

КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

– КОНЦЕПТ КОМЕ И ДАЉЕ ТЕЖИМО

Роберта Марковић,^{1,2} Оливера Радловић,^{1,2} Александра Игњатовић,^{1,2} Миодраг Стојановић,^{1,2}
Александар Вишњић^{1,2}¹ Медицински факултет Универзитета у Нишу² Институт за јавно здравље НишQUALITY OF HEALTHCARE IN THE REPUBLIC OF SERBIA
- THE CONCEPT WE STILL STRIVE FORRoberta Marković,^{1,2} Olivera Radulović,^{1,2} Aleksandra Ignjatović,^{1,2} Miodrag Stojanović,^{1,2}
Aleksandar Višnjić^{1,2}¹ Faculty of Medicine at the University in Niš² Institute of Public Health of Niš

Сажетак

Добром квалитету се тежи у области здравства, као у свим другим областима рада, а у новије време тежи се изврсноци. Светска здравствена организација данас квалитет здравствене заштите дефинише као „степен до ког здравствене услуге за појединце и становништво повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода“. Овако дефинисан квалитет здравствене заштите подразумева да пружена здравствена услуга треба да буде ефективна и ефикасна, сигурна и оријентисана ка пацијенту, благовремено пружена, праведна и интегрисана. Државе света обавезале су се на остваривање циљева стратегије „Здравље за све“ и тиме су квалитет пружања здравствене заштите прихватиле као обавезу и циљ. Концепт квалитета здравствене заштите у Републици Србији развијао се на основама некадашњег система кога је карактерисао висок ниво социјализоване здравствене заштите, доступне бесплатно свим старосним и друштвеним групама, засноване на начелима које и данас Светска здравствена организација, у својим документима, препознаје као кључне. Снажна примарна здравствена заштита је основа оваког система. Године рата, праћене економским и политичким санкцијама утицале су на све секторе у Републици Србији, укључујући и здравствени који је био прилично пољубан. Године 2000. започета је нова реформа здравственог система, а већ 2004. институти и заводи за јавно здравље, у оквиру програма Министарства здравља „Праћење квалитета рада у здравственим установама у Републици Србији“ а у складу са „Објашњењем за праћење квалитета рада у здравственим установама“, започели су са спровођењем активности које су се тичале унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента. Уследиле су године улагања у капацитете здравствених установа и људске ресурсе, уз дефинисање легислативног оквира за праћење квалитета. Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ са мрежом завода за јавно здравље донели су низ мултисекторских, стратешких и планских докумената и координисали имплементацију програма на свим нивоима здравствене заштите. Сprovedено је много активности и према ЕНСИ (*Euro Health Consumer Index*-у) у периоду 2012–2018. здравствени систем Републике Србије остварио је значајно унапређење квалитета. Србија је по квалитету 2018. године препозната као *climber of the Year*. Епидемија COVID-19 ставила је пред здравствени систем Републике Србије нове изазове, а захтеви који се тичу одржавања и унапређивања квалитета постали су још сложенији. У тим околностима пружање висококвалитетне здравствене заштите на свим нивоима остаје вредност којој ћемо и даље тежити, а која ставља нагласак на полуге менаџмента тоталним квалитетом здравствене заштите у чијем ће центру заиста бити задовољни пацијент.

Кључне речи: здравствена заштита, квалитет, унапређење

Abstract

Like all other fields, quality – and recently, excellence – are goals that healthcare strives for. The World Health Organisation defines the concept of quality of care as the “the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes”. Thus defined, healthcare quality means that the healthcare service provided should be effective and efficient, safe and patient-oriented, provided in a timely manner, just and integrated. Countries around the world have committed to achieving the goals of the “Health for All” strategy, thus accepting healthcare quality as both their obligation, and as their goal. The concept of healthcare quality in the Republic of Serbia was developed on the foundations of the previous system, characterised in a high level of socialized healthcare, available free of charge to all age and social groups, grounded in the principles that the World Health Organisation recognises as essential principles in its documents. Strong primary healthcare is the corner stone of this system. Years of war, accompanied by economic and political sanctions, have impacted all sectors in the Republic of Serbia, including the healthcare sector, which was quite shaken. In 2000, a new reform of the healthcare system was launched, and already in 2004 public health institutes began implementing activities aimed at improving the quality of healthcare and patient safety, as part of the program of the Ministry of Health entitled “Monitoring the quality of work in healthcare institutions in the Republic of Serbia” and in line with the “Instruction on monitoring the quality of work in healthcare institutions”. Years of investments into healthcare capacities and human resources followed, together with the definition of a legislative framework for quality monitoring. The Ministry of Health and the Institute of Public Health of Serbia „Dr Milan Jovanović Batut“, together with the network of public health institutes, have adopted a set of multisector, strategic and planning documents and coordinated program implementation at all levels of health care. Many activities were implemented, and according to the Euro Health Consumer Index (EHCI), from 2012 to 2018, the healthcare system in the Republic of Serbia has significantly improved its quality. In 2018, with regards to quality, Serbia was awarded the title of the climber of the year. COVID-19 pandemic put the Serbian healthcare system before new challenges, and requirements related to quality maintenance and improvement have become even more complex. In these circumstances, provision of high-quality healthcare on all levels remains a value we keep striving for, emphasizing the leverages of total healthcare quality management that will truly be oriented towards a satisfied patient.

Keywords: healthcare, quality, improvement

Увод

Потреба за квалитетом у свим областима живота присутна је и у области здравства, посебно у контексту нових светских трендова: више се не тежи само квалитету, тежи се изврсноци. Протеклу деценију обележиле су године транзиције у демографским моделима, културним обележјима, промене стилова живота, промене традиционалне породичне структуре, појава нових вредности и општих очекивања, већа очекивања јавности, епидемиолошке промене, нова сазнања, техничка и технолошка, а последње две године, пандемија COVID-19 у потпуности је пребојила све сегменте живота. У таквом окружењу тежња ка добром здрављу и очекивање високог квалитета у пружању здравствене заштите постали су императив [1].

Светска здравствена организација данас квалитет здравствене заштите дефинише као „степен до ког здравствене услуге за појединце и становништво повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода” [2], а како су се државе света обавезале на остваривање циљева стратегије „Здравље за све”, тиме су и квалитет пружања здравствене заштите прихватиле као обавезу и циљ. Овако дефинисан квалитет здравствене заштите подразумева да пружена здравствена услуга треба да буде ефективна и ефикасна, сигурна и оријентисана ка пацијенту, благовремено пружена, праведна и интегрисана. То захтева снажно опредељење држава да се успоставе мере, прате и унапређују системи који ће обезбедити квалитет.

Квалитет здравствене заштите и пружања здравствених услуга није нов концепт, али се током времена мењао. Историјски гледано, квалитет пружања здравствених услуга се посматрао и анализирао најпре кроз искључиву одговорност здравственог радника, али током времена препознаје се важност свих карактеристика здравствене установе, процедура, окружења и коначно улога пацијента. Донабедијан ће нагласити три утицаја, утицај структуре, процеса и исхода и важност правога светог тројства: доброг здравственог радника, добре здравствене установе и доброг пацијента [3]. Нагласиће важност процењивања квалитета, разбијајући га на процену квалитета, мониторинг квалитета и обезбеђивање квалитета. Он посматра квалитет из перспективе пружаоца и пацијента [4]. И коначно, добар квалитет здравствене заштите се очекује у подржавајућем друштвеном окружењу, јер се може развијати само на јаким темељима здравственог система који је увек рефлексија нивоа развоја друштва коме припада.

Развој концепта квалитета здравствене заштите обе-

Introduction

Like in all other aspects of life, there is also a need for quality in healthcare, especially in the context of new global trends: we no longer strive for mere quality, we now strive for excellence. The last decade was marked by the years of transition in demographic models, cultural markers, changes in lifestyle, changes in traditional family structure, emergence of new values and general expectations, greater public expectations, epidemiological changes, new discoveries, technical and technological, and in the last two years, the COVID-19 pandemic has left its mark on all segments of life. In such an environment, striving for good health and expecting high quality in the provision of healthcare services have become imperative [1].

The World Health Organisation now defines the concept of the quality of care as the “the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes” [2], and as the governments world-wide have committed to the objectives of the “Health for All” strategy, they have also accepted quality of care as their obligation and their goal. Thus defined, quality of care means that the healthcare service provided should be effective and efficient, safe and patient-oriented, provided in a timely manner, just and integrated. This requires a strong commitment from the governments to set up measures, to monitor and improve systems that will ensure quality.

Quality of care and of the provision of healthcare services is not a new concept, but it has evolved over time. In historical terms, quality of healthcare services was seen and analysed first as an exclusive responsibility of healthcare workers, but over time, the importance of all characteristics of the healthcare institution, procedures, environment and finally the role of the patient, were slowly recognised as important as well. Donabedian would emphasize three influences, the influence of structure, processes and outcomes, and the importance of the true holy trinity: good healthcare professional, good healthcare institution and good patient [3]. Importance of quality assessment is emphasized, breaking it down into quality assessment, quality monitoring and quality assurance. He sees quality from the perspective of the provider, as well as the patient [4]. Finally, good quality of care is expected in a supportive social environment, as it can be developed only on strong foundations of a healthcare system that is still a reflection of the level of development of the society it belongs to.

The development of the quality of care concept was marked by overcoming many misapprehensions: quality was seen as a subjective experience, but the possibilities of quality assessment and measuring have refuted this position;

лежило је и превазилажење многих заблуда: сматрало се да је квалитет субјективан доживљај, али могућност процењивања и мерења квалитета су оповргли овај став; мишљење да пацијенти не „разумеју или не препознају“ квалитет здравствених услуга такође се показало као сасвим нетачно, поготово у новије време, када су информације далеко доступније, у окружењу које подржава континуирано учење; такође, квалитет је сматран системом, а заправо је део корпоративне културе, засноване на многим системима који га подржавају [5].

Циљ овог рада је да прикаже активности спроведене у циљу унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента у Републици Србији, као и установе које су биле носиоци ових активности.

Метод

Метод рада је преглед литературе, извештаја, публикованих и непубликованих докумената који су производ активности имплементираних готово две деценије са циљем унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента у Републици Србији.

Резултати и дискусија

Тежња ка квалитету здравственог система, здравствених установа и здравствених услуга у Републици Србији има своје корене у карактеристикама здравственог система некадашње Југославије. Тадашњи добро организован и снажан здравствени систем карактерисао је веома висок ниво социјализоване здравствене заштите, доступне бесплатно свим старосним и друштвеним групама, засноване на начелима које и данас Светска здравствена организација, у својим документима, препознаје као кључне. Здравствена заштита била је базирана на снажној примарној здравственој заштити, са таквим организационим моделом, који смо представили и 1978. године у Алма Ати [6]. Није нескромно рећи да су „широко отворена врата примарне здравствене заштите“ концепт прихваћен у Алма Ати од стране земаља чланица Светске здравствене организације (СЗО) као кључ за постизање циља „Здравље за све“ али испрва само у земљама у развоју, у то време била реалност нашег система.

Од 1978. до данашњих дана десиле су се велике друштвене, економске и политичке промене у Републици Србији. Године рата, праћене економским и политичким санкцијама утицале су на све секторе, укључујући и здравствени који је био прилично пољуљан. Нова реформа здравственог система започета је 2000. године, а већ 2004. институти и заводи за јавно здравље у

the opinion that the patients “do not understand or do not recognize the quality of healthcare services” also proved to be quite incorrect, especially in recent times when information is far more widely available and the environment supports life-long learning; in addition, quality was seen as a system, when it is, in fact, a part of the corporate culture, based on many supporting systems [5].

The purpose of this paper is to demonstrate the activities undertaken to improve the quality of care and patient safety in the Republic of Serbia, as well as to present the institutions that carried out this process.

Method

The method of the paper is literature review, including reports, published and unpublished documents that have been produced through activities implemented over almost two decades, with the purpose of improving the quality of care and patient safety in the Republic of Serbia.

Results and discussion

Striving for quality of the healthcare system, healthcare institutions and health services in the Republic of Serbia has its roots in the characteristics of the previous healthcare system in the former Yugoslavia. The well-organized and powerful healthcare system of that age was characterised by a high level of socialized healthcare, available free of charge to all age and social groups, grounded in the principles that the World Health Organisation recognised as essential principles in its documents. Healthcare was based on strong primary healthcare, with an organisational model that we presented in 1978 at Alma Ata [6]. It's not conceited to say that the “wide-open doors of the primary healthcare system” concept, adopted by the members of the World Health Organization (WHO) in Alma-Ata as crucial for the achievement of the “Health for All” principle, but first adopted only in developing countries, was a reality of our system at the time.

Since 1978, major social, economic and political changes have taken place in the Republic of Serbia. Years of war, accompanied by economic and political sanctions, have impacted all sectors, including the healthcare sector, which was quite shaken. A new reform of the healthcare system was initiated in 2000, and already in 2004 public health institutes, coordinated by the Institute of Public Health “Dr Milan Jovanović Batut”, began implementing activities aimed at improving the quality of care and patient safety, as part of the program of the Ministry of Health entitled “Monitoring the quality of work in healthcare institutions in the Republic of Serbia” and in line with the “Instruc-

координацију Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, у оквиру програма „Праћење квалитета рада у здравственим установама у Републици Србији“, а у складу са „Објашњењем за праћење квалитета рада у здравственим установама“ започели су са спровођењем активности које су се тичале унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента. Уследиле су године улагања у капацитете здравствених установа и људске ресурсе, уз дефинисање легислативног оквира за праћење квалитета: Закона о здравственој заштити („Сл. гласник РС”, бр. 107/2005-112, 72/2009-193 (др. закон), 88/2010-3, 99/2010-3, 57/2011-36, 119/2012-32, 45/2013-19 (др. закон), 93/2014-8, 96/2015-124, 106/2015-64, 105/2017-3, 113/201-192 (др. закон)), Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите и о провери квалитета стручног рада („Сл. гласник РС”, бр. 123/2021), припреме Стратегије за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента („Сл. гласник РС”, бр. 15/2009), Методолошког упутства за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета здравствене заштите (урађеног од стране Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”). Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” са мрежом завода за јавно здравље донели су низ мултисекторских, стратешких и планских докумената и координисали имплементацију програма на свим нивоима здравствене заштите. Дефинисани су и главни правци развоја здравственог система:

- Једнак приступ здравственој заштити за све грађане и унапређење здравствене заштите угрожених група становништва
- Постављање потрошача здравствене заштите у центар здравственог система
- Унапређење квалитета здравствене заштите
- Унапређење људских ресурса у здравству
- Јачање националног здравственог потенцијала
- Одрживост здравственог система
- Дефинисање улоге приватног здравственог сектора [7].

Упркос новим стратешким опредељењима и многобројним активностима које су водиле унапређењу квалитета здравствене заштите, 2012. године, према ЕHCI (*Euro Health Consumer Index*-у) Србија је била последња на листи од 40 земаља ранжираних по квалитету здравствене заштите [8]. Резултати ЕHCI анализа указали су на показатеље у здравственом систему у Србији које треба даље унапређивати: доступност здравствене заштите, време чекања, обим услуга и доступност лекова, исходи лечења, однос превентивне и куративне здравствене заштите, заступљеност мера превенције,

tion on monitoring the quality of work in healthcare institutions”. Years of investments into healthcare capacities and human resources followed, together with the definition of a legislative framework for quality monitoring: Law on Healthcare (“Official Gazette of the RS” no. 107/2005-112, 72/2009-193 (other law), 88/2010-3, 99/2010-3, 57/2011-36, 119/2012-32, 45/2013-19 (other law), 93/2014-8, 96/2015-124, 106/2015-64, 105/2017-3, 113/201-192 (other law)), Rulebook on healthcare quality indicators and quality assessment of professional work (“Official Gazette of the RS” no. 123/2021), elaboration of the Strategy for continual improvement of healthcare service quality and patient safety (“Official Gazette of the RS” no. 15/2009), Methodological guide to healthcare institutions reporting on healthcare quality indicators (elaborated by the Institute of Public Health of Serbia „Dr Milan Jovanović Batut”). The Ministry of Health and the Institute of Public Health of Serbia „Dr Milan Jovanović Batut”, together with the network of public health institutes, have adopted a set of multisector, strategic and planning documents and coordinated program implementation at all levels of healthcare. The main directions for the development of the healthcare system were defined:

- Equal access to healthcare for all citizens and improvement of healthcare for vulnerable groups
- Putting the healthcare service consumer in the centre of the healthcare system
- Improvement of healthcare quality
- Improvement of human resources in healthcare
- Strengthening the national health potential
- Healthcare sustainability
- Defining the services of the private healthcare sector [7].

Despite the new strategic course and numerous activities leading to improved healthcare quality, in 2012, according to the ЕHCI (Euro Health Consumer Index), Serbia was last on the list of 40 countries ranked by the quality of their healthcare systems [8]. Results of the ЕHCI analyses pointed to indicators within the Serbian healthcare system that needed further improvement: healthcare availability, wait time, scope of services and availability of medicines, treatment outcomes, the relation between preventative and curative healthcare, preventative measure prevalence, reliance of the older population on family support and malignant disease mortality.

Program activities were continued, year in, year out. Program implementation brought different challenges: Frequent changes in healthcare quality improvement commissions, lack of understanding of the legislation, lack of an integrated approach, lack of funds, denial of current issues within healthcare institutions, lack of corrective measures,

ослањање старије популације на подршку породице и стопе морталитета од малигнух болести.

Програмске активности су настављене, континуирано, из године у годину. Спровођење програма и даље су пратили различити изазови: честе промене у комисијама за унапређење квалитета, неразумевање процеса, недостатак интегрисаног приступа, недостатак финансијских средстава, људских ресурса, негирање актуелних проблема унутар здравствених установа, одсуство корективних мера, потребе за унапређивањем међуљудских односа, промене на терену које нису биле увек праћене адекватним променама индикатора и методологије [9]. Заједнички рад на унапређењу квалитета у многим здравственим установама дао је позитивне помаке: набављана је преко потребна опрема, организован низ стручних едукација за унапређење вештина здравствених радника, али и едукација из области менаџмента, уведене су нове процедуре [10]. Посебне активности су се тичале рада на разумевању и усвајању интегрисаног приступа у унапређивању квалитета рада. Мрежа завода за јавно здравље, на челу са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, уз подршку Министарства здравља у континуитету је радила на координацији свих активности у здравственим установама Републике Србије интегришући различите системе који би водили унапређењу квалитета здравствене заштите: интегришући акредитацију здравствених установа (носилац Агенција за акредитацију здравствених установа Србије), акредитацију лабораторија (Акредитационо тело Србије), подржавајући сертификацију здравствених установа, лиценцирање здравствених радника, пратећи задовољство пацијената и запослених, безбедност пацијената и запослених, ажурирајући листе чекања, уводећи нове технологије, развијајући водиче и протоколе и нове информационе системе [11]. Оно што је свакако обележило те готово две деценије рада јесте ентузијазам свих носилаца ових промена.

Резултат ових активности свакако јесте био утемељење културе квалитета у здравствене установе Републике Србије и бољи исходи лечења. Кроз рангирање према ЕHCI Србија се по квалитету здравствене заштите већ 2018. године нашла на 18. месту, препозната као *climber of the Year* [12]. Сигурно је да се процењивање квалитета здравствене заштите може спроводити и уз примену других методологија и индикатора [13], али резултати ЕHCI потврдили су да у окружењу сталног унапређивања квалитета здравствене заштите у европским земљама, поред многих утицаја треба издвојити ниво уложених финансијских средстава али и утицај националне и организационе културе на унапре-

needs for improvement of interpersonal relationships, changes in the field that were not always accompanied by adequate changes in indicators and methodology [9]. Joint work on quality improvement resulted in positive advances in many healthcare institutions: The necessary equipment was procured, continual professional development trainings were organized to improve the skills of healthcare professionals, health management trainings were held, new procedures were introduced [10]. Special activities were undertaken, related to endeavours made to understand and adopt an integrated approach to improving the quality of work. The network of institutes of public health, led by the Institute of Public Health “Dr Milan Jovanović Batut“, supported by the Ministry of Health, continually worked on coordinating all activities in healthcare institutions of the Republic of Serbia by integrating different systems that would contribute to the improvement of quality of care: by integrating accreditation of healthcare institutions (responsible institution is the Serbian Agency for Accreditation of Health Institutions), accreditation of laboratories (Serbian Accreditation Body), supporting certification of health institutions, licensing of healthcare workers, monitoring patient and employee satisfaction, patient and employee safety, updating waiting lists, introducing new technologies, developing new guidelines and protocols, and new information systems [11]. What was certainly a hallmark of this work, that has spanned almost two decades, is the enthusiasm of all those involved in bringing about this change.

These activities resulted in establishing the culture of quality in the healthcare institutions of the Republic of Serbia, as well as in better treatment outcomes. In the EHCI quality of care ranking, Serbia was already ranked in 18th place and was recognised as the Climber of the Year in 2018 [12]. Healthcare quality assessment can also be implemented using some other methodologies and indicators [13], but EHCI results have confirmed that, in the conditions of continual healthcare quality improvement in European countries, in addition to numerous other influences, this process heavily relies on certain financial investments and the impact of the national and organisational culture on healthcare quality improvement.

COVID-19 pandemic put the Serbian healthcare system before new challenges, and requirements related to quality maintenance and improvement have become even more complex. Outside of all the necessary measures and healthcare services related to COVID-19, special requirements pertained to access to care for all other health needs, as well as the capacities of healthcare institutions to respond to these requirements. Primary healthcare remains the core of the healthcare system and will need to be strengthened further [14]; in addition, new modes of op-

ђење квалитета здравствене заштите.

Епидемија COVID-19 ставила је пред здравствени систем Републике Србије нове изазове, а захтеви који се тичу одржавања и унапређивања квалитета постали су још сложенији. Мимо свих потребних мера и здравствених услуга које се тичу COVID-19, посебни захтеви су се односили на приступ здравственој заштити по питању свих других здравствених потреба, као и на капацитете здравствених установа да овим захтевима одговоре. Примарна здравствена заштита остаје тежиште здравственог система и биће неопходно њено даље јачање [14], као и увођење нових модела рада, попут телемедицине. У последње две године десила се права експанзија примене телемедицине у свету. Она омогућава пружање здравствене заштите оболелима од COVID-19 у одређеним фазама болести, али такође представља прилично ефикасан модел пружања здравствене заштите и код других поремећаја здравља [15].

Закључак

Свима задуженим за управљање квалитетом здравствене заштите остаје изазов ефикасног коришћења ресурса, постизања оптималне равнотеже између усклађености и посвећености како би циљеви били реализовани, а најбоља могућа здравствена услуга пружена пацијенту. Пружање висококвалитетне здравствене заштите на свим нивоима, остаје вредност која ставља нагласак на полуге менаџмента тоталним квалитетом здравствене заштите у чијем ће центру заиста бити задовољни пацијент.

eration will also have to be introduced, such as telemedicine. In the last two years, we have witnessed a true boom of telemedicine worldwide. It allows for the provision of healthcare to patients suffering from COVID-19 at certain stages of the disease, but also represents a fairly efficient model of providing healthcare services for other conditions [15].

Conclusion

All those who are charged with healthcare quality management face the challenge of efficient use of resources, achievement of the optimal balance between compliance and dedication, so as to reach all goals, and so as to provide the patient with the best possible healthcare service. Provision of high-quality healthcare on all levels remains a value that emphasizes the leverages of total healthcare quality management that will truly be oriented towards a satisfied patient.

Литература / References

1. Hovlid E, Braut GS, Hannisdal E, Walshe K, Bukve O, Flottorp S, Stensland P, Frich JC. Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis. *BMJ Open*. 2020 Aug 30;10(8):e038850. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038850. PMID: 32868366; PMCID: PMC7462249.
2. Quality of care. Geneva: WHO. (available at: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
3. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: oxford University Press; 2002
4. Donabedian A. The assessment of technology and quality: a comparative study of certainties and ambiguities, *Int J Technol Assess Health Care*, 1988; 4: (487–96). DOI: 10.1017/s0266462300007571
5. Cucić V, Simić S, Bjegović V, Živković M i saradnici. *Socijalna medicina*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2000.
6. Timotić, B., Janjić, M., Bašić, S., Jović, S.J., Milić, Č.T. (2000) *Socijalna medicina*. Beograd: Velarta
7. Odluka o planu razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije („Službeni glasnik RS”, br. 88/2010)

8. Euro Health Consumer Index 2012 (available at: <https://old.healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2012/>)
9. Marković R, Milošević Z, Ignjatović A, Radulović O, Višnjić A, Stefanović A, Šagrić Č, Jovanovic T. Predictors of health professionals job satisfaction in nisava district health sector. 53. Days of preventive medicine, international congress Niš, Book of abstracts, Nis, Serbia 2019: 60.
10. Marković R, Radulović O, Višnjić A, Vasić M. Quality of health care in Serbia and worldwide. 52. Days of preventive medicine Internacional congres, Book of abstracts, Niš, Serbia 2018: 194–195
11. Marković R, Radulović O, Šagrić Č, Višnjić A, Milošević Z, Stojanović M, Ignjatović A, Tasić A, Vasić M. Health facility quality through the reform of Health System in the Republic of Serbia. 51. Days of preventive medicine Internacional congres, Book of abstracts, Niš, Serbia 2017: 48–49
12. Euro Health Consumer Index 2018. (available at: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>)
13. Babić M, Bjegović Mikanović V i autori. Socijalna medicina. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2012.
14. Maintaining Access to Routine and Essential Services. PHCPI, (dostupno na: <https://improvingphc.org/maintaining-access-routine-and-essential-services>)
15. Mahajan V, Singh T, Azad C. Using Telemedicine During the COVID-19 Pandemic. Indian Pediatr. 2020;57(7):652-657. doi: 10.1007/s13312-020-1895-6



Кореспонденција / Correspondence

Роберта Марковић - Roberta Marković
robertarim@yahoo.com