2012, стр. 294-297
34. Живаљевић, А., Петковић, М., Багарић, И., Систем за менаџмент квалитетом високообразовне институције, Зборник радова са 13. Научно-стручне конференције Индустријски системи IS 05, 7.-9. септембар 2005., Херцег Нови, Факултет техничких наука Универзитета у Новом Саду, Нови Сад, 2005., стр. 821-828.
35. Živaljević, A., Mitrović, Ž., Petković, M., Conceptual and mathematical model for quality improvement in health care, *The Service Industries Journal*, 33(5), 2013, pp. 516-541. doi: 10.1080/02642069.2011.622368

Овај рад је примљен **18.02.2015.** а на састанку редакције часописа
прихваћен за штампу **09.11.2015.** године.