

UNIVERZITET CRNE GORE
MAŠINSKI FAKULTET PODGORICA

Tatjana Jovović, dipl.ing.

**PRISTUP USPOSTAVLJANJU SISTEMA MENADŽMENTA
KVALITETOM U KLINIČKOM CENTRU CRNE GORE**

MAGISTARSKI RAD

Podgorica, 2015.

Since creative thought is the most important thing that makes people different from monkeys, it should be treated as a commodity more precious than gold and preserved with great care.

Budući da je kreativna misao najvažnija sposobnost koja čini ljude različitim od majmuna, treba je tretirati kao najveće blago, dragocjenije od zlata i čuvati je sa velikom pažnjom.

Arthur David Hall III
pioneer in the field of systems engineering

Čudesan splet okolnosti je učinio da dođem na Mašinski fakultet i započnem rad na magistarskoj tezi pod naslovom „Uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom u Kliničkom centru Crne Gore“. Inicijativa za izbor teme je potekla od mog mentora prof. emeritusa Milana J. Perovića, kome dugujem posebnu zahvalnost za znanje i iskustvo koje je nesebično podijelio sa mnom. Profesorov podsticaj da smo „tim koji pobjeđuje“, u situacijama nedostatka razumijevanja i podrške od ljudi zaduženih da iniciraju projekte ovakve vrste, je bio neophodan da istrajem i završim istraživanje vezano za izuzetno osjetljivu oblast. Tema sa ovim naslovom me odmah na početku suočila sa problemom, kako istraživanje sprovesti i završiti, a da medicinske procedure ostanu autonomne. Tu su pomogle grube analogije sa nekim industrijskim procesima gdje se ne diraju određene tehničko proizvodne procedure, a uspješno se uspostavljaju sistemi menadžmenta.

Rad na ovoj tezi je bio istraživačko putovanje ispunjeno pozitivnom energijom i vjerom da će uloženi trud biti valorizovan implementacijom QMS-a u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori. Ideja vodilja je bila da se razvije model unapređenja zdravstvene usluge koji obezbjeđuje povjerenje pacijenata u sistem a ne u pojedinca. Podsticaj za istraživanje na ovu temu dalo mi je dodiplomsko obrazovanje i postdiplomske studije, kao i iskustvo stečeno radom u Kliničkom centru Crne Gore.

Pomoć i razumijevanje porodice su bili neophodan uslov za postizanje željenih rezultata. Neizmjereno se zahvaljujem suprugu koji mi je, u svim fazama zajedničkog života, bio najveća podrška. Prepoznajući moje skrivene talente i sfere interesovanja, podstakao me da upišem magistarske studije. Nadam se da će moja djeca uvažiti razloge zbog kojih sam im uskratila dio vremena i pažnje u periodu učenja i istraživanja. Bio je to neuobičajen način da im pokažem koliko ih volim.

Ovaj rad posvećujem mami i sjećanju na pokojnog tatu.

Autorka

UNIVERZITET CRNE GORE

Mašinski fakultet

Ključna dokumentacijska informacija

PODACI I INFORMACIJE O MAGISTRANTU

Ime i prezime: IP	<i>Tatjana Jovović</i>
Datum i mjesto rođenja: DM	<i>3.01.1964.godine, Podgorica</i>
Adresa autora: AD	<i>Ul.Ivana Vujoševića 24, Podgorica</i>
Naziv završenog osnovnog studijskog programa: OS	<i>Tehnološko metalurški fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija</i>
Godina diplomiranja: GD	<i>1989</i>

INFORMACIJE O MAGISTARSKOM RADU

Naziv poslijediplomskih studija: PS	<i>Poslijediplomske magistarske studije, Kvalitet</i>
Naslov rada: NR	<i>Pristup uspostavljanju Sistema menadžmenta kvalitetom u Kliničkom centru Crne Gore</i>
Vrsta rada: VR	<i>Magistarski rad</i>
Izvod: IZ	<i>U radu se izučava pristup uspostavljanju Sistema menadžmenta kvalitetom u bolnici. Na primjeru izabrane usluge koja se pruža u Urgentnom centru je razvijen model unapređenja zdravstvene usluge zasnovan na procesnom pristupu. Predloženi model obezbjeđuje povećanje efikasnosti i efektivnosti procesa, poboljšavanje kvaliteta usluge i usmjerenost na pacijenta.</i>
Tip zapisa: TZ	<i>Tekstualni štampani materijal</i>
Mjesto odbrane magistarske teze: FO UDK:	<i>Mašinski fakultet u Podgorici</i>

Tip dokumentacije: TD	<i>Monografska publikacija</i>
Mentor/komentor: MN	<i>Prof. dr Milan J. Perović</i>
Datum prijave rada: DP	<i>29.09.2014.</i>
Datum prihvatanja teme: DT	<i>27.11.2014.</i>
Komisija za ocjenu teme: KP	<i>Prof.dr Zdravko Krivokapić, predsjednik Prof.dr Milan J. Perović, mentor Prof.dr Aleksandar Vujović, član</i>
Prihvaćeno od mentora: PM	<i>19.03.2015.</i>
Komisija za ocjenu rada: KO	<i>Prof.dr Zdravko Krivokapić, predsjednik Prof.dr Milan J. Perović, mentor Prof.dr Aleksandar Vujović, član</i>
Komisija za odbranu rada: KP	<i>Prof.dr Zdravko Krivokapić, predsjednik Prof.dr Milan J. Perović, mentor Prof.dr Aleksandar Vujović, član</i>
Datum odbrane: DO	
Datum promocije: DR	
Jezik publikacije: JP	<i>Crnogorski</i>
Zemlja publikovanja: ZP	<i>Crna Gora</i>
Uže geografsko područje: UGP	<i>Crna Gora</i>
Godina izdavanja: GO	<i>2015.</i>
Fizički opis rada: FO	<i>(stranice / literatura / slike / tabele / prilozi) (87, 52, 26, 8, 5)</i>
Naučna oblast: NO	<i>Menadžment, kvalitet</i>
Ključne riječi: KR	<i>Sistem menadžmenta kvalitetom, zdravstvena usluga, poboljšavanja, proces, efikasnost, efektivnost</i>
Mjesto čuvanja: MČ	<i>Biblioteka Univerziteta Crne Gore, Cetinjski put bb, Podgorica</i>
Napomene: NP	<i>Nema</i>

UNIVERSITY OF MONTENEGRO

Faculty of Mechanical Engineering

Key words documentation

INFORMATION ABOUT AUTHOR

First name and last name: FL	<i>Tatjana Jovovic</i>
Date and place of birth: DP	<i>3.01.1964. Podgorica</i>
Author's address: AI	<i>Ivana Vujosevica 24, Podgorica</i>
Name of graduate studies: NG	<i>Faculty of Technology and Metallurgy, University of Belgrade, Belgrade, Serbia</i>
Year of graduation: YG	<i>1989.</i>

INFORMATION ABOUT MASTER THESIS

Postgraduate studies: PS	<i>Postgraduate studies, Quality</i>
Title: TI	<i>Approach to the Establishment of a Quality Management System in the Clinical Center of Montenegro</i>
Contents code: CC	<i>M.Sc.thesis</i>
Abstract: AB	<i>This work studies the approach of establishing Quality Management System in the hospital. Using as an example the selected service provided in the Emergency Center has been developed a model to improve health care services based on the process approach. The proposed model provides increased efficiency and effectiveness of the process, improves service quality and focuses on the patient.</i>
Type of record: TR	<i>Textual printed article</i>
Defended at: DA UC	<i>Mechanical faculty, University of Montenegro, Podgorica</i>

Document type:	<i>Monographic publication</i>
DT	
Mentor/Comentor:	<i>Professor Milan J. Perovic, Ph.D.</i>
MC	
Date of registration:	<i>29.09.2014.</i>
RD	
Thesis accepted on:	<i>27.11.2014.</i>
TA	
Thesis Accepted Board:	<i>Professor Zdravko Krivokapic, Ph.D., Chairman</i>
TB	<i>Professor Milan J. Perovic, Ph.D., Mentor</i>
	<i>Professor Aleksandar Vujovic, Ph.D., Member</i>
Accepted by mentor:	<i>19.03.2015.</i>
AM	
Thesis Evaluated Board:	<i>Professor Zdravko Krivokapic, Ph.D., Chairman</i>
TE	<i>Professor Milan J. Perovic, Ph.D., Mentor</i>
	<i>Professor Aleksandar Vujovic, Ph.D., Member</i>
Thesis Defended Board:	<i>Professor Zdravko Krivokapic, Ph.D., Chairman</i>
BD	<i>Professor Milan J. Perovic, Ph.D., Mentor</i>
	<i>Professor Aleksandar Vujovic, Ph.D., Member</i>
Defended on:	
OD	
Promoted on:	
PO	
Text language:	<i>Montenegrin</i>
TL	
Country of publication:	<i>Montenegro</i>
CP	
Locality of publication:	<i>Montenegro</i>
LP	
Publication year:	<i>2015</i>
PY	
Physical description:	<i>(pages / literature / pictures / tables / addit.lists)</i>
PD	<i>(87, 52, 26, 8, 5)</i>
Scientific area:	<i>Management, quality</i>
SA	
Key words:	<i>QMS, health services, improvement, process,</i>
KW	<i>efficiency, effectiveness</i>
Holding data:	<i>Library of the University of Montenegro</i>
HD	<i>Cetinjski put bb, Podgorica</i>
Note:	<i>none</i>
NP	

REZIME

Istraživanja sprovedena za potrebe ovog rada su dokazala da procesni pristup uspostavljanju Sistema menadžmenta kvalitetom (QMS) omogućava stalno poboljšavanje kvaliteta zdravstvene usluge i ekonomično upravljanje bolnicom.

Procesni pristup uspostavljanju QMS-a je zasnovan na premisi da je pružanje zdravstvene usluge složeni sistem koga čini mreža međusobno zavisnih i povezanih procesa i aktivnosti. Svaki proces, koji direktno utiče na zadovoljenje zahtjeva i potreba pacijenta, je zavisan od procesa podrške i koristi dio ukupnih resursa zdravstvene ustanove i zdravstvenog sistema.

U skladu sa postavljenim ciljevima ovog istraživanja razvijen je Model QMS-a za unapređenje zdravstvene usluge u Urgentnom centru. Model je dizajniran po proširenom procesnom pristupu QMS-a (ISO 9004), koji rezultira stalnim poboljšavanjima šest oblasti - dimenzija kvaliteta zdravstvene usluge (efektivnost, efikasnost, dostupnost, prihvatljivost / pacijent u centru pažnje, svrsishodnost / pravičnost i bezbjednost). Predloženi model unapređenja usluge u Urgentnom centru obezbjeđuje zadovoljenje potreba i zahtjeva pacijenata i drugih zainteresovanih strana.

Opredijeljenost vrhovnog menadžmenta da kvalitetom zdravstvene usluge upravlja u skladu sa osam principa QMS-a je garancija da su procesi pružanja zdravstvene usluge organizovani i dokumentovani u skladu sa standardima, stručnim normativima i iskustvima dobre kliničke prakse. Procesni pristup uspostavljanju QMS-a obezbjeđuje objektivnu procjenu kvaliteta usluge, od strane pacijenta i društvene zajednice, što je posebno značajno za ljekare koji snose odgovornost za kvalitet zdravstvene usluge. Kontinuirane edukacije, obuke i timski rad čine da zaposleni postanu „vlasnici procesa“ u koji su uključeni, sa jasno definisanim obavezama i odgovornostima. To je važan preduslov dobrih međuljudskih odnosa unutar kolektiva i garant punoj posvećenosti pacijentu.

Predložena metodologija praćenja, mjerenja, analize i poboljšavanja svih procesa, koji čine mrežu procesa pružanja usluge pacijentu koji se prijavljuje u Urgentni centar sa simptomom bola u grudnom košu, omogućava da se poveća efikasnost i efektivnost procesa. Rezultati sprovedenog istraživanja potvrđuju hipotezu da procesni pristup uspostavljanju sistema menadžmenta kvalitetom omogućava skraćenje „zlatnog perioda (zlatnog sata)“ pružanja urgentne zdravstvene usluge.

ABSTRACT

Researches carried out for this study have shown that the process approach of establishing a Quality Management System (QMS) provides a continuous improvement quality of health care service and a cost-effective hospital management.

Process approach of establishing a QMS is based on the premise that provision of health care service is a complex system made of network of mutually dependent and related processes and activities. Each process that directly affects the satisfaction of patients' needs and requirements is dependent on support process and uses part of the total health institution and health system resources.

In line with the goals set in this research was developed a QMS Model for improvement of health care service in the Emergency Center. The model was designed according to extended QMS process approach (ISO 9004), which results in constantly improving six areas - dimensions of health care service quality (effectiveness, efficiency, timeliness, patient-centeredness, equity and safety). The proposed model of improving the Emergency Center service provides not only satisfaction of patient's needs and requirements, but also of all other stakeholders.

The commitment of top management to manage the quality of health care service in accordance with eight principles of QMS is a guarantee that the processes of providing health care service are organized and documented in accordance with the standards, professional norms and experiences of good clinical practice. Process approach of establishing QMS provides an objective assessment of the service quality by the patient and the community, which is particularly important for physicians who are responsible for the quality of health care service. Continuous education, training and teamwork make employees become „owners of the process" they are involved in, with clearly defined duties and responsibilities. This is an important prerequisite of good interpersonal relationships within the organization and a certainty of full commitment to the patient.

The proposed methodology of monitoring, measuring, analysing and improving all processes, which form a network of service process provided to a patient who arrives to the Emergency Center with symptoms of chest pain, allows the increase of the process efficiency and effectiveness. The results of the carried research confirm the hypothesis that the process approach of establishing quality management system allows shortening of the „golden period (golden hour)" in providing emergency health care service.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. UPRAVLJANJE POSLOVNIM SISTEMIMA	5
2.1. Sistemski pristup upravljanju	5
2.2. Upravljanje poslovnim sistemima	6
2.3. Upravljanje organizacionim sistemima u zdravstvu	6
2.4. Politike upravljanja	8
2.5. Strategije upravljanja	8
2.6. Organizacione strukture i njihove karakteristike	10
3. ZDRAVSTVENI SISTEM	11
3.1. Opšti pristup zdravstvenom sistemu	11
3.2. Sistem zdravstvene zaštite	12
3.3. Kvalitet zdravstvene zaštite i dimenzije kvaliteta zdravstvene usluge	13
3.4. Šest dimenzija kvaliteta po definiciji WHO	15
3.5. Svjetska zdravstvena organizacija – WHO (World Health Organization)	16
3.6. Standardi primjenljivi na sve bolnice i razvijeni u skladu sa zahtjevima ALPHA programa	17
3.7. Alat procjene performansi za poboljšanje kvaliteta u bolnicama (PATH)	18
3.8. Zakonodavni i institucionalni okvir zdravstvene zaštite u Crnoj Gori	20
3.8.1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti	21
3.8.2. Zakon o zdravstvenom osiguranju	21
3.9. Klinički centar Crne Gore	22
4. QMS U FUNKCIJI EFIKASNOSTI ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE	24
4.1. Opšti pristup sistemima menadžmenta	24
4.1.1. Pristupi menadžmentu-upravljanju	24
4.2. Principi QMS-a – novi pristup menadžmentu	26
4.3. QMS kao proces permanentnog učenja	28
4.4. Ostali standardi upravljanja	29
4.4.1. EMS –ISO 14001	29
4.4.2. Menadžment rizikom ISO 31000	30
4.4.3. OHSAS – ISO 18001	30
4.4.4. HACCP - ISO 22000	30
4.4.5. Sistem menadžmenta bezbjednošću informacijama ISO 27000	31
4.5. Društvena odgovornost poslovanja ISO 26000	31
4.6. Metode i alati poboljšanja kvaliteta	32
4.6.1. Metode menadžmenta	32

4.6.2. Metode poboljšavanja.....	33
4.7. BSC - Sistem uravnoteženih izbalansiranih pokazatelja	33
4.7.1. Komparativna analiza QMS-a i BSC-a	35
4.8. Menadžment ukupnog kvaliteta - TQM	36
5. PRISTUP USPOSTAVLJANJU QMS-a U ZDRAVSTVENIM ORGANIZACIJAMA	38
5.1. Opšte potrebe i trendovi	38
5.2. Koraci za uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom u zdravstvenoj ustanovi	38
5.3. Politika upravljanja, ciljevi, strategije i planovi u zdravstvenim ustanovama	40
5.4. Procesni pristup za uspostavljanje QMS-a u bolnicama	41
5.5. Integracija sistema upravljanja.....	45
5.5.1. Predlog jedinstvene politike koja bi bila uravnotežena u odnosu na sve sisteme menadžmenta.....	47
5.5.2. Integracija sistema upravljanja prema Annexu SL	52
5.6. Zainteresovane strane i balansiranje njihovih interesa	53
5.7. Balansiranje odnosa cijena - kvalitet usluge	55
6. MJERENJA I UNAPREĐENJE PERFORMANSI PROCESA U URGENTNOM CENTRU.....	57
6.1. Opšti pristup	57
6.2. Mjerenje performansi organizacionog sistema.....	58
6.2.1. KPI – ključni indikatori performansi	58
6.3. Praćenje performansi organizacionog sistema	60
6.3.1. Praćenje ulaznih zahtjeva	61
6.3.2. Praćenje kvaliteta procesa	61
6.3.3. Praćenje kvaliteta usluge.....	62
6.4. Analiza podataka	64
6.5. Poboljšavanja performansi organizacionog sistema	64
6.5.1. Dijagram uzrok - posljedica	65
6.5.2. SWOT analiza	66
6.5.3. Samoocjenjivanje	66
6.5.4. Benchmarking.....	67
6.5.5. PDCA ciklus kao proces stalnih poboljšavanja.....	67
6.6. Modeli poslovne izvrsnosti.....	69
6.6.1. Nagrada za kvalitet Malcolm Baldrige kao model poslovne izvrsnosti	69
6.7. Izlazi iz praćenja, mjerenja i analiziranja performansi Urgentnog centra	71
7. MODEL QMS-a ZA UNAPREĐENJE USLUGE U URGENTNOM CENTRU	74
7.1. Osnovni pristup razvoju modela	74

7.2. Izabrani proces kao sistem sa definisanim ulazima, procesima i aktivnostima i izlazima.....	76
7.3. Arhitektura procesa pružanja usluge	76
7.4. KPI za Urgentni centar	79
7.5. Potvrđivanje istraživačke hipoteze.....	80
8. ZAKLJUČAK I PREDLOG PRAVACA DALJIH ISTRAŽIVANJA	82
9. LITERATURA	84
PRILOZI	87

INDEKS SLIKA

Slika 2-1: Opšta struktura sistema

Slika 3-1: Faktori uticaja na razvoj zdravstvenog sistema

Slika 3-2: PATH koncept

Slika 3-3: Model sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori

Slika 4-1: Struktura principa QMS-a

Slika 4-2: Model sistema menadžmenta kvalitetom zasnovan na procesima

Slika 4-3: Prevođenje misije, vizije i strategije primjenom BSC-a

Slika 4-4: Veza između misije, vizije, politike kvaliteta i ciljeva

Slika 5-1: Deset koraka uspostavljanja QMS-a

Slika 5-2: Konceptualni model faktora koji utiču na implementaciju TQM-a u bolnicama

Slika 5-3: Mreža procesa u bolnici

Slika 5-4: Petlja kvaliteta zdravstvene usluge

Slika 5-5: Integrisani sistem menadžmenta

Slika 5-6: Odnos specijalizovanog podsistema sa podsistemima podrške i servisa u Kliničkom centru Crne Gore

Slika 5-7: Prošireni model sistema upravljanja zasnovan na procesima prema ISO 9004

Slika 5-8: IMS bolnice koji ispunjava minimum zahtjeva zainteresovanih strana

Slika 5-9: Zainteresovane strane u odnosu na Klinički centar Crne Gore

Slika 6-1: Postupak identifikacije KPI-Strategijsko usklađivanje

Slika 6-2: Upravljanje kvalitetom u zdravstvu

Slika 6-3: Ishikawa dijagram-prikaz mogućih uzroka koji utiču na dužinu vremena čekanja pacijenta na prijem u Urgentni centar

Slika 6-4: SWOT analiza Urgentnog centra KCCG-a

Slika 6-5: Struktura standarda IWA 1

Slika 6-6: Osnovna struktura američkog Malcolm Baldrige modela izvrsnosti za zdravstvene ustanove

Slika 7-1: Šema procedura zbrinjavanja pacijenta sa simptomom bola u grudima

Slika 7-2: Mapa procesa zbrinjavanja bolesnika koji se u Urgentni centar javi sa bolom u grudnom košu

Slika 7-3: Prošireni model sistema menadžmenta kvalitetom zasnovan na procesima

INDEKS TABELA

Tabela 3-1: Definicije kvaliteta zdravstvene zaštite

Tabela 3-2: Dimenzije kvaliteta zdravstvene usluge

Tabela 5-1: Zahtjevi i očekivanja zainteresovanih strana u odnosu na standarde

Tabela 5-2: Zahtjevi i stepen uticaja zainteresovanih strana na funkcionisanje KCCG

Tabela 5-3: Uticaj zainteresovanih strana na Klinički centar Crne Gore

Tabela 5-4: Normativ za određivanje cijene usluge na osnovu njene specifikacije

Tabela 5-5: Normativ za usluge u RTG dijagnostici

Tabela 6-1: Kriterijumi Malcolm Baldrige modela i njihove specifične težine

INDEKS PRILOGA

Prilog 1: Javno poređenje performansi zdravstvenih sistema – EHCI

Prilog 2: Svjetska zdravstvena organizacija - Prioriteti rukovođenja
WHO - Leadership priorities

Prilog 3: Standardi primjenljivi na sve bolnice i razvijeni u skladu sa zahtjevima
ALPHA programa

Prilog 4: Benchmarking tabela

Prilog 5: Upitnici - ankete

- a) Anketa o zadovoljstvu pacijenata
- b) Anketa o zadovoljstvu ljekara
- c) Anketa o zadovoljstvu srednjeg medicinskog kadra

1. UVOD

Pitanje stalnog poboljšavanja kvaliteta zdravstvenih usluga je od izuzetnog značaja za svaku društvenu zajednicu. U svijetu je razvijena praksa multidisciplinarnog razvoja servisa zdravstvene usluge. Bogata i moderna društva organizuju i unapređuju procese pružanja zdravstvene usluge uspostavljanjem sistema menadžmenta kvalitetom, što je preporuka Svjetske zdravstvene organizacije i tema ovog rada.

Zdravstveni sistem Crne Gore u drugoj deceniji XXI vijeka se, i pored značajnih uspješnih postignuća, nalazi u velikim problemima. Medijska scena je preplavljena informacijama o lošim uslovima higijene i nezadovoljavajućem kvalitetu usluga koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama. Zabrinuti su pacijenti, rodbina i cjelokupna javnost a nezadovoljni su zdravstveni radnici. Svi su svjesni činjenice da nedostatak novca nije razlog medicinski neopravdanim ishodima liječenja kao ni infekcijama koje prouzrokuju prljave ruke i kontaminirane radne površine. Etika, status i dostojanstvo zdravstvene profesije je poljuljano kao i povjerenje u zdravstvene ustanove i ljude koji njima rukovode. U procesu pružanja zdravstvene usluge se dešavaju „greške“ koje se u nekim slučajevima mjere i brojem izgubljenih ljudskih života. „Ljekarska greška“ je u kontinuitetu predmet pažnje javnosti a zdravstve ustanove identifikovane kao ustanove u kojima je u velikoj mjeri zastupljen nepotizam i korupcija.

„Planinu će pomjeriti samo onaj ko je na početku pomicao kamenčiće.“

Kineska poslovice

Uzimajući u obzir da su određene zdravstvene ustanove opremljene najsofisticiranijom medicinskom opremom i da su informacije o savremenim metodama liječenja dostupne, kako pacijentima tako i zdravstvenim profesionalcima, teško je opravdati postojeće stanje.

Javno poređenje performansi zdravstvenih sistema u Evropi, u koje je Crna Gora uključena 2014-te godine (iako se ovo istraživanje sprovodi od 2005-te godine) stavlja Crnu Goru na 35. mjesto od mogućih 37. Izvod iz Izvještaja koji pokazuje rezultate ovog istraživanja, izražene evropskim indeksom korisnika zdravstvenih usluga – EHCI, je prilog 1 ovog rada. Rezultati poređenja ukazuju na visoki stepen korupcije u zdravstvenom sistemu Crne Gore uz konstataciju da je korupcija posledica upravljačkih slabosti.¹ „Izvještaj sadrži dokaz da ne postoji povezanost između pristupačnosti zdravstvene zaštite i količine uloženog novca.“²

Sprovedena straživanja, za potrebe ovog magistarskog rada, su dokazala da se otkrivanjem nedostataka sistema (rutine, procedure, organizacija), mjerenjima, analizom i poboljšavanjima unapređuje kvalitet zdravstvene usluge u svim njenim aspektima. Poboljšavanjem kvaliteta zdravstvene usluge se poboljšavaju

¹ [52] - Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2014 Report, dostupno na <http://www.healthpowerhouse.com>

² Dr Arne Bjernberg, direktor istraživanja „Evropski indeks korisnika zdravstvenih usluga - EHCI“- intervju , Politika 4.januar 2014.godine

performance: zdravstvenih ustanova, sistema zdravstvene zaštite i cjelokupnog zdravstvenog sistema.

Kvalitet sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori dominantno zavisi od performansi Kliničkog centra Crne Gore, kao najsloženijeg organizacionog sistema i jedine ustanove tercijernog nivoa zdravstvene zaštite. To znači da su svi građani Crne Gore na posredan ili neposredan način upućeni da koriste usluge ove zdravstvene ustanove. Cilj ovog magistarskog rada je da dokaže da se procesnim pristupom uspostavljanju QMS-a u Kliničkom centru Crne Gore, i u uslovima nedovoljnih infrastrukturnih, kadrovskih i finansijskih resursa, može postići poboljšanje kvaliteta zdravstvene usluge.

U složenom sistemu, kao što je Klinički centar CG, teško je pratiti, mjeriti i analizirati glavne procese u svim specijalizovanim podsistemima koji direktno utiču na zadovoljstvo korisnika. Zato je neophodno izabrati jedan specijalizovani podsistem i jedan glavni proces koji će biti predmet praćenja, mjerenja i analize. Ono što se dešava u procesu, dešava se u mreži procesa i dešava se u cijelom sistemu. Stoga se rezultati dobijeni praćenjem, mjerenjem i analizom performansi jednog glavnog procesa mogu prihvatiti kao rezultati performansi Kliničkog centra, kao organizacionog sistema.

Predmet ovog istraživanja je izabrani proces pružanja medicinske usluge u Urgentnom centru Kliničkog centra Crne Gore.

Cilj ovog istraživanja je praćenje i analiza kvaliteta procesa zbrinjavanja pacijenta sa simptomom bola u grudnom košu, kao izabranog skupa procesa.

Zadatak istraživanja je analiza efikasnosti i efektivnosti ovog procesa i dokazivanje da se povećanjem efikasnosti i efektivnosti može skratiti vrijeme pružanja usluge.

U radu se primjenom metoda i postupaka potvrđuje istraživačka hipoteza koja glasi:

„Procesni pristup uspostavljanju sistema menadžmenta kvalitetom omogućava skraćenje zlatnog perioda (zlatnog sata) pružanja urgentne zdravstvene usluge.“

Rad je podijeljen na sedam cjelina uključujući i ovaj uvod. Svaka cjelina ponaosob obrađuje jedan od segmenata zadate teme.

U poglavlju *Upravljanje poslovnim sistemima*, je razmatran poslovni sistem kao složeni sistem koji je u stalnoj interakciji sa okruženjem. Tokom izrade ovog poglavlja, kroz uvod o teoriji sistema i na osnovu modela sistema, njegove strukture, osobina i organizovanosti je dokazano da sistemski pristup organizaciji i upravljanju poslovnim sistemima obezbjeđuje saglasnost zahtjeva ulaza u sistem i karakteristika izlaza iz sistema.

U trećem poglavlju je analiziran *Zdravstveni sistem* i sistem zdravstvene zaštite, kao najznačajniji podsistem Zdravstvenog sistema i uloga i značaj zdravstvenih ustanova u tom podsistemu. Razmatrane su dimenzije kvaliteta zdravstvene usluge koje oslikavaju specifičnost, multidimenzionalnost, interdisciplinarnost i visoku personalizovanost ove vrste usluge. Kroz preporuke i direktive WHO i aktivnosti usmjerene na poboljšanje kvaliteta usluge u bolnicama sa fokusom na razvoj i implementaciju projekata bezbjednosti pacijenata su pretstavljeni:

- PATH projekat – alat za unapređenje kvaliteta usluge u bolnicama i
- Set standarda primjenljivih na sve bolnice koji su razvijeni u skladu sa zahtjevima ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation) programa.

Prikazanom šemom funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori se potvrđuje da je uspostavljen zakonodavni i institucionalni okvir za realizaciju preporuka i direktiva WHO da poboljšanje kvaliteta zdravstvene usluge treba realizovati kroz sistem menadžmenta kvalitetom.

U četvrtom poglavlju, *QMS u funkciji efikasnosti zdravstvene organizacije*, su razmatrani moderni pristupi upravljanju organizacionim sistemima. Posebna pažnja je posvećena principima i zahtjevima QMS-a kao osnove za integraciju svih sistema menadžmenta koje je neophodno uspostaviti u zdravstvenoj ustanovi, kako bi se zadovoljile potrebe i zahtjevi korisnika i drugih zainteresovanih strana. U ovom poglavlju su predstavljeni BSC (Balanced Scorecard), kao proces koji omogućava organizaciji da uskladi sve resurse i energiju sa svojom strategijom, i TQM (Total Quality Management) - koncept menadžmenta ukupnog kvaliteta, koji predstavlja novu filozofiju poslovanja kroz drugačiju organizacionu kulturu i način mišljenja, omogućavajući organizacionom sistemu dostizanje izvrsnosti performansi.

Peto poglavlje *Pristup uspostavljanju QMS-a u zdravstvenim organizacijama* je posvećeno analizi specifično složenog poslovnog sistema. U ovom poglavlju je analiziran Klinički centar Crne Gore i dat predlog jedinstvene politike bolnice koja bi bila uravnotežena u odnosu na sve zainteresovane strane u čijem fokusu su šest dimenzija kvaliteta zdravstvene usluge. Balansiranjem interesa svih zainteresovanih strana, balansiranjem različitih sistema menadžmenta i balansiranjem odnosa cijena usluge - kvalitet usluge je predložen model integrisanja svih sistema menadžmenta koje KCCG-e treba da uspostavi kako bi se zadovoljile potrebe i zahtjevi svih zainteresovanih strana.

U šestom poglavlju *Mjerenja i unapređenje performansi procesa u Urgentnom centru* se objašnjavaju metode mjerenja, praćenja, analize podataka i poboljšavanja performansi procesa pružanja zdravstvene usluge.

U sedmom poglavlju *Model QMS-a za unapređenje usluge u Urgentnom centru* je predstavljena metodologija, tok i rezultati istraživanja kojima je potvrđena istraživačka hipoteza. Istraživanje je trebalo da bude sprovedeno na procesu pružanja usluge u Urgentnom centru KCCG-e, ali je od početka bilo suočeno sa teškoćama. S obzirom da je u toku rekonstrukcija Urgentnog centra zdravstvena usluga se pruža na privremenoj lokaciji. Iako planirano istraživanje nije sprovedeno u realnim uslovima, rezultat ovog rada, Model unapređenja usluge u Urgentnom centru, daje uputstva i smjernice za način organizovanja procesa rada koji rezultiraju stalnim poboljšavanjima kvaliteta zdravstvene usluge. Predloženi model može biti matrica, primjenljiva na procese pružanja zdravstvene usluge u svim zdravstvenim ustanovama, bez obzira na veličinu i vlasničku strukturu. Organizovanje zdravstvene ustanove u skladu sa zahtjevima i uputstvima standarda serije ISO 9000, na kojima se zasniva predloženi model, garantuje sigurnost da su svi učesnici procesa pružanja usluge odradili svoj dio posla u skladu sa normama struke.

Osmo poglavlje daje konkretne *zaključke i predloge za rješavanje uočenih neusaglašenosti* u Urgentnom centru, koji se temelje na rezultatima sprovedenog

istraživanja. U ovom poglavlju se daju i predlozi nastavka istraživanja za poboljšavanje kvaliteta zdravstvenih usluga.

Na osnovu sprovedenog istraživanja se zaključuje da je procesni pristup uspostavljanja QMS-a jednostavan i efikasan način stalnog poboljšavanja kvaliteta zdravstvene usluge koji ne zahtijeva značajna finansijska ulaganja. Od donosioca odluka zavisi da li će predloženi model, kao procesni pristup dizajniranju usluga, biti implementiran u praksi.

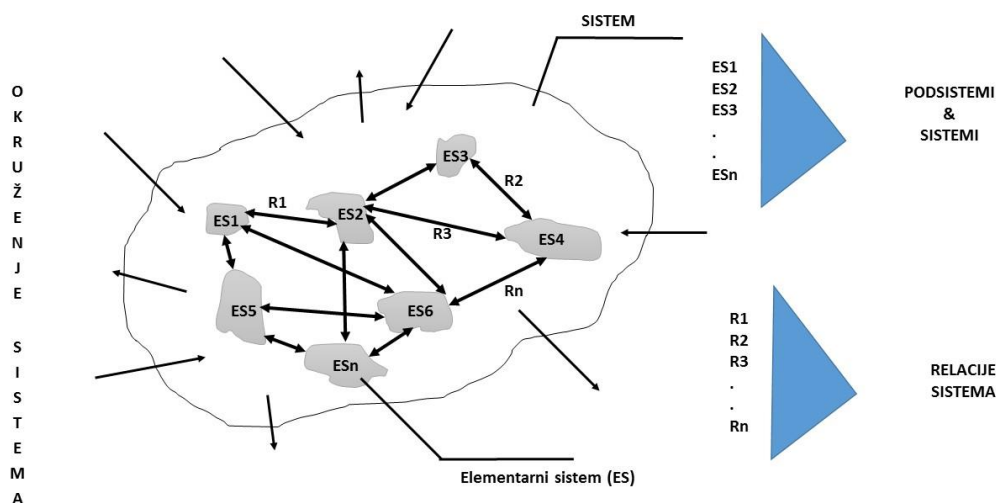
Rezultati istraživanja, prezentovani u ovom radu, su ostvareni značajnim korišćenjem iskustava drugih sličnih institucija, direktiva i uputstava WHO, međunarodnih standarda, literaturnih izvora, stečenih znanja sa postdiplomskih studija i iskustva rada u Kliničkom centru Crne Gore.

2. UPRAVLJANJE POSLOVNIM SISTEMIMA

2.1. Sistemski pristup upravljanju

Sistemski pristup upravljanju zasnovan je na Teoriji sistema čiji se formalni nastanak veže za 1954. godinu kad je osnovano Društvo za opštu teoriju sistema (Society for General Systems Theory). Društvo su osnovali biolog Ludwig von Bertalanffy³, ekonomist Kenneth Boulding, matematičar Anatol Raport i fiziolog Ralph Gerard, što ukazuje na multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup razvoju teorije sistema i univerzalnost njene primjene.

Prema Robertu Wright⁴-u sistem je: *„Kompleksni dinamički entitet identifikovan u određenom vremenu i prostoru, koji se sastoji iz određenog broja povezanih djelova ili podсистема i ima mogućnost adaptacije u odnosu na zahtjeve okruženja“*. Ova definicija ukazuje da sistem zavisi od strukture, načina funkcionisanja procesa koji se dešavaju u sistemu i odgovora sistema na uticaje iz okruženja. Na slici 2.1. su ilustrativno prikazani elementi sistema, relacije između njih i veze sa okolinom.



Slika 2.1. Opšta struktura sistema⁵

Za organizaciju upravljanja sistemom neophodno je poznavati način njegovog funkcionisanja.

³ Ludwig von Bertalanffy* (1901—1972), najznačajniji biolog XX vijeka. Razvio je kinetičku teoriju stacionarnih otvorenih sistema i opštu teoriju sistema kao paradigmu primjenljivu na sve naučne discipline. Bio je jedan od osnivača i podpredsjednik Društva za opštu teoriju sistema, član Njemačke akademije Für Naturforscher Leopoldina - Halle, Njujorške akademije nauka, Kanadskog udruženja fiziologa i član studijske grupe Svjetske zdravstvene organizacije.

⁴ [2] - M.J.Perović, Z.Krivokapić, „Menadžment kvalitetom usluga“, Podgorica, 2007

⁵ [1] - M.J.Perović, „Menadžment, informatika, kvalitet“, Kragujevac, 2003

2.2. Upravljanje poslovnim sistemima

Poslovni sistemi kao organizacioni sistemi funkcionišu radi ostvarivanja određenih makroekonomskih ciljeva sistema i ciljeva zaposlenih (mikroekonomski ciljevi). Poslovni sistem je multidimenzionalan, interdisciplinaran i kompleksan sistem. Sistemski pristup proučavanja poslovnih sistema povezuje teoriju sistema i teoriju organizacije.

Upravljanje poslovnim sistemom je složeno zbog:

- velikog broja učesnika u procesu transformacije ulaznih elemenata u izlazne elemente,
- različitog profila učesnika u tom procesu,
- različitih motiva i interesa učesnika procesa i
- promjenljivosti uslova u okruženju i stepena njihovih uticaja na sam proces.

Upravljanje procesima poslovnog sistema podrazumijeva izbor najpovoljnije aktivnosti iz skupa upravljačkih aktivnosti, a sprovodi se kroz planiranje aktivnost upravljanja. Upravljanje čine tri komponente:

- proces kojim se upravlja;
- informacije pomoću kojih se upravlja;
- ljudi koji upravljaju.

*Broj upravljačkih nivoa i razuđenost hijerarhije zavisi od vrste djelatnosti organizacije, prostorne razuđenosti, veličine, vremena trajanja i izvršavanja aktivnosti, redosleda i uzastopnosti odnosno paralelnosti poslovnih procesa i međusobne zavisnosti podsistema odnosno poslovnih procesa.*⁶

Sistemski pristup upravljanju organizacionim sistemima dominira u teoriji i praksi, a njegove prednosti posebno dolaze do izražaja kod kompleksnih, dobro struktuiranih sistema.

„Sistemski pristup je nova metodologija koja omogućava da se objedine i organizuju znanja u cilju veće efikasnosti dejstva.“

Dr.sci. Joel de Rosnay,

*Molekularni biolog,
Massachusetts
Institute of
Technology*

2.3. Upravljanje organizacionim sistemima u zdravstvu

Upravljanje zdravstvenim ustanovama se razlikuje od upravljanja drugim vrstama organizacionih sistema čiji je cilj rada isključivo ostvarivanje profita. Značaj i specifičnost usluge koja se pruža u zdravstvenim ustanovama zahtjeva balansiranje odnosa najboljeg mogućeg kvaliteta usluge, kako bi se zadovoljile potrebe i zahtjevi pacijenata, i cijene usluge, kako bi se obezbijedila ekonomska održivost sistema. Upravljanje organizacionim sistemima u zdravstvu mora biti usklađeno sa zahtjevima zakona koji se odnose na ovu oblast, stručnih normativa i standarda.

⁶ [2] - M.J.Perović, Z.Krivokapić, „Menadžment kvalitetom usluga“, Podgorica, 2007

U zemljama regiona je zastupljena praksa da ljekari upravljaju zdravstvenim ustanovama. Ljekari su kvalifikovani da se bave bolestima i liječenjem. Da bi postali menadžeri neophodno je da prođu obuke, jer se znanja i vještine neophodne za upravljanje organizacijom razlikuju od onih koje su stekli formalnim obrazovanjem. Oni treba da nauče da upravljaju finansijama, ljudima, infrastrukturom, informacijama i kvalitetom, prave planove poslovanja i upravljaju sopstvenim radom. Za upravljanje zdravstvenom ustanovom su neophodna menadžerska znanja i vještine kao i razumijevanje načina funkcionisanja ovog sistema. *Stoga se može konstatovati da nije neophodno da ljekari budu menadžeri zdravstvenih ustanova ali je neophodno da oni koji upravljaju razumiju organizacioni sistem kojim upravljaju.*

Opšti ciljevi upravljanja organizacionim sistemima u zdravstvu su usmjereni na unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite, zdravlja populacije i opšteg kvaliteta života. Osim ovih, prepoznaju se i specifični ciljevi:

- pružanje pomoći ljekarima, putem obezbjeđivanja i dostupnosti neophodne informatičke tehnologije, što stvara uslove da primenjuju medicinu zasnovanu na dokazima u svakodnevnom radu;
- rješavanje problema profesionalne autonomije koja može da blokira primjenu dokaza u individualnom radu sa pacijentima i to razvijanjem timskog rada i profesionalnim razvojem zaposlenih;
- stvaranje efikasne i fleksibilne organizacione sredine koja se prilagođava na promjene i
- vođenje i uspostavljanje promjene od naslijeđene organizacione strukture prema „organizaciji koja uči“. ⁷

Za postizanje navedenih ciljeva menadžment zdravstvene ustanove treba da koristi odgovarajuće strategije koje počivaju na menadžerskoj odgovornosti i menadžerskim aktivnostima. *Jedna od relativno novih ideja je da će se zdravstvena zaštita, zasnovana na dokazima, bolje razvijati ukoliko za ciljeve menadžmenta odgovaraju efikasni menadžeri sa isključivo menadžerskim odgovornostima i ljekari kao vodeća profesionalna grupa.* Ovo je promovisano kroz nekoliko objašnjenja:

- uključivanje zdravstvenih radnika u menadžment omogućava kontrolu troškova;
- postoji vjerovanje da se savremene strategije menadžmenta zasnovanog na dokazima u industrijskom sektoru mogu primijeniti uz modifikacije i u zdravstvenom sektoru, naročito u bolnicama;
- oni koji finansiraju zdravstvenu zaštitu zahtijevaju jasne dokaze o isplativosti uloženog novca;
- proces promjene se bolje izvodi ukoliko u zdravstvenoj organizaciji postoje profesionalni menadžeri, jer se ne gubi vrijeme ljekara na aktivnosti koje nisu povezane sa njihovom strukom; i najzad,
- postoje koristi od menadžmenta koji može da sagleda službu i sa gledišta pacijenta, a ne isključivo sa profesionalnog gledišta.

Suština menadžmenta je u pravljenju izbora i donošenju odluka na osnovu činjenica ili informacija. Upravljanje organizacionim sistemima u zdravstvu mora biti zasnovano na informacijama o tome što se dešava i izvan i unutar organizacionog sistema. Menadžeri moraju imati znanja i iskustva da te informacije tumače i analiziraju, kako

⁷ [39] - V. Bjegović-Mikanović, V. Bumbaširević, i dr. „Osnove menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite“, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2011.god.

bi na vrijeme i na adekvatan način donosili odluke zasnovane na dokazima. Vođenjem i motivacijom zaposlenih, timskim radom, evaluiranjem postignutih rezultata, preispitivanjem i preventivnim djelovanjem se postiže uspostavljanje kontinuiranog PDCA ciklusa kao aktivnosti koja vode kontinuiranim poboljšavanjima performansi organizacionog sistema. Krajnji cilj je upravljanje kvalitetom zdravstvene usluge u svim njenim aspektima i ekonomično upravljanje zdravstvenom ustanovom.

2.4. Politike upravljanja

Politika upravljanja (Policy Management) je termin dobijen prevodom japanskog izraza “hochin kanci” što znači upućivanje organizacije u pravom smjeru.

Politika upravljanja mora biti usmjerena u pravcu ostvarenja osnovne misije organizacije, istovremeno uvažavajući potrebe svih zainteresovanih strana. Uloga organa upravljanja je da objedinjuje sve djelove organizacionog sistema kako bi se obezbijedio izlaz iz procesa koji ispunjava potrebe (zahtjeve i očekivanja) svih zainteresovanih strana i stalno unapređenje sistema funkcionisanja organizacionog sistema uz smanjenje ulaganja potrebnih za obezbjeđenja zahtijevanih izlaza.

Kako bi organizacija usmjerila svoje poslovne aktivnosti u pravom smjeru, a to je ostvarivanje vizije kao izabranog cilja, neophodno je definisati politiku upravljanja kao skup pravila i principa za odlučivanje i planiranje akcije.

2.5. Strategije upravljanja

Usklađivanje odnosa između preduzeća i okruženja jeste suština formulacije strategije upravljanja i predstavlja osnovu uspješnog planiranja i vođenja poslovanja.

Formulisanje strategije počiva na vizijama, kreativnosti i analitičkim sposobnostima nosilaca liderske i menadžerske funkcije. Strategija upravljanja podrazumeva izbor pravaca, metoda i instrumenata za ostvarivanje uloge i ciljeva preduzeća, na osnovu čega se donose konkretne odluke i ulazi u određene obaveze. Proces formulisanja strategije obuhvata analizu, identifikovanje, procjenu i izbor najpovoljnije varijante u odnosu na okolnosti u kojima preduzeće posluje.

Ovaj proces obuhvata tri osnovne faze:

- postavljanje strategijskih ciljeva,
- analiziranje preduzeća i njegovog okruženja i
- usklađivanje odnosa između preduzeća i njegovog okruženja.

Strategijsko planiranje predstavlja prvu fazu strategijskog upravljanja i čini ga strategijska analiza na osnovu koje se formuliše strategijski izbor.

Strategijska analiza u formalnom smislu sadrži dva istraživanja:

- situacionu analizu i
- analizu perspektive.

Prospektivan pristup je neophodan za organizacione sisteme koji djeluju u složenoj i dinamičkoj sredini. Ključni koncept za definisanje strategijskih odluka je SWOT analiza. SWOT analiza integriše rezultate interne i eksterne analize, određuje postojeću strategijsku poziciju organizacije i na osnovu analize šansi i opasnosti daje smjernice za ostvarivanje povoljnije pozicije.

"We now accept the fact that learning is a lifelong process of keeping abreast of change. And the most pressing task is to teach people how to learn."

"Prihvatili smo činjenicu da je učenje doživotni proces u borbi sa promjenom. Najteži zadatak je naučiti ljude kako da uče."

*Peter F. Drucker,
menadžment expert, autor i pedagog*

Na osnovu strategijske analize se definiše sistem ciljeva koji su raspoređeni od cilja dostizanja vizije, kao željenog stanja, do ciljeva svakog pojedinca.

Nakon strategijskog planiranja i izbora strategije slijedi upravljački tok koji se sastoji od dvije komponente: strategijskog i operativnog upravljanja.

Zadatak strategijskog upravljanja je da kreira nove poslove organizacije, tj da racionalno reaguje na promjene u okolini. Ono je prvenstveno usmjereno na efektivnost organizacije.

Operativno upravljanje je orjentisano na racionalnu eksploataciju postojećih poslova u cilju povećanja efikasnosti.

Da bi se uspostavila dinamička kompatibilnost organizacije i sredine, odnosno dinamička stabilnost preduzeća, neophodno je uspješno izvršavanje zadataka i strategijskog i operativnog upravljanja.

Za **implementaciju strategije** su neophodna znanja i vještine podjele zadataka, koordinacije, motivacije, komunikacije i kontrole predviđenih aktivnosti.

Osnovna područja primjene strategijskog plana u preduzeću su :

- oblikovanje adekvatne organizacione kulture;
- izgradnja potrebne organizacione strukture;
- alokacija resursa na kritične aktivnosti koje su strategijom definisane;
- uspostavljanje odgovarajućih politika i procedura;
- primjena najbolje prakse u poslovnim aktivnostima;
- razvoj odgovarajućih sistema za podršku (sistema informisanja, sistema planiranja, sistema kvaliteta, sistema nagrađivanja i sl.)
- obezbjeđenje potrebnog liderstva u organizaciji.⁸

⁸ [18] - Predrag Ivanović, Strategijski menadžment, Podgorica 2007

Sistem kontrole mora biti prilagođen karakteristikama sredine, djelatnosti preduzeća i njegovoj organizacionoj strukturi, kao i sistemu planiranja u preduzeću. U fokusu sistema kontrole su principi uspješnosti: efektivnost i efikasnost organizacionog sistema.

2.6. Organizacione strukture i njihove karakteristike

Izgradnju potrebne organizacione strukture čini težnja da se u racionalan odnos postave posao i ljudi, poštujući zahtjeve tehnologije i efikasnog menadžmenta. Sadržaj procesa organizovanja čine četiri bazična procesa kao osnovne dimenzije organizacione strukture: specijalizacija, departmentalizacija - grupisanje jedinica, decentralizacija - delegiranje autoriteta i koordinacija, kojom se uspostavljaju mehanizmi usklađivanja funkcionisanja organizacionih jedinica. Specijalizacija i delegiranje autoriteta su aktivnosti diferenciranja, a departmentalizacija i koordinacija aktivnosti integracije.

Balansiranjem ove dvije vrste suprostavljenih aktivnosti se uspostavlja efikasna organizaciona struktura. Diferenciranje obezbjeđuje rast produktivnosti a integrisanje obezbjeđuje funkcionisanje organizacije kao cjeline. Koordinacijom se uspostavljaju stabilni mehanizmi integriranja organizacionih jedinica.

Da bi se obezbijedio sinergijski efekat svih organizacionih jedinica neophodno je na odgovarajući način dizajnirati organizacionu strukturu. Posao planiranja i **dizajniranja organizacione strukture** obuhvata definisanje i grupisanje aktivnosti organizacije, njihovo logično pozicioniranje i koordinaciju kako bi se aktivnosti realizovale efikasno. Kvalitet internih veza je ključni faktor kohezije preduzeća i konkurentske prednosti.

Organizacija je globalni proces, odnosno mreža sistemski povezanih procesa, a organizacijska struktura je model uloga i veza te mreže procesa.⁹ Procesni pristup dizajniranju organizacionih sistema je u potpunosti saglasan sa procesnim modelom definisanim u standardima ISO 9000 i principima i zahtjevima QMS-a, koji će biti izloženi u poglavlju 4.

Moderni principi upravljanja polaze od pretpostavke da *organizaciona struktura može biti uspješna samo ako je okrenuta korisnicima* i da je kvalitet indikator zadovoljstva korisnika. Stalno preispitivanje zadovoljenja zahtjeva korisnika je ciklus stalnog preispitivanja ulaznih zahtjeva kao i preispitivanja efektivnosti i efikasnosti procesa koji se realizuju u sistemu.

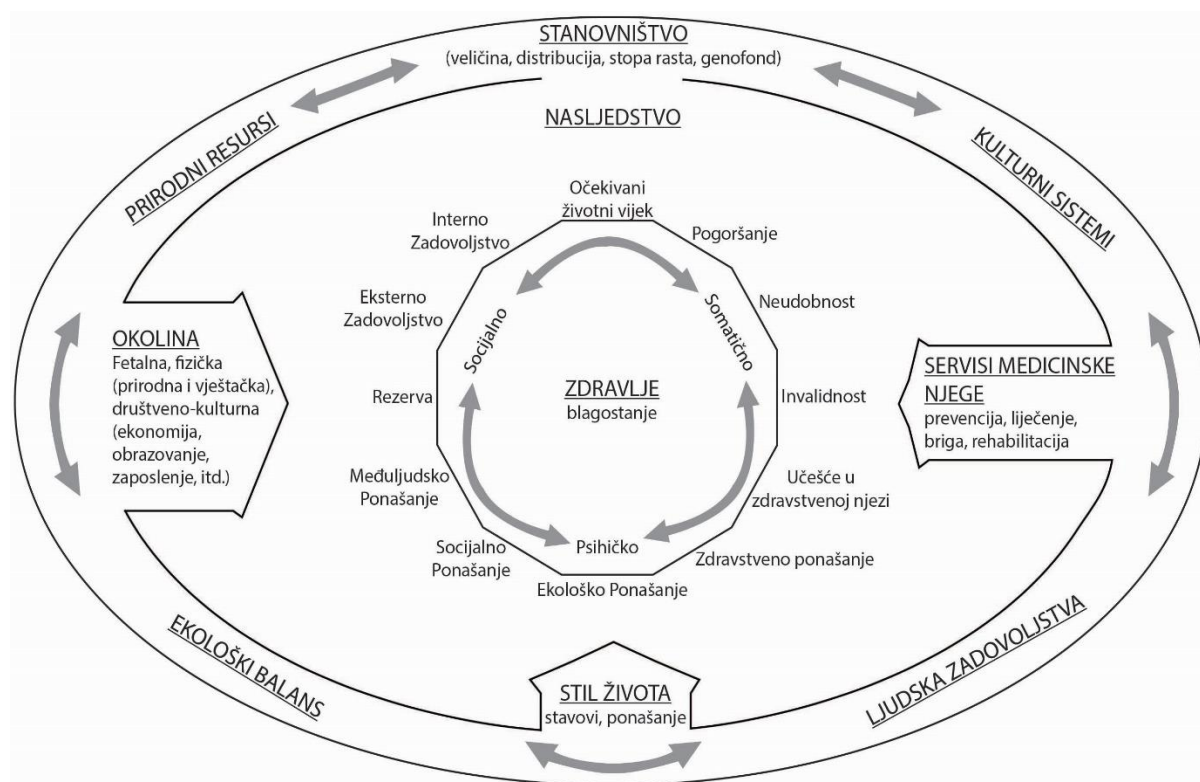
⁹ [2] - M.J.Perović, Z.Krivokapić, „Menadžment kvalitetom usluga“, Podgorica, 2007

3. ZDRAVSTVENI SISTEM

3.1. Opšti pristup zdravstvenom sistemu

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije zdravstveni sistem je zbir svih organizacija, institucija i sredstava čija je prvenstvena svrha unaprijediti zdravlje. Zdravstveni sistem zahtijeva osoblje, sredstva, informacije, potrošni materijal, prevoz, komunikacije i cjelokupno upravljanje sistemom.

Funkcionisanje Zdravstvenog sistema zavisi od uređenosti i funkcionisanja njegovih podсистema, od kojih je najznačajni podсистem zdravstvene zaštite. Kvalitet sistema zavisi od kvaliteta funkcionisanja svih podсистema, što je prikazano na slici 3.1., a kao rezultat daje kvalitet zdravlja odnosno blagostanja svakog pojedinca. Upravljački sistem Zdravstvenog sistema mora obuhvatiti sve podсистeme i biti koordinisan sa najvišeg nivoa.



Slika 3.1. Faktori uticaja na razvoj zdravstvenih sistema¹⁰

¹⁰ Izvor: D. Nikšić, Uvod u zdravstveni sistem, Faktori utjecaja na razvoj zdravstvenih sistema, Sarajevo, 2013.god. - slobodan prevod

Svjetski zdravstveni sistem je skup različitih zdravstvenih sistema, koji su stalnoj interakciji uslovljenoj razmjenom roba i usluga, demografskim kretanjima, epidemiološkim trendovima, društvenim i ekonomskim kontekstom i državnom organizacijom. Da bi se ispunio uslov slobodnog kretanja roba, usluga i kapitala je neophodno uvođenje standarda.

U uređenom zdravstvenom sistemu se ne postavlja pitanje ŠTO treba poboljšati u oblasti zdravstvene zaštite već KAKO, jer „zdravstveni sektor nije izvor potrošnje, već izvor investicija u ostvarivanju socijalnog, ekonomskog i ukupnog razvoja društva“, kako je navedeno u Master planu razvoja zdravstva CG za period 2010 do 2012.godine.

3.2. Sistem zdravstvene zaštite

Uloga sistema zdravstvene zaštite je da, uz primjenu odgovarajućih zdravstvenih tehnologija i programa prevencije, pruža zdravstvenu uslugu stalno unapređujući kvalitet usluge i bezbjednost pacijenta.

Postoji više definicija za pojam kvaliteta zdravstvene zaštite.

- *Svjetska zdravstvena organizacija (WHO)* definiše kvalitet kao zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadate ciljeve, a sadašnjim stepenom znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću brigu uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje”.
- *Vijeće Evrope (VE)* vidi kvalitet kao „stvaranje politike i struktura koje podržavaju razvoj i sprovođenje sistema poboljšanja kvaliteta, tj. sistema za trajno osiguranje i poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite na svim nivoima”.

„Without health there is no happiness“

„Zdravlje je uslov za sreću“

Thomas Jefferson

Funkcionisanje zdravstvenog sistema je uslovljeno dobrom koordinacijom i saradnjom svih učesnika dok kvalitet zdravstvene zaštite dominantno zavisi od direktnih davalaca usluga.

Najznačajnije komponente Sistema zdravstvene zaštite su zdravstvene ustanove. Zdravstvene ustanove kao davaoci usluga i ugovarači u sistemu zdravstva su mjesta obavljanja zdravstvene djelatnosti. Njihova uloga u sistemu je velika dok interes zavisi od vlasničke strukture (interes javnih ustanova je mali, a privatnih ustanova veliki). Kadrovi u zdravstvu kao davaoci zdravstvenih usluga su tzv. „živi resurs“ i predstavljaju nosioce kreativne djelatnosti u zdravstvu na svim nivoima zdravstvene zaštite.

3.3. Kvalitet zdravstvene zaštite i dimenzije kvaliteta zdravstvene usluge

Svaka inicijativa da se poboljša kvalitet zdravstvene usluge u zdravstvenim ustanovama ima, kao polazište, razumijevanje onoga što se podrazumijeva pod „kvalitetom“. Bez razumijevanja kvaliteta, bilo bi nemoguće da se dizajniraju procesi pružanja usluge i preduzimaju aktivnosti za poboljšanje rezultata.

U početku je definicija i procjena kvaliteta bila u nadležnosti zdravstvenih stručnjaka i istraživača zdravstvenih usluga, ali je posljednje decenije XX vijeka obilježila sve izraženija tendencija da se zahtjevi i potrebe pacijenata, javnosti i ostalih ključnih zainteresovanih strana moraju uzeti u obzir.

Tabela 3.1. daje pregled definicija kvaliteta zdravstvene zaštite koje se najčešće primjenjuje i koje opisuju granice kvaliteta.¹¹

Tabela 3.1 Definicije kvaliteta zdravstvene zaštite

Autor/Organizacija	Definicija
Donabedian (1980)	Kvalitet zdravstvene zaštite je vrsta zaštite od koje se očekuje da, na najveću moguću mjeru, poveća blagostanje pacijenta, uzimajući u obzir ravnotežu očekivane dobiti i moguće gubitke tokom procesa pružanja usluge i svih njegovih djelova.
IOM - Institute of Medicine(1990)	Kvalitet zdravstvene zaštite je stepen do kojeg zdravstveni servisi za pojedince i populaciju povećavaju mogućnost željenih zdravstvenih ishoda u skladu s trenutnim stručnim znanjem.
Department of Health (UK) (1997)	Kvalitet zdravstvene zaštite je: Raditi prave stvari (što ?) Pravim ljudima (kome?) U pravo vrijeme (kada?) Raditi stvari kako treba iz prvog puta.
Council of Europe (1998)	Kvalitet zdravstvene zaštite je stepen do kojeg liječenje povećava šanse pacijenta za postizanje željenih rezultata i umanjuje šanse nepoželjnih ishoda, imajući u vidu trenutno stanje znanja.
WHO (2000)	Kvaliteta zdravstvene zaštite je nivo postignuća suštinskih ciljeva zdravstvenih sistema za poboljšanje zdravlja i odgovor na legitimna očekivanja stanovništva.

Da bi se mogao mjeriti kvalitet zdravstvene usluge neophodno ga je definisati. Nekoliko autora i/ili organizacija su definisale kvalitet zdravstvene usluge kroz koncept skupa dimenzija kvaliteta usluge koje su prikazane u tabeli 3.2.

¹¹ [28] - H. Leguido-Quigley, M. Mc Kee, E.Nolte, I. Gligos, Assuring The Quality of Health Care in The European Union, WHO, 2008., str.2

Tabela 3.2. Dimenzije kvaliteta zdravstvene usluge

Dimenzija kvaliteta	Donabedian (1988)	Maxwell ¹² (1992)	Department of Health (UK1997)	Council of Europe (1998)	IOM (2001) ¹³	JCAHO (2006) ¹⁴
Efektivnost	X	X	X	X	X	X
Efikasnost	X	X	X	X	X	X
Dostupnost	X	X	X	X		X
Sigurnost	X			X	X	X
Pravičnost	X	X	(X)		X	
Podesnost	X	X		X		X
Pravovremenost			X		X	X
Prihvatljivost		X		X		
Saosjećajnost		Poštovanje izbora informacija			Usmjerenost na pacijenta	
Zadovoljstvo			(X)	X		
Poboljšanje zdravlja	X		X			
Neprekidnost					X	
ostalo		Tehnička opremljenost		Uspješnost		Dostupnost prevencije

Kao što se vidi iz tabele 3.2. najčešće se koriste dimenzije (opadajućim redosledom prema učestalosti): efektivnost, efikasnost, dostupnost - pristup, sigurnost, jednakost, prikladnost, pravovremenost, prihvatljivost, učešće pacijenta, zadovoljstvo, poboljšanje zdravlja i kontinuitet zdravstvene zaštite. Svaka od dimenzija pojedinačno nije sveobuhvatna niti isključuju jedna drugu.

Efektivnost i efikasnost su uključene u sve definicije kvaliteta koje su ovdje navedene.

Dostupnost je takođe važna dimenzija u svim definicijama kvaliteta zdravstvene zaštite koje su razmatrane osim onog koje je iznijela IOM .

Sigurnost se odnosi na smanjenje rizika i predstavlja važnu komponentu u nekoliko definicija.¹⁵ Prema IOM, sigurnost pacijenta je "bezbjednost od slučajne ozljede zbog medicinske njege, ili medicinske greške, u kojoj je medicinska greška definisana kao „neuspjeh planirane akcije da se završi kako treba ili korištenje pogrešnog plana za postizanje cilja ... [uključujući] probleme u praksi, proizvodima, procedurama i sistemu“ (Kohn, Corrigan i Donaldson 2000).¹⁶

Pravičnost podrazumijeva pošten odnos prema svim pacijentima kako se ne bi dešavale situacije da neki pacijenti primaju više medicinske zaštite od drugih i više nego što je to zahtijevano stvarnom potrebom.

¹² Maxwell R. (1992). 'Dimensions of quality revisited: from thought to action', *Quality in Health Care*

¹³ Institute of Medicine - IOM

¹⁴ JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

¹⁵ [28] - H. Leguido-Quigley, M. Mc Kee, E. Nolte, I. Gligos, Assuring The Quality of Health Care in The European Union, WHO, 2008., str.5

¹⁶ [28] - [28] - H. Leguido - Quigley, M. Mc Kee, E.Nolte, I. Gligos, Assuring The Quality of Health Care in The European Union, WHO, 2008

Dimenzije kojima se definiše odnos prema pacijentu u skladu sa medicinskim, socijalnim i kulturološkim potrebama pacijenata su: prikladnost (koliko liječenje odgovara potrebama pacijenta); pravovremenost (primanje tretmana u razumnom vremenskom roku); prihvatljivosti (koliko humano i ljubazno se pruža medicinska usluga); učešće pacijenata ili pacijent u centru pažnje (razmatranje osobnosti pojedinih pacijenata i preferencija i vrijednosti određenog društva); zadovoljstvo (kako liječenje i poboljšanje zdravlje pacijenta ispunjava njegova očekivanja) i kontinuitet zdravstvene zaštite (praćenje puta pacijenta od momenta traženja zdravstvene zaštite do momenta završetka tretmana, odnosno prestanka potrebe za daljim medicinskim tretmanom) .

3.4. Šest dimenzija kvaliteta po definiciji WHO

WHO¹⁷ je definisala dimenzije kvaliteta uzimajući u obzir zdravstveni sistem u cjelini i kvalitet ishoda procesa zdravstvene zaštite.¹⁸ Ovakav pristup ukazuje na to da zdravstveni sistem treba organizovati na način poboljšanja usluge u šest područja ili dimenzija kvaliteta. Stoga zdravstvena zaštita treba biti zasnovana na:

- *efektivnosti*, pružanje zdravstvene zaštite koji se zasniva na bazi dokaza i rezultata poboljšanja zdravstvenih ishoda za pojedince i zajednicu, u skladu sa potrebama;
- *efikasnosti*, pružanje zdravstvene zaštite na način koji maksimizira korišćenje resursa i izbjegava nepotrebne troškove;
- *dostupnosti*, pružanje pravovremene, geografski razumne zdravstvene zaštite, uz dostupnost neophodnih i odgovarajućih resursa ;
- *prihvatljivosti* - pacijent u centru pažnje, odnosno učešće pacijenta u postupku donošenja odluka uzimajući u obzir preferencije i težnje pojedinih korisnika usluga i kultura u njihovim zajednicama;
- *svrsishodnost* - pravičnost, pružanje zdravstvene zaštite koja se ne razlikuju po kvalitetu zbog ličnih svojstava korisnika kao što su pol, rasa, etnička pripadnost, geografski položaj ili socioekonomski status;
- *bezbjednost*, pružanje zdravstvene zaštite koji minimizira rizike i štete korisnicima usluga.

Osnovni cilj i svrha postojanja svake zdravstvene ustanove je pružanje kvalitetne zdravstvene usluge, a dostizanje šest dimenzija kvaliteta zdravstvene usluge i dalje unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite zahtijeva multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup.

¹⁷ World Health Organization-Svjetska zdravstvena organizacija

¹⁸ [31] - Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems - WHO 2006

3.5. Svjetska zdravstvena organizacija – WHO (World Health Organization)

Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization - WHO) je osnovana 7. aprila 1948. godine sa zadatkom da usmjerava i koordinira zdravstveni sistem u okviru Ujedinjenih nacija, organizuje različita istraživanja, utvrđuje norme i standarde obezbjeđivanjem dokaza, pruža tehničku podršku zemljama i prati i procjenjuje zdravstvene trendove.

Preporuke i direktive WHO naglašavaju da :

- poboljšanje kvaliteta treba realizovati kroz sistem menadžmenta kvalitetom kako bi se izbalansirali suprotstavljeni zahtjevi: smanjenje troškova - povećanje kvaliteta;
- zdravstvene ustanove moraju imati jasnu viziju i strateške ciljeve definisane na osnovu analize opasnosti i prilika u okruženju, i snage i slabosti organizacionog sistema.

Na osnovu podataka dostupnih na web sajtu WHO, zaključaka sa konferencija i seminara kao i direktiva i preporuka WHO se izvode temeljni činioci tekućih i budućih aktivnosti a to su :

- fokus menadžmenta se pomjera od institucionalne regulative ka integrisanom razvoju zdravstvenog sistema, tj. od statičke kontrole ka dinamičkom poboljšanju;
- sistem menadžmenta kvalitetom kao ključni koncept upravljanja podrazumijeva uključivanje kompletnog PDCA ciklusa kao kontinuiranog procesa za interno i eksterno poboljšanje kvaliteta.

Šema organizacione strukture WHO ukazuje na šest prioriteta rukovođenja koji se izdvajaju iz spektra aktivnosti i daju fokus i pravac djelovanja WHO. Originalna i prevedena verzije šeme su prilog 2 ovom radu.

Od mnogobrojnih aktivnosti WHO, po značaju se može izdvojiti formiranje Međunarodnog društva za kvalitet u zdravstvu - ISQua.¹⁹ ISQua je 1999-te godine pokrenulo program međunarodne akreditacije (IAP) pod akronimom ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation) a 2000-te godine, je na osnovu ugovora sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, započelo studiju o kvalitetu i akreditaciji zdravstvenih usluga na globalnom nivou.

Izveštaj je publikovan 2003-će godine i koncipiran kroz tri poglavlja:²⁰

- Prvo poglavlje ovog izveštaja opisuje strukturu i aktivnosti promovisanja kvalitetne zdravstvene zaštite na nacionalnom i međunarodnom nivou;
- Drugo poglavlje izveštaja prikazuje koncept i alate kvaliteta koji su u lokalnoj upotrebi u raznim zemljama;
- Treće poglavlje navodi inicijative u procesu akreditacije zdravstvenih usluga i analizira način funkcionisanja nacionalnih programa širom svijeta.

¹⁹ The International Society for Quality in Health Care (ISQua) je osnovano 1985. godine

²⁰ [29] - Quality and accreditation in health care services a global review, WHO, Geneva, 2003.

Ključne aktivnosti ISQua uključuju razvoj indikatora i akreditaciju zdravstvenih ustanova a kroz ALPHA program se razvijaju tri podprograma koja obuhvataju:

- standarde,
- akreditaciju i
- podršku i pomoć programima akreditacije.

3.6. Standardi primjenljivi na sve bolnice i razvijeni u skladu sa zahtjevima ALPHA programa

Prepoznajući potrebu za definisanjem standarda za promociju zdravlja u bolnicama, kako bi se osigurao kvalitet usluga u ovoj oblasti, WHO je uspostavila radnu grupu na 9-toj međunarodnoj konferenciji u Kopenhagenu, maja 2001. godine.

Dominantan pristup upravljanju kvalitetom u bolnicama se prepoznaje kroz uspostavljanje standarda servisa zdravstvenih usluga a postojeći standardi za kvalitet u zdravstvu, kako su zaključili eksperti WHO, nijesu dali zadovoljavajuće rezultate u oblastima poboljšanja zdravlja i održavanja kvaliteta života.

Rezultat rada su 5 standarda primjenljivih na sve bolnice i razvijenih u skladu sa zahtjevima ALPHA programa²¹ razvijenog od strane International Society for Quality in Health Care, koje je publikovala WHO – Evropska kancelarija za integraciju zdravstvenih servisa, 2004. godine.

Standardi se odnose na praćenje puta pacijenta i definisanje odgovornosti i aktivnosti u vezi promocije zdravlja kao sastavnog dijela usluge koja se nudi pacijentu u bolnici.

Standardi su uglavnom generički sa fokusom na pacijente, osoblje i organizaciju upravljanja.

- Standard 1 - zahtijeva da bolnica ima pisanu politiku za promociju zdravlja;
- Standard 2 - opisuje obavezu ustanove da osigura procjenu zahtjeva pacijenata;
- Standard 3 - opisuje obavezu informisanosti pacijenta u vezi postupaka liječenja;
- Standard 4 - potencira odgovornost menadžmenta za uspostavljanje uslova da bolnica bude zdravo radno mjesto;
- Standard 5 - se bavi kontinualnošću i kooperativnošću, tražeći planski pristup saradnji sa drugim djelovima zdravstvenog sistema i drugim institucijama.

Slobodan prevod navedenih standarda je prilog 3 ovom radu.

²¹ [30] - Standards for Health Promotion in Hospitals, WHO – Evropska kancelarija za integraciju zdravstvenih servisa, 2004. god.

3.7. Alat procjene performansi za poboljšanje kvaliteta u bolnicama (PATH)

U cilju da podstakne aktivnosti poboljšanja kvaliteta u bolnicama kroz samoprocjenu i međunarodni benchmarking regionalna kancelarija WHO za Evropu je 2003 - će godine inicirala razvoj Alata procjene performansi za poboljšanje kvaliteta u bolnicama (PATH - The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals). Ovaj projekat je elaborirala multidisciplinarna grupa internacionalnih eksperata na osnovu iscrpnog pregleda literature i istraživanja dostupnosti podataka i ocjeni indikatora u 20 evropskih zemalja, a pilot projekat je sproveden u šest zemalja: Belgiji, Kanadi, Danskoj, Francuskoj, Slovačkoj i Južnoj Africi.

Za potrebe PATH projekta ova internacionalna grupa eksperata se složila oko slijedeće definicije bolničke performanse:

“Zadovoljavajući nivo bolničke performanse je održavanje funkcionisanja koje odgovara normama društva, pacijenata i profesije. Visoka bolnička performansa bi trebala biti bazirana na profesionalnoj kompetenciji u primjeni dosadašnjeg znanja, dostupnih tehnologija i resursa, efikasnosti u korištenju resursa, minimalnim rizicima za pacijenta, odgovornosti prema pacijentu i optimalnom doprinosu zdravstvenom ishodu.”²²

Prihvaćena definicija bolničke performanse naglašava multidimenzionalnost performanse koja je definisana sa šest domena:

- *Klinička efektivnost* (medicina na bazi dokaza; uspjeh bolnice da proizvede kliničke ishode u skladu sa savremenim znanjima iz medicine);
- *Efikasnost* (optimalno korišćenje resursa za postizanje maksimalnih rezultata);
- *Orjentisanost na osoblje* (adekvatna kvalifikovanost, kontinuirana edukacija i obuka, zdravo i bezbjedno radno mjesto, ...);
- *Odgovorno upravljanje* (veza sa zdravstvenim potrebama zajednice, kontinuitet i jednaka dostupnost medicinske usluge; javno zdravstvena orijentacija bolnice);
- *Sigurnost* (prevencija i smanjenje rizika; sigurnost pacijenta, osoblja i okoline) i
- *Orjentisanost na pacijenta* (pacijent u centru pažnje; usluga pružena u skladu sa potrebama i očekivanjima pacijenata, porodice i njegovatelja; poštovanje prava pacijenata).

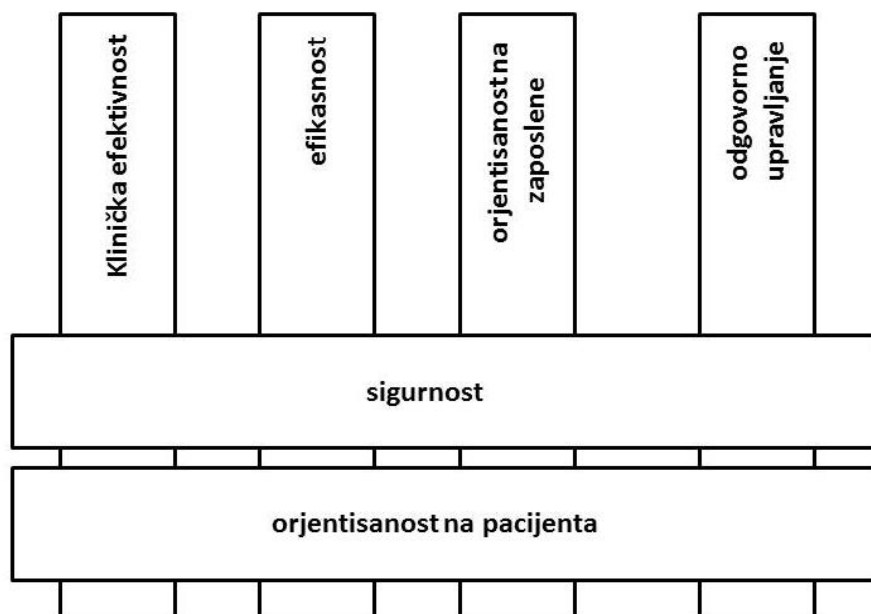
Sigurnost i orjentisanost na pacijenta su dvije transferzalne perspektive koje sijeku sve ostale domene performanse, što je prikazano na slici 3.2.

Da bi se mogle mjeriti performanse neophodno je definisati indikatore²³. Često se dešava da se u bolnicama prikuplja mnoštvo podataka koji se ne mogu iskoristiti za postupke iniciranja poboljšanja kvaliteta usluge. Precizno definisanje indikatora omogućava da se sakupljeni podaci koriste na pravi način za što je neophodna kultura saradnje i podrške unutar kolektiva. Ovakav pristup obezbjeđuje da sve aktivnosti budu usmjerene na poboljšanje kvaliteta. Indikatori, način njihove upotrebe, uputstva

²² [21] - WHO collaborating Centre for Developing Quality and Safety in Health System, Priručnik za PATH projekat, izvor <http://www.akaz.ba>

²³ “Indikatori obezbjeđuju „kvantitativnu“ osnovu za kliničare, pružaoce zdravstvenih usluga, organizacije i planere koji streme postizanju poboljšanja u zdravstvenoj usluzi i poboljšanju procesa pružanja zdravstvenih usluga.” (ISQua, Melbourne 1999).

korišćenja baze podataka za potrebe analize i poređenja su detaljno opisani u brošuri „Priručnik za PATH projekat“,²⁴ koja je dostupna na našem jeziku.



Slika 3.2. PATH koncept

Značajne su koristi koje bolnica može imati učešćem u PATH projektu jer:

- postaje dio mreže unutar koje se razmjenjuju i upoređuju razni oblici aktivnosti kontinuiranog poboljšanja kvaliteta,
- spoznaje i uči na sopstvenim snagama i slabostima. Da bi postigla svoju misiju i dugotrajan cilj kvalitetne zdravstvene zaštite potreban joj je integrisani sistem indikatora kvaliteta,
- postaje organizacija u kojoj se podržavaju aktivnosti učenja na međunarodnom nivou i
- prepoznaje i usvaja najbolje stručne prakse i izgrađuje i uspostavlja kulturu kvaliteta koju je moguće mjeriti, a time i kontinuirano poboljšavati.

U PATH projekat se može uključiti svaka bolnica, bez obzira na veličinu, vlasništvo i specijalnost. Uslov je da prati najmanje jedan indikator za što dobija alat za prikupljanje podataka, tehničku i stručnu pomoć (tačan opis pokazatelja, uputstva o tome kada, gdje i kako sakupljati podatke i obrazac za sakupljanje podataka). Uključivanje bolnice zahtijeva njenu registraciju za projekat.²⁵

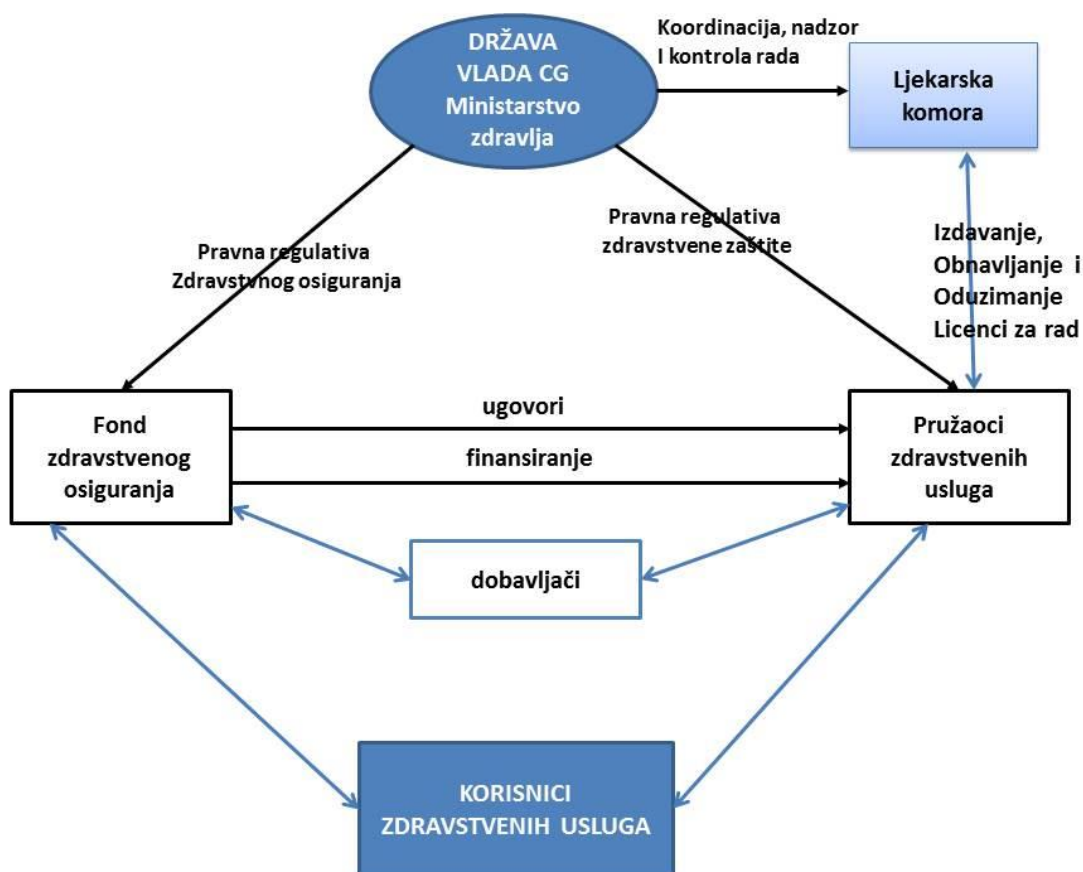
Na nivou države ovaj projekat koordinira tim stručnjaka različitih profila, koji dolaze iz različitih institucija, uključujući udruženja bolnica, univerzitete, ministarstvo zdravlja, agencije za akreditaciju, itd.

²⁴ [21] - WHO collaborating Centre for Developing Quality and Safety in Health System, Priručnik za PATH projekat, izvor <http://www.akaz.ba>

²⁵ Program PATH pokrenut je 2008. godine u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini i Republici Srpskoj, a od 2009. godine provodi se u bolnicama koje su se dobrovoljno odlučile u njega uključiti.

3.8. Zakonodavni i institucionalni okvir zdravstvene zaštite u Crnoj Gori

Hijerarhija i dio kompleksnih relacija izvršne i zakonodavne vlasti sa davaocima zdravstvenih usluga, korisnicima usluga i drugim zainteresovanim stranama, je grafički prikazana modelom sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori na slici 3.3.



Slika 3.3. Model sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i drugim zakonima u vezi sa zdravstvom, podzakonskim aktima, Nacionalnom strategijom za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata i Zdravstvenom politikom Crne Gore je organizovan sistem zdravstvene zaštite, sa preporukom da stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite treba realizovati kroz uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom u zdravstvenim ustanovama.

Iako je uspostavljanje QMS-a preporuka, morala bi biti obaveza rukovodstva svake zdravstvene ustanove u Crnoj Gori.

3.8.1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Zakonom je definisan kvalitet zdravstvene zaštite koji podrazumijeva nivo zadovoljenja zdravstvenih potreba građana sa aspekta stanja sredstava, opreme i uslova u kojima se pruža zdravstvena zaštita, kadrovske osposobljenosti, znanja i vještina i njihove primjene, poboljšanja zdravstvenog stanja, otklanjanja uzroka i smanjenja štetnih uticaja rizičnih ponašanja i faktora sredine, kao i kvaliteta života.

Cilj ovog zakona je da stvori uslove za uspostavljanje šest dimenzija kvaliteta zdravstvene usluge i obavljanje zdravstvene djelatnosti u skladu sa nacionalnim i međunarodnim standardima.

Država stvara uslove za sprovođenje i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite. Zakon nalaže da se provjera kvaliteta stručnog rada vrši kao interna i eksterna provjera a odgovornost za kvalitet stručnog rada snose rukovodioci ustanova.

3.8.2. Zakon o zdravstvenom osiguranju

Zakonom o zdravstvenom osiguranju je definisan finansijski aspekt funkcionisanja zdravstvenog sistema koji je usmjeren na zadovoljenje zdravstvenih potreba stanovništva.

Pojam zdravstvene potrebe može biti definisan kao:

- „Zdravstvena potreba u profesionalnom značenju” je stručno i naučno utvrđeno stanje koje opravdava intervenciju ili medicinsku zaštitu za pojedinca ili grupu građana /populaciju.
- „Potreba za zdravstvenom zaštitom” je sinonim pojmu zahtjev - subjektivan stav (ne nužno utemeljen) o potrebi intervencije ili medicinske zaštite koji iskazuju građani, pojedinci i grupe.
- „Potreba za zdravstvenom zaštitom” je ona količina zdravstvenih usluga koju treba pružiti da bi se zaštitilo ili unaprijedilo zdravstveno stanje u mjeri koju omogućava postojeće medicinsko znanje i tehnologija.
- „Potreba za zdravstvenom zaštitom” u ekonomiji - minimalni iznos resursa potreban za ostvarenje koristi usled intervencije.²⁶

Ekonomika i finansiranje zdravstva je važan dio zdravstvenog sistema sa aspekta ekonomske cijene zdravlja i svih aktivnosti na planu ostvarivanja zdravstvenih usluga. U ovom segmentu zdravstvenog sistema nema interesa za pitanje zdravlja već samo za pitanja bolesti i u tom smislu nema opravdanja da nedostaje novca.

Ovim zakonom se određuje obim standarda zdravstvene zaštite, utvrđuju prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite, i dr.

²⁶[25] - Dragana Nikšić, Kontinuirana profesionalna edukacija iz zdravstvenog menadžmenta Sarajevo, 2013. g.

3.9. Klinički centar Crne Gore

Klinički centar Crne Gore je jedina zdravstvena ustanova tercijernog nivoa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori, tj. jedina ustanova u kojoj se liječe najteži pacijenti.

Klinički centar je visokospecijalizovana zdravstvena ustanova u kojoj se sprovode najsloženije metode dijagnostikovanja i liječenja i obavlja specijalistička i subspecijalistička ambulantno konsultativna i bolnička zdravstvena djelatnost iz gotovo svih oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grana medicine. Ova ustanova predstavlja bazu fakulteta zdravstvenog usmjerenja i obavlja dodiplomsku i poslije diplomsku nastavnu i naučno-istraživačku djelatnost, u skladu sa Zakonom. U okviru svojih edukativnih programa, koji se odvijaju preko Centra za nauku, KCCG učestvuje u izradi medicinskih doktrina, protokola i smjernica za sprječavanje, rano otkrivanje, liječenje i rehabilitaciju pojedinih bolesti, povreda i stanja u saradnji sa Ministarstvom zdravlja, Ljekarskom komorom, Medicinskim fakultetom i drugim stručnim tijelima.²⁷

Kao dio Kliničkog centra, Urgentni centar pripada mreži javnih zdravstvenih ustanova i pruža zdravstvene usluge na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite za stanovnike grada Podgorice i opština Danilovgrad i Kolašin. Osim toga, UC je ulazno mjesto za tercijarni nivo zdravstvene zaštite za sve opšte bolnice zdravstvenog sistema Crne Gore.

Klinički centar Crne Gore je najvažnija karika crnogorskog zdravstvenog sistema. Menadžment ove ustanove ima obavezu i odgovornost da procese pružanja medicinske usluge uredi i upravlja njima na način koji omogućava pružanje najboljeg mogućeg kvaliteta usluge u skladu sa stručnim kompetencama zaposlenih i kvalitetom raspoložive opreme.

„Ukoliko imate ustanovu u kojoj svako zna šta i kako treba da radi, u kojoj je tačno definisan put pacijenta od ulaska u ustanovu do njegovog otpuštanja, a osoblje ljubazno i stručno, to će sigurno uticati da pacijenti budu zadovoljniji.“²⁸

Pretraživanjem i proučavanjem literature i dokumentacije se zaključuje da je:

- Uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom zdravstvene usluge je projektovani cilj razvoja zdravstvenog sistema u Crnoj Gori;
- Zdravstveni sistem nema dovoljno osposobljenih kadrova iz oblasti menadžmenta kvalitetom za realizaciju ciljeva definisanih Nacionalnom strategijom CG ;
- Crna Gora, kao turistička destinacija, mora obezbijediti standardizovan kvalitet zdravstvene usluge kako bi na turističkoj mapi Svijeta bila prepoznata kao „sigurna zemlja“ za ovu oblast;
- Zdravstveni sistemi su suočeni s brojnim izazovima. Sve je veći pritisak na smanjenje troškova, dok su zahtjevi za kvalitetom u stalnom porastu;
- Svaki građanin želi pristup zdravstvenoj zaštiti i želi biti siguran da se oni koji pružaju zdravstvenu zaštitu oslanjaju na najbolje medicinske dokaze i saznanja i

²⁷ www.kccg.me

²⁸ [34] - Siniša Stević, direktor Agencije za sertifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske, intervju za Glas Srpske, 10.05.2014. godine

da primjenjuju najprimjereniju tehnologiju kako bi se osigurala djelotvornost usluge i sigurnost pacijenta;

- Kako bi odgovorile na sve pritiske, zdravstvene ustanove trebaju jasno definisati svoju viziju, strateške ciljeve, te moraju shvatiti opasnosti i prilike u svom okruženju, kao i sve snage i slabosti organizacionog sistema;
- Neprekidno poboljšavanje kvaliteta i ekonomičnosti zdravstvenih usluga doprinose jačanju zdravstvenog sistema.

U Srbiji, Hrvatskoj, Republici Srpskoj i Federaciji Bosne i Hercegovine su konstituisane agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu čija je nadležnost poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i akreditacija zdravstvenih ustanova. „Nacionalni akreditacioni programi za zdravstvene ustanove postoje u 19 od 28 zemalja Evropske unije. Najveći broj ovih programa je zakonski regulisan, a sprovode ga ministarstva zdravlja ili vladine agencije. U Njemačkoj, od 2010.godine, sve ustanove su obavezne da uvedu sistem upravljanja kvalitetom, dok u Sloveniji bolnice imaju obavezu da pristupe nekom od postojećih međunarodnih akreditacionih programa. Srbija ima nacionalni akreditacioni program koji uključuje bolnice i domove zdravlja. Hrvatska ima nacionalni akreditacioni program u koji su, za sada, uključene bolničke zdravstvene ustanove. U sistem zdravstvene zaštite Republike Srpske sertifikacija je uvedena Zakonom o zdravstvenoj zaštiti 2009.godine, kao nov pristup sa fokusom na sigurnost za sve učesnike u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Sertifikacija je obavezna za sve javne i privatne zdravstvene ustanove.“²⁹

²⁹ [34] - Siniša Stević, direktor Agencije za sertifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske, intervju za Glas Srpske, 10.05.2014. godine.

4. QMS U FUNKCIJI EFIKASNOSTI ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

4.1. Opšti pristup sistemima menadžmenta

Moderna teorija upravljanja, postavljena sredinom XX vijeka, je zasnovana na teoriji sistema, kao osnovnoj filozofiji rješavanja problema.

L.F.Urwick³⁰ je 1956.godine ukazao da je upravljanje i rukovođenje naučna disciplina nastala sintezom inženjerstva, primijenjene psihologije, ekonomike i drugih nauka. Svaka od komponenti ove discipline sama za sebe definiše određene elemente upravljanja a tek zajedno daju karakter sistemskog pristupa ovom problemu. Inženjerstvo definiše metode i analizu izvršenja. Primijenjena psihologija služi izboru kadrova - izvršilaca i rukovodilaca i njihovo prilagođavanje tehnologiji i metodama rada. Ekonomika ima ulogu da definiše ciljeve i planove privređivanja i usklađivanje i mjerenje rezultata. Međusobno dopunjavanje, objedinjavanje i sinhronizovanje znanja navedenih naučnih disciplina omogućava upravljanje resursima i procesima što predstavlja sistem menadžmenta preduzeća.

Peter Drucker³¹ kao centralno pitanje uspjeha preduzeća ne postavlja svojinu nego upravljanje. Upravljanje je vještina koja se uči i mora biti zasnovana na znanju, iskustvu i intuiciji. Moderna teorija upravljanja ima najširi pristup organizovanju neke cjeline ili nekog procesa i u njoj informacioni tokovi predstavljaju noseći kostur funkcionisanja organizacije i osnovu za integraciju elemenata sistema u cjelinu.

4.1.1. *Pristupi menadžmentu-upravljanju*

Složenost organizacionog sistema i njegova stalna interakcija sa okolinom postavljaju visoke zahtjeve menadžmentu kako bi se održala stabilnost sistema. Različiti problemi zahtijevaju različita rješenja i adekvatan odgovor.

Paul Mali³² navodi deset pristupa upravljanju koji su najviše u upotrebi a koji pojedinačno i zajedno čine osnovu za razvoj modernih pristupa upravljanju.³³

³⁰ Lyndall Fownes Urwick (1891-1983) je britanski konsultant za upravljanje i poslovni mislilac. Autor je knjige Elements of Business Administration, objavljene 1943. god.

³¹ Peter Ferdinand Drucker (1909-2005) amerikanac austrijskog porijekla, menadžment konsultant, pedagog i autor koji je postavio filozofske i praktične temelje modernog menadžmenta.

³² Dr. Paul Mali, penzionisan kao profesor na Univerzitetu u Hartfordu. Područje rada inženjering i inženjerski menadžment. Sada provodi posebne programe u Swiss Institute of Technology, Lausanne, Switzerland. Autor je sedam knjiga. Pomogao sprovođenje MBO sistema u korporacijama kao što su: IBM, Westinghouse, US Steel, Emhart, Nestlé, Boise Cascade, Kimberly Clark, General Motors, Alcan Aluminium i mnoštvo drugih.

³³ [1] – M.J.Perović, Menadžment, informatika, kvalitet, Kragujevac, 2003

- Upravljanje putem ciljeva (MBO-Management By Objectives)

je jedan od uspješnijih modela upravljanja čiji je utemeljivač Peter Ferdinand Drucker. Suština modela je da svi zaposleni, formuliranjem svojih individualnih ciljeva, učestvuju u kreiranju ciljeva preduzeća. Težnja je da se obezbijedi načelo „podržavajućeg odnosa”, tj. harmonija ciljeva zaposlenih i ciljeva preduzeća.

- Upravljanje pomoću izuzetaka (MBE-Management By Exceptions),

polazi od situacije da se procesi u organizaciji odvijaju prema planovima i programima i da rukovodstvo treba informisati o odstupanjima kako bi na to reagovalo.

- Upravljanje pomoću modela odlučivanja (MBDM - Management By Decision Models)

Rješavanje problema odlučivanja vrši se korišćenjem osnova za odlučivanje i vrednovanjem alternativa.

- Upravljanje pomoću određenog stila (MBS - Management By Style)

Podrazumijeva izbor određenog stila koordinacije, rukovođenja ili upravljanja kako bi se na najbolji način pokrenula organizacija na ostvarenje postavljenih ciljeva.

- Upravljanje podsticanjem konkurencije (MBCE - Management By Competitive Enhancement)

Ovaj pristup polazi od podsticanja konkurencije unutar organizacije, između sektora, odjeljenja, grupa i pojedinaca.

- Upravljanje pomoću vođenja i razvoja (MBCD - Management By Caching and Development)

Pristup se bavi planiranjem, programiranjem i usavršavanjem stvarajući ambijent za stalno učenje, sticanje znanja i sposobnosti i to u pravo vrijeme (JIT-Just in Time).

- Upravljanje pomoću informacionih sistema (MBIS-Management By Information Systems)

Savremeni pristup upravljanju traži veliki broj podataka i uređene informacione sisteme.

- Upravljanje pomoću matrica (MBM- Management By Matrix)

Pristup se oslanja na korišćenje matrica za uspostavljanje i predstavljanje relacija između dvije ili više skupova varijabli koje imaju uticaj na funkcionisanje organizacionog sistema.

- Upravljanje pomoću pojednostavljenja rada (MBWS - Management By Work Symplification)

se zasniva na permanentnom istraživanju i analizi procesa rada i njegovom pojednostavljenju kao elementu unapređenja.

- Upravljanje pomoću organizacionog razvoja (MBOD - Management By Organizational Development)

podrazumijeva dobru komunikaciju po horizontalni i vertikalni poslovni sistem, kao i dobar odnos između organizacije i korisnika.

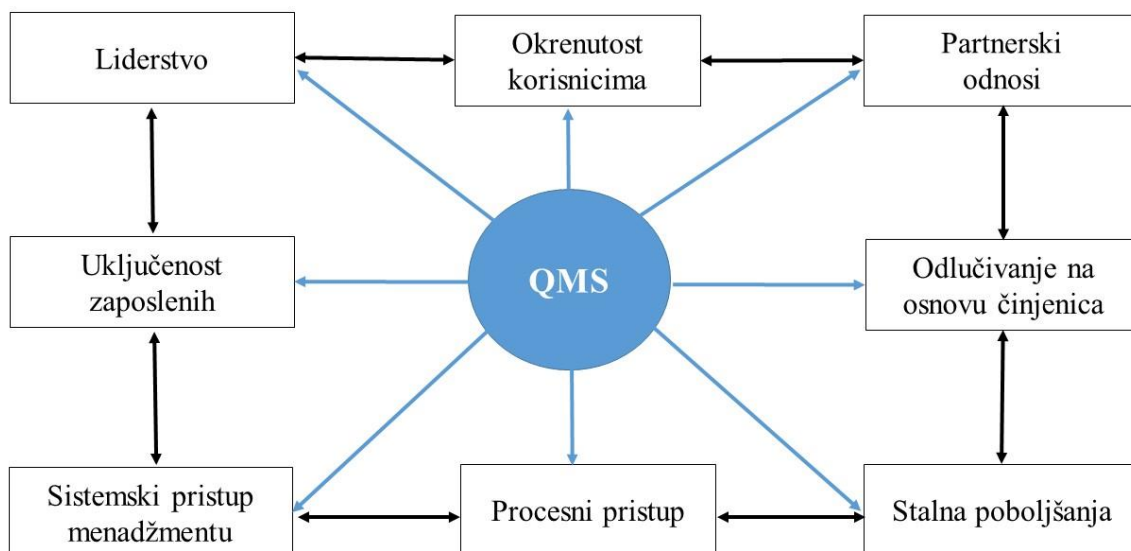
Svaki od navedenih pristupa je u manjoj ili većoj mjeri neophodno primijeniti u organizacijama koje se bave pružanjem zdravstvenih usluga. Uspjeh rukovođenja ovom vrstom organizacionog sistema zavisi od upravljačkih vještina vrhovnog menadžment tima, odnosno lidera koji njime rukovodi. Kvalitet upravljanja se mjeri stepenom zadovoljenja potreba i zahtjeva pacijenata i drugih zainteresovanih strana.

4.2. Principi QMS-a – novi pristup menadžmentu

QMS, kao novi pristup upravljanju je definisan sa osam principa koji čine osnove za standarde serije ISO 9000. On je alat za postizanje i poboljšavanje kvaliteta usluga i proizvoda.

„Da bi se ostvarilo uspješno vođenje organizacije i njen uspješan rad, potrebno je da se ona vodi i da se njome upravlja na sistematičan i transparentan način. Uspjeh može da rezultira iz primjene i održavanja sistema menadžmenta koji je projektovan da stalno poboljšava performanse, obuhvatajući potrebe svih zainteresovanih strana. Menadžment organizacijom sadrži menadžment kvalitetom zajedno sa ostalim disciplinama menadžmenta.“ - ISO 9000.

Osam principa, kojima je definisan QMS, jedino kao cjelina, tj. konzistentan mrežni sistem, omogućavaju punu efikasnost i efektivnost organizacionog sistema. Principi QMS-a su prikazani na slici na slici 4.1. Oni su važeći principi i za ostale sisteme menadžmenta.



Slika 4.1. Struktura principa QMS-a

Orjentisanost prema korisnicima, kao prvi i najvažniji princip, se iskazuje identifikovanjem, razumijevanjem i ispunjavanjem iskazanih i neiskazanih potreba i zahtjeva korisnika kao i zahtjeva koji proističu iz zakona i propisa. Stalno učenje je neophodan uslov realizacije zahtjeva ovog principa.

Liderstvo i savremeno upravljanje podrazumijevaju promjene i prilagođavanje turbulentnom okruženju. Lider nije kontrolor procesa rada već vizionar koji zaposlene inspiriše na kreativnost i preduzimljivost i vodi ih u pravcu ostvarenja vizije organizacije kao konačnog cilja.

Uključenost zaposlenih se potiče samo ukoliko zaposleni prepoznaju svoje mjesto u organizacionom sistemu sa jasno definisanim obavezama i odgovornostima.

Procesni pristup je zasnovan na premisi da se predviđeni rezultat efikasnije ostvaruje kada su resursi i odgovarajuće aktivnosti vođeni kao procesi.

Osam principa QMS-a su važeći principi i za ostale sisteme menadžmenta pod uslovom da umjesto isključive orijentacije na korisnika, principi vežu za zainteresovane strane.

Sistemska pristup menadžmentu se obezbjeđuje ukoliko se postigne razumijevanje međusobne zavisnosti procesa u sistemu.

Stalna unapređenja, tj. stalna poboljšanja performansi organizacionog sistema se postižu doslednim sprovođenjem PDCA ciklusa svih procesa u organizaciji.

Donošenje odluka na bazi činjenica jer su efektivne odluke zasnovane na činjenicama i informacijama. Ovaj QMS princip aktuelizuje već ranije postavljen naučni princip „tačno je samo ono što se može dokazati“.³⁴

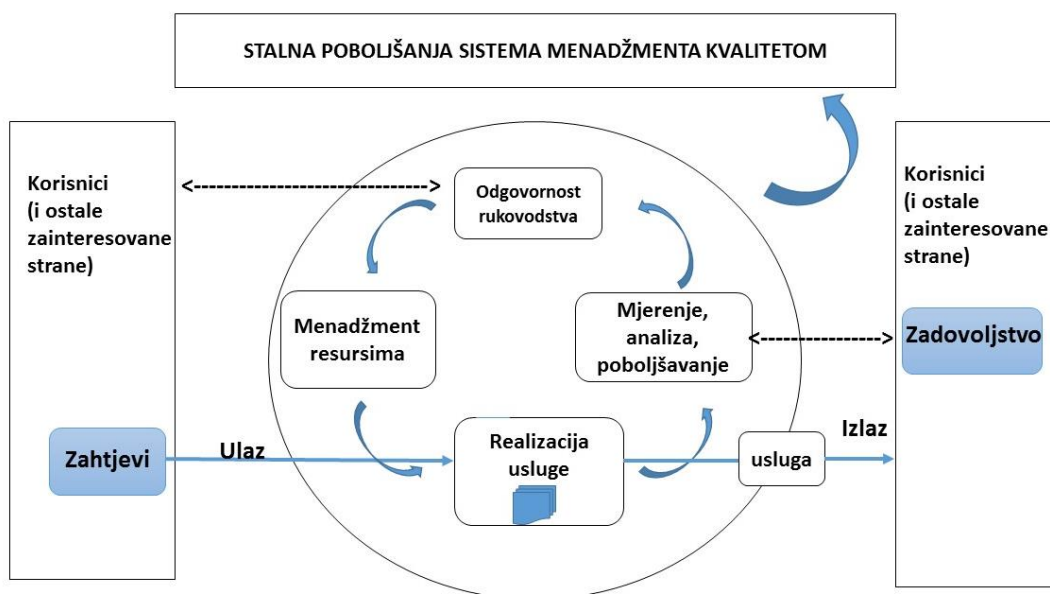
Uspostavljanje partnerskih odnosa sa isporučiocima obezbjeđuje obostrano korisne relacije i povećavanje sposobnosti i organizacije i njenih snabdjevača.

QMS ima za cilj da podstiče usvajanje procesnog pristupa u menadžmentu, podstiče organizacije da analiziraju zahtjeve korisnika, definišu procese koji doprinose ostvarivanju usluge koja je prihvatljiva za korisnika i da drže procese pod kontrolom. Slika 4.2. ilustruje sistem menadžmenta kvalitetom zasnovan na procesnom pristupu, opisan u familiji standarda ISO 9000.

Standardi familije ISO 9000 izrađeni su da bi se pomoglo organizacijama svih vrsta i veličina da primenjuju i sprovedu efektivne sisteme menadžmenta kvalitetom.

Sistem menadžmenta kvalitetom definisan standardom ISO 9000 je proširen zahtjevima ISO 9001 i smjernicama ISO 9004, što obezbjeđuje širu usredsređenost na sistem menadžmenta kvalitetom i obezbjeđuje punu efektivnost i efikasnost u kompleksnom, promjenljivom i zahtjevnom okruženju. Ovakav pristup omogućava zadovoljenje potreba i zahtjeva korisnika i ostalih zainteresovanih strana.

³⁴ R.Descartes, F.Becon



Slika 4.2. Model sistema menadžmenta kvalitetom zasnovan na procesima

Kako bi se uspostavio i sprovodio efektivan sistem menadžmenta kvalitetom nameće se potreba standardizacije. ISO 9001 je međunarodna norma koja postavlja kriterijume sistema upravljanja kvalitetom i jedini je standard u ovoj porodici koji se može sertifikovati.

4.3. QMS kao proces permanentnog učenja

QMS je koncept zasnovan na korišćenju svih ljudskih potencijala i menadžerskih sposobnosti da bi se postigao željeni cilj a to je stalno unapređivanje kvaliteta i ekonomično poslovanje organizacionim sistemom.³⁵

Osnovne probleme koji se odnose na kvalitet uzrokuje rukovodstvo firme. Rukovodstvo, koje je nosilac izvršne odgovornosti, mora da definiše i dokumentuje svoju politiku kvaliteta i omogućava njeno sprovođenje na svim nivoima. Da bi se ovaj cilj postigao QMS se mora posmatrati kao proces permanentnog učenja, a „osoblje koje obavlja poslove, koji imaju uticaj na usaglašenost sa zahtjevima usluge, mora da bude kompetentno, na bazi odgovarajućeg obrazovanja, obuke, vještine i iskustva.” (ISO 9001:2009, tačka 6.2.1).

Sposobnost i učenje zaposlenih mogu pokrenuti samo neposredni rukovodioci. U vremenu brzog razvoja nauke i tehnologija i protoka informacija formalno obrazovanje zaposlenih ne daje znanja i vještine koje omogućavaju prepoznavanje i ispunjavanje novih zahtjeva korisnika i zainteresovanih strana. Kontinuirane edukacije i obuke su jedini način prilagođavanja stalnim promjenama. Obuka je kompleksan zadatak koji treba sistematično i znalački isplanirati i u okviru koje treba odrediti količine novih znanja i obim učenja. Kako je već rečeno da je rukovodstvo nosilac politike kvaliteta

³⁵ [1] - M. J. Perović, Menadžment, informatika, kvalitet, Kragujevac, 2003. god.

koju moraju prihvatiti svi zaposleni, slijedi zaključak da i rukovodstvo i svi zaposleni moraju stalno unapređivati znanja i vještine.

4.4. Ostali standardi upravljanja

Zdravstvena ustanova, kao složeni sistem, osim zdravstvene usluge stvara i druge izlaze iz sistema (otpad i informacije), kojima se mora upravljati u skladu sa zakonima i stručnim normativima. Istraživanja sprovedena za potrebe ovog rada, ukazuju da su zahtjevi nacionalnih zakona u potpunosti kompatibilni sa zahtjevima QMS i drugih sistema menadžmenta kao i sa standardom ISO 26000 - Društvena odgovornost.

Iz navedenog proizilazi zaključak upravljanje realnim zdravstvenim organizacionim sistemima treba biti zasnovano na principima QMS-a, implementaciji QMS-a i ostalih standarda koji se odnose na procese kojima se utiče na potrebe i zahtjeve zaposlenih i društvene zajednice. Ovakav pristup bi obezbijedio da poslovanje zdravstvene ustanove u potpunosti bude usaglašeno sa nacionalnom zakonskom legislativom i preporukama i direktivama WHO.

Svaki od niže navedenih standarda ima određenu ulogu u organizacionom sistemu:

- ISO 9001 - zadovoljava potrebe korisnika i Države,
- ISO 31000 - zadovoljava potrebe svih zainteresovanih strana i Države,
- ISO 14001 - zadovoljava potrebe društvene zajednice i Države,
- OHSAS 18001 - zadovoljava potrebe zaposlenih i Države,
- ISO 26000 - zadovoljava potrebe društvene zajednice,
- ISO 27000 - zadovoljava potrebe korisnika,
- ISO 22000 - zadovoljava potrebe potrošača i Države,
- ISO 9004 - zadovoljava potrebe svih zainteresovanih strana.

4.4.1. EMS –ISO 14001

Sistem upravljanja zaštitom životne sredine definisan je standardom ISO 14001, koji određuje okvir za efektivno uspostavljanje sistema upravljanja zaštitom životne sredine u nekoj organizaciji. On postavlja minimalne zahtjeve, objektivno ispunjive, radi ekološkog sertifikovanja te organizacije. Za razliku od tehničkih i zakonskih normativa zaštite životne sredine (odluku o njihovom uspostavljanju donose eksterne organizacije i njihovo nepoštovanje prate određene sankcije), ISO 14001 je standard koji se u organizaciji uspostavlja na dobrovoljnoj osnovi. Organizacije same donose odluku da li će da uspostave EMS ili ne, i u kojem obimu.

4.4.2. Menadžment rizikom ISO 31000

Svaka aktivnost organizacionog sistema uključuje određeni rizik koji je posledica unutrašnjih i spoljašnjih uticaja. Na rizik se mora djelovati preventivno, na način što se njime mora upravljati. To je jedini način da se rizik preduprijedi ili smanji na prihvatljivu mjeru. ISO 31000, kao generički standard uključuje „uspostavljanje konteksta“ kao aktivnosti na samom početku procesa upravljanja rizikom, obuhvatajući ciljeve organizacije, okruženje, zainteresovane strane i diverzitet kriterijuma rizika, što je od pomoći pri otkrivanju i definisanju prirode i složenosti rizika.

U procesu pružanja zdravstvene usluge postoji velika opasnost učestalom izlaganju riziku svih aktera procesa. Osim pacijenata i zaposlenih riziku mogu biti izloženi i pratioci i rodbina pacijenata, infrastrukturni objekti, radna sredina i okolina. Potencijalna opasnost od velikog broja rizika nameće obavezu preventivnog djelovanja.

Da bi se mogli realizovati procesi upravljanja rizikom neophodno je uspostaviti sistem i strukturu za upravljanje rizikom a procjenjivanje rizika kvaliteta usluge bi trebalo biti zasnovano na naučnim znanjima i povezano sa zahtjevima odnosnih zakona. Nivo preduzetih aktivnosti, propisanih normi i dokumentovanosti procesa upravljanja rizikom kvaliteta bi trebao biti srazmjeran nivou rizika.

4.4.3. OHSAS – ISO 18001

Sistem menadžmenta bezbjednošću i zaštitom zdravlja na radu je postao predmet međunarodnog standarda ISO 18001, prema čijim zahtjevima se menadžment organizacije upravlja i prema kojima se organizacija provjerava i sertifikuje.

Regionalni komitet za Evropu WHO je u dokumentu „Zdravlje za 21. vijek“ kao jedan od važnih ciljeva koji se treba realizovati do 2015-te godine definisao zdravo i sigurno radno okruženje.

Standard ISO 18000 je u saglasnosti sa svim međunarodnim i nacionalnim zakonima, direktivama i propisima što nameće neophodnost implementacije ovog standarda kako bi se zaštitili zaposleni i njihovo zdravlje kao najvredniji resurs u poslovnom sistemu.

4.4.4. HACCP - ISO 22000

HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) je savremeni koncept rada, koji kroz analizu rizika i kontrolnih tačaka obezbjeđuje higijensko-toksikološku i svaku drugu sigurnost namirnica. Ovaj koncept je prihvaćen od Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), Organizacije za hranu (FAO) i Evropske Unije (kao direktiva).

Kao odgovor na rastuće zahtjeve potrošača da proizvođači i distributeri garantuju bezbjednost hrane razvio se sistem upravljanja bezbjednošću hrane koji je baziran na HACCP-u.

Standard ISO 22000 pored uputstava sadrži i zahtjeve koji se moraju ispuniti i sistemski i sistematski kontrolisati - provjeravati. Ovaj standard je primjenljiv na sve organizacione sisteme bez obzira na njihovu veličinu, koji su uključeni u bilo koji aspekt lanca ishrane. Važno je naglasiti da je u Crnoj Gori zakonom obavezno uspostavljanje i održavanje HACCP sistema, ali ne i sertifikacija.

4.4.5. Sistem menadžmenta bezbjednošću informacijama ISO 27000

Munjeviti razvoj informacionih tehnologija je uslovio pojavu međunarodnih standarda sistema menadžmenta bezbjednosti informacionih sistema ISMS i standarda sistema menadžmenta IT uslugama.

Imajući u vidu kapacitet i značaj protoka informacija u poslovnim sistemima, kao i činjenicu „preuzimanja“ informacija i znanja kroz nelegalne tokove, međunarodna organizacija za standardizaciju je usvojila standard ISO 27001 i standard ISO 27002. Ovi standardi ukazuju na to ŠTA organizacije treba da urade da bi zaštitile svoje povjerljive informacije.

U ovom standardu je jasno istaknut i model standarda kroz PDCA ciklus stalnog unapređenja i jasno uočljiva kompatibilnost sa standardom ISO 9001.

Rad zdravstvenih ustanova se zasniva na velikom broju povjerljivih informacija, pa je upravljanje informacionim sistemom u skladu sa standardima od posebne važnosti.

4.5. Društvena odgovornost poslovanja ISO 26000

Poslovanje zdravstvenih ustanova je pod posebnim monitoringom javnosti i Države.

Društvena odgovornost je odgovornost organizacije za uticaje koje njene odluke i aktivnosti imaju na društvo i životnu sredinu putem transparentnog i etičkog ponašanja tako da:

- doprinosi održivom razvoju (razvoj koji zadovoljava potrebe sadašnjih generacija, bez ugrožavanja mogućnosti za zadovoljenje potreba budućih generacija) uključujući zdravlje i dobrobit društva;
- uzima u obzir očekivanja zainteresovanih strana;
- bude u skladu sa odgovarajućim zakonima i međunarodnim normama ponašanja i

- bude integrisana u cjelokupno poslovanje organizacije i da se sprovodi u odnosima sa drugim subjektima.³⁶

ISO 26000 je standard koji daje smjernice o društvenoj odgovornosti i nije namijenjen za sertifikaciju.

4.6. Metode i alati poboljšanja kvaliteta

Svi modeli upravljanja kvalitetom (QMS, TQM i dr.) zahtijevaju stalno mjerenje i poboljšanje kvaliteta. Primjenom alata, tehnika i metoda mjere se karakteristike kvaliteta proizvoda, procesa ili sistema uz definisanje akcija za njihovo poboljšanje. Tako su alati i tehnike postavljeni da vrše dvije funkcije i to:

- da mjere trenutne performanse predmeta mjerenja (procesa, sistema, proizvoda, usluge, aktivnosti i dr.)
- da se kao rezultat korišćenja primijenjenih metoda dobiju predlozi mjera unapređenja performansi.

"Knowing is not enough; we must apply. Willing is not enough; we must do."

"Znanje nije dovoljno, moramo ga primijeniti. Željeti nije dovoljno, moramo raditi."

Goethe

4.6.1. Metode menadžmenta

Neke od metoda menadžmenta koje imaju široku primjenu su SWOT analiza, benchmarking, interna provjera, samoprocjena i dijagram uzrok-posljedica, a rezultate ovih analiza koristimo da pomoću metoda poboljšanja unaprijedimo kvalitet proizvoda ili usluge.

- SWOT analiza omogućava da se na osnovu analize mogu realno odrediti snage, slabosti, šanse i mogućnosti organizacionog sistema i donijeti strateške odluke;
- benchmarking predstavlja proces sistematskog mjerenja i upoređivanja poslovnih procesa organizacije u odnosu na poslovne procese lidera;
- interna provjera bi trebala biti identifikacija postojeće i potencijalne neusaglašenosti i mogućnosti za poboljšavanja;
- samoprocjena čiji je cilj uključivanje učesnika / vlasnika procesa zdravstvene zaštite u praćenje, unapređenje i osiguranje kvaliteta usluge;
- Iškava dijagram / dijagram uzrok-posljedica, kao prvi korak u rješavanju problema uz zahtjev da se razmotre svi mogući uzroci problema a ne samo očigledni.

³⁶ MEST ISO 26000, Podgorica, 2012. god.

4.6.2. Metode poboljšavanja

Neke od metoda koje se koriste za poboljšanje odnosno redizajniranje procesa, a po potrebi i za reinženjering procesa su :

- dijagram toka se koristi za opisivanje postojećeg ili projektovanje novog procesa i predstavlja najjednostavniji način da se opiše ili prikaže jedan proces;
- brainstorming je postupak sakupljanje ideja tima za poboljšanje kvaliteta kako bi se identifikovala moguća rješenja problema kvaliteta;
- brainwraiting kao tehnika pisanja misli je grupna kreativna metoda kojom se pisanim putem utvrđuju i razvijaju nove ideje za rješavanje problema;
- pareto dijagram (ABC dijagram) koji daje mogućnost da se napravi listu prioriteta uzroka čije efekte treba eliminisati ili ublažiti, odnosno primijeniti Pareto princip utvrđivanja 20% uzroka koji čine 80 % posledica;
- PDCA metodologija (Demingov krug) podstiče razvoj inovativnih promjena i stalnih unapređenja.

4.7. BSC - Sistem uravnoteženih izbalansiranih pokazatelja

Balanced scorecard (BSC) predstavlja sistem menadžmenta performansama koji od strategije stvara kontinualan proces upravljanja poboljšanjima kojim se bave svi zaposleni na svim nivoima u organizaciji.³⁷

Osnovna potreba za uvođenjem Balanced Scorecard sistema u organizaciju ogleda se u mogućnosti da menadžeri sagledaju svoje poslovanje jasnije, iz više perspektiva i da na taj način budu u mogućnosti da donose kvalitetnije strateške odluke. BSC sistem omogućava organizaciji da uskladi sve svoje resurse i energiju sa svojom strategijom. Ovaj pristup daje mogućnost da se misija, vizija i strategije organizacije prevedu u jasno iskazane i željene izlaze iz organizacionog sistema: zahtjeve korisnika, zahtjeve vlasnika, interese zaposlenih i efektivnost organizacije.

Pored finansijskih pokazatelja koji su u dosadašnjim pristupima mjerenjima bili dominantni, sada se preporučuju i drugi pokazatelji kao što su vrijeme trajanja ciklusa ili učestalost grešaka.³⁸

BSC pristup je najprije bio namijenjen profitnim organizacijama ali je kasnije uspješno modifikovan i za neprofitne i organizacije iz javnog sektora. Javne zdravstvene ustanove su usmjerene na zadovoljenje potreba i zahtjeva pacijenata i zainteresovanih strana u skladu sa definisanom misijom. I javne i privatne zdravstvene ustanove moraju biti usmjerene ka istom cilju, a to je dostizanje šest dimenzija kvaliteta zdravstvene usluge. Poslovanje privatnih zdravstvenih ustanova je zasnovano na privatnom kapitalu što ukazuje da je i finansijska perspektiva jednako važna za

³⁷ [48] - P. Pravdić, „BSC kao sistem menadžmenta performansama u organizaciji“, FQ2012, Festival kvaliteta,

³⁹ Nacionalna konferencija o kvalitetu

³⁸ M. J. Perović, Z. Krivokapić, „Menadžment kvalitetom usluga“, Podgorica, 2007. god.

održivost ove vrste organizacionog sistema. Stoga privatne zdravstvene ustanove moraju kombinovati profitni i neprofitni pristup.

Iako je je BSC, kao alat za upravljanje koji se može koristiti za mjerenje i praćenje rezultata organizacije, razvijen sredinom devedesetih godina XX vijeka, njegova implementacija u sektor pružanja zdravstvenih usluga je započela krajem poslednje decenije XX vijeka.

U publikaciji „Balanced Scorecard kao alat menadžmenta za procjenu i praćenje realizacije strategije u zdravstvenim ustanovama“,³⁹ autori se bave pitanjem značaja izbora pristupa implementaciji BSC-a. U studiji⁴⁰ na koji se pozivaju autori prethodno navedene publikacije su identifikovane četiri karakteristike po kojima se od drugih razlikuju najuspješnije ustanove zdravstvene zaštite, čija uspješnost je odraz najboljih izlaza iz sistema. Identifikovane karakteristike kao navike u procesu upravljanja su:

- a) postavljanje ciljeva i sredstava / načina za njihovo postizanje;
- b) fokus na projektovanje (dizajn) organizacije, politiku organizacije i kadrovsku, tehničku i tehnološku infrastrukturu;
- c) mjerenje i praćenje rezultata, i
- d) kontinuirano preispitivanje kliničke prakse u kontekstu raspoloživih naučnih dokaza.

Iako autori priznaju važnost svake od ovih navika, u ovom članku je posebna pažnja posvećena aspektu mjerenja učinka u zdravstvenoj ustanovi.

Kanadsko ministarstvo zdravlja u saradnji sa drugim institucijama je 1998. godine sprovelo proces implementacije BSC-a u 89 bolnica kako bi se sprovele aktivnosti mjerenja njihovog učinka. Ovaj proces je najprije generisan u odnosu na cijelu bolnicu, a od 2001. godine su razvijeni posebni BSC alati za različite bolničke podsisteme i usluge koje se u njima pružaju (urgentna medicina, intenzivna njega,...).

Implementacija BSC za oblast zdravstvenih usluga se brzo proširila i na druge zemlje, pa je u ovom momentu u velikom broju zdravstvenih ustanova u Španiji u značajnoj mjeri razvijen sistem mjerenja učinka na osnovu pokazatelja troškova, aktivnosti i kvaliteta.

U ovoj publikaciji je zaključeno da BSC ima potencijal da doprinese realizaciji strategije kroz strateški orijentisan sistem koji je u njega ugrađen. S druge strane se naglašava neophodnost adaptacije BSC-a kao generičkog instrumenta kako bi bio bolje implementiran u zdravstvenim ustanovama, uzimajući u obzir specifičnosti ovog sektora. Konstatovano je da je BSC dovoljno fleksibilan da se primijeni u različitim situacijama i prilagodi realnom sektoru i time pomogne u poboljšanju implementacije strategije kao i za mjerenje i praćenje rezultata u zdravstvenim ustanovama.

³⁹ [50] - J.Bisbe, J.Barrubés, The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations, 2012, preuzeto jan. 2015. god sa <http://revespcardiol.org/en/the-balanced-scorecard-as-management/articulo/90155071/>

⁴⁰ Bohmer RMJ. The four habits of high-value health care organizations. N Engl J Med. 2011; 365:2045-7

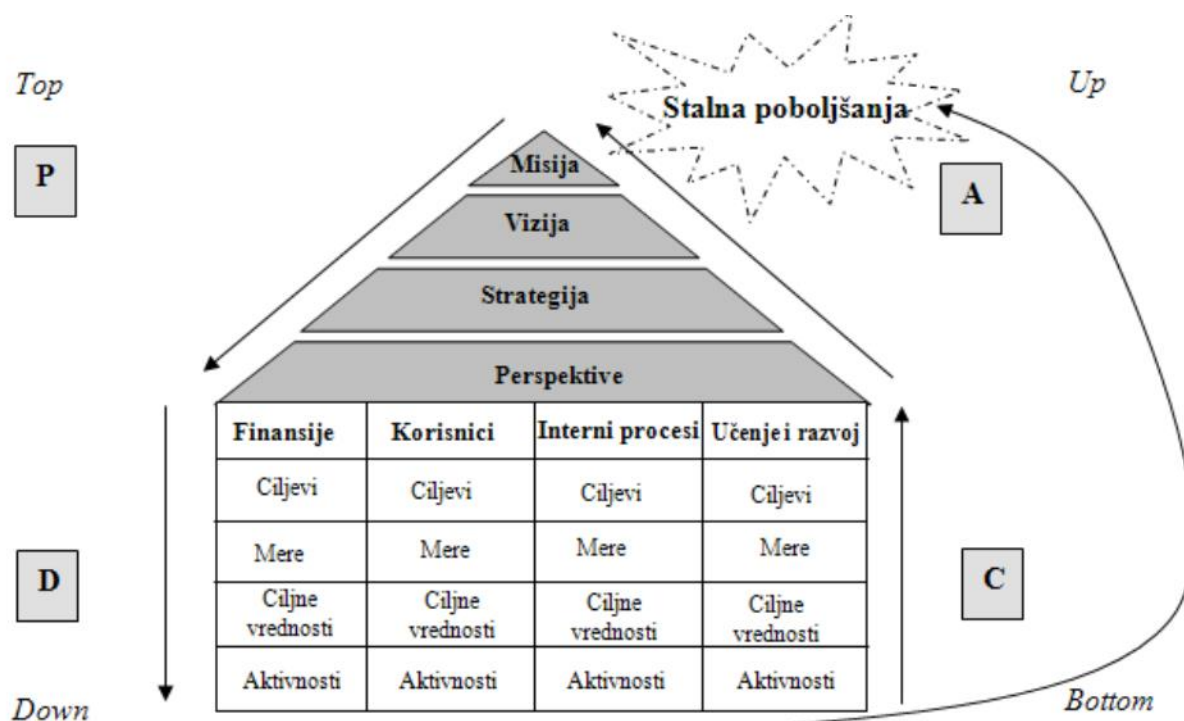
4.7.1. Komparativna analiza QMS-a i BSC-a

U radu "Komparativna analiza BSC-a i QMS-a"⁴¹ se ukazuje da njihova zajednička implementacija može značajno doprinijeti unapređenju performansi organizacionog sistema.

Poređenjem modela BSC (slika 4.3) i modela QMS (slika 4.2) uočava se da Demingov krug (PDCA ciklus) predstavlja osnovu i drugog.

QMS i BSC imaju isti cilj, a to je unapredjenje organizacionih performansi ali je put u dostizanju cilja različit za ova dva modela.⁴²

QMS pomaže organizacijama da rade po definisanim procedurama i daje odgovor na pitanje KAKO raditi (operativno upravljanje), a BSC daje odgovor na pitanje ŠTA raditi (strategijsko upravljanje). Kako je već rečeno u poglavlju 2, da bi se uspostavila dinamička kompatabilnost organizacije i sredine, odnosno dinamička stabilnost preduzeća, neophodno je uspješno izvršavanje zadataka i strategijskog i operativnog upravljanja.



Slika 4.3. Prevođenje misije, vizije i strategije primjenom BSC⁴³

^{41, 37, 39} [49] - J. Jovanović, P. Pravdić, „Komparativna analiza Balanced Scorecard-a i Sistema menadžmenta kvalitetom“, FQ2010-Festival kvaliteta, Zbornik radova, Kragujevac, 2010. god.

⁴³[48] - P.Pravdić, „BSC kao sistem menadžmenta performansama u organizaciji“, FQ2012, Festival kvaliteta, 39.Nacionalna konferencija o kvalitetu, Kragujevac 2012. god.

Oba koncepta BSC i QMS naglašavaju perspektivu korisnika i zadovoljstvo zaposlenih. Učenje i razvoj takođe ima određenu ulogu u oba koncepta. Svakako oba sistema značajno poboljšavaju performanse organizacije ali na tom putu imaju različite metode.⁴⁴

4.8. Menadžment ukupnog kvaliteta - TQM

Koncept menadžmenta ukupnog kvaliteta (Total Quality Management) predstavlja novu filozofiju poslovanja kroz drugačiju organizacionu kulturu i način mišljenja.

Dostizanje TQM se može definisati kao „perpetuum mobile“ kvaliteta.

U osnovi koncepta TQM-a je prelazak od menadžmenta kvalitetom na kvalitet menadžmenta i ostvarivanje ciljeva efikasnosti i efektivnosti sa minimalnim naporima i uz minimalno korišćenje resursa.

TQM filozofija kvaliteta se bazira na tri osnovne postavke:

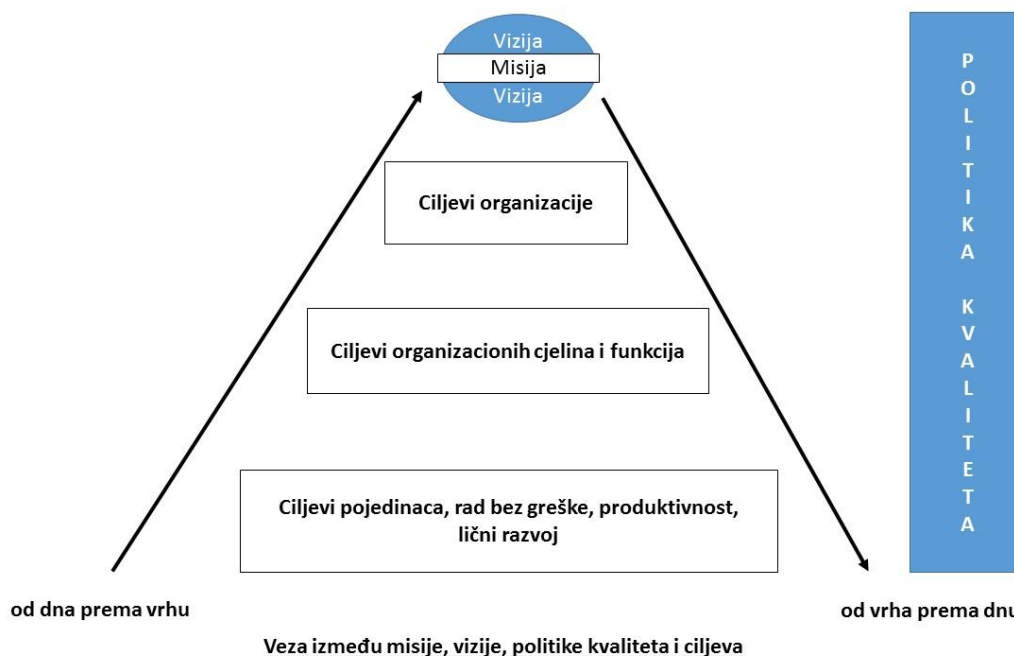
- raditi prave stvari (utvrditi prave ciljeve),
- raditi stvari ispravno iz prvog puta (rad bez greške)
- raditi stvari bolje (vršiti stalnu procjenu i na osnovu nje uspostaviti proces stalnih poboljšavanja, pri čemu se slabosti, propusti i greške posmatraju kao prilika za poboljšanje a ne razlog za sankcionisanje pojedinca).

Uspjeh u implementaciji TQM-a je uslovljen postojanjem osam osnovnih elemenata: etika, integritet, povjerenje, obuka, timski rad, liderstvo, prepoznatljivost i komunikacija. Uloga lidera prilikom implementacije TQM-a se ogleda u kreiranju, sprovođenju i povezivanju misije, vizije, sistema vrijednosti i politike kvaliteta, efektivnom komuniciranju, formiranju nove organizacione kulture, obučavanju zaposlenih, promovisanju timskog rada, osamostaljivanju i ovlašćivanju zaposlenih, stavljanju fokusa na zadovoljstvo korisnika, kontinuiranom poboljšavanju procesa, proizvoda i usluga, uspostavljanju uzajamno korisnih odnosa sa kupcima i dobavljačima i donošenju odluka na osnovu činjenica.

Politika kvaliteta predstavlja jednu od strateških odluka koju kompanija definiše pri implementaciji TQM-a. Ona integriše različite podsisteme organizacionog sistema i obezbjeđuje pravi pristup donošenju odluka i zauzimanju stavova u vezi sa pitanjima koji se pojavljuju u poslovanju. Dobro definisana politika kvaliteta poboljšava kvalitet odlučivanja u organizaciji i minimizira mogućnost nerazumijevanja i improvizacija. Politika kvaliteta proističe i definiše se na osnovu misije organizacije (slika 4.4.).

Prihvatanje vizije od strane svih članova organizacije, promjene organizacione kulture i načina upravljanja su preduslovi uspješne implementacije TQM-a.

⁴⁴ [49]-J.Jovanović, P.Pravdić, „Komparativna analiza Balanced Scorecard-a i Sistema menadžmenta kvalitetom“, FQ2010-Festival kvaliteta, Zbornik radova, Kragujevac, 2010



Slika 4.4. Veza između misije, vizije, politike kvaliteta i ciljeva

Zasnovanost TQM na principima kontinuiranog poboljšavanja kvaliteta, orijentisanosti na korisnika i timski rad, ukazuje na značajan potencijal njegove primjene u oblast zdravstvenih usluga. Uprkos tome ne postoji značajan broj istraživanja posvećen implementaciji TQM-a u zdravstvenim ustanovama. Mnoge inicijative, prozašle iz entuzijazma zbog prepoznatih potencijalnih koristi TQM za oblast zdravstvene usluge, nijesu u potpunosti dale očekivane rezultate. Neki od razloga za neuspjeh mogu se naći u nedovoljnoj podršci od strane zdravstvenih radnika, nedostatku liderstva i zalaganja kao i tendenciji da se TQM posmatra izolovano umjesto da se postavi u samu srž strategije institucije. Osim toga, ljekari i menadžeri imaju različite perspektive po pitanju onoga što bi trebalo biti kvalitet i kako treba obavljati posao. Lider organizacije ima važnu ulogu da razvije organizacijsku kulturu koja podržava stalna poboljšavanja. On mora podsticati angažovanje svih zaposlenih u potrazi za izvrsnošću kvaliteta zdravstvene usluge.⁴⁵

⁴⁵ <http://www.healthcareadministration.com/total-quality-management-tqm-in-healthcare/>, preuzeto jan. 2015. god.

5. PRISTUP USPOSTAVLJANJU QMS-a U ZDRAVSTVENIM ORGANIZACIJAMA

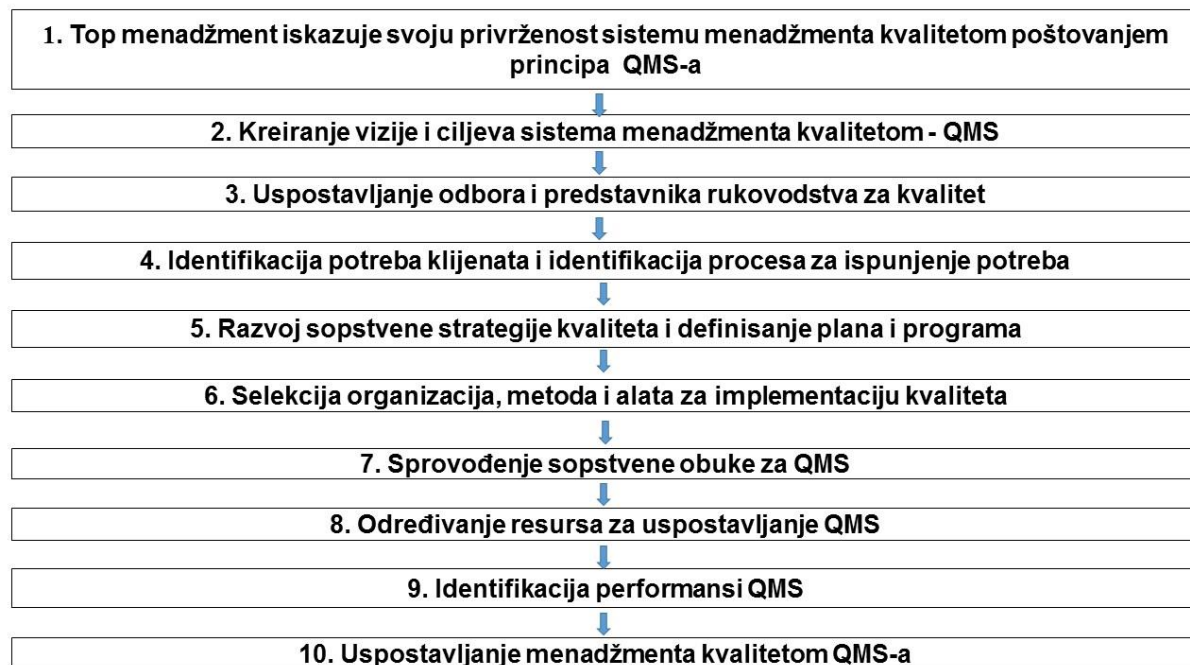
5.1. Opšte potrebe i trendovi

Zdravstvene organizacije su suočene s brojnim problemima uključujući i hroničan nedostatak finansijskih sredstava. Da bi mogle ispunjavati svoju misiju neophodno je balansirati dva suprotstavljena zahtjeva: obezbijediti stalno poboljšavanje kvaliteta usluge i smanjenje troškova.

Poboljšanje kvaliteta usluge u bolnicama najviše doprinosi poboljšanju performansi zdravstvenog sistema.

5.2. Koraci za uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom u zdravstvenoj ustanovi

Postupak uspostavljanja Sistema menadžmenta kvalitetom u organizacionom sistemu je definisan sa deset koraka prikazanih na slici 5.1. Prvi i najvažniji zahtjev je da to bude opredjeljenje vrhovnog rukovodstva koje se „iskazuje realizacijom osnovnog zadatka da se na osnovu vizije definiše politika organizacije i u okviru nje politike kvaliteta“ (standard ISO 9001).



Slika 5.1. Deset koraka uspostavljanja QMS-a⁴⁶

⁴⁶ [1] - M. J. Perović, „Menadžment, informatika, kvalitet“, Kragujevac, 2003. god.

Rukovođenje, strateško planiranje, razvoj i upravljanje ljudskim resursima i upravljanje procesom kvaliteta je iskazano sledećim pravilima:

- Menadžment organizacije treba da predvodi pokret za kvalitet;
- Zaposleni u organizaciji su najvažniji činilac u postizanju željenog kvaliteta;
- Nivo kvaliteta nikada neće biti veći od sposobnosti radnika koji treba da ga ostvari.⁴⁷

Svih ostalih devet zahtjeva su logičan slijed prvog koraka. Doslednom implementacijom svih deset koraka se realizuje ispunjenje zahtjeva standarda ISO 9001 i implementacija smjernica standarda ISO 9004. Rezultat ovakvog pristupa upravljanju kvalitetom je ispunjenje potreba i zahtjeva svih zainteresovanih strana u pogledu kvaliteta usluge i rukovođenje sa ciljem ostvarivanje održivog uspjeha organizacije.

Motivacija zaposlenih je važan elemenat za realizaciju politike kvaliteta i jedan od osnovnih oslonaca sistemskog pristupa organizaciji. Samo motivisan zaposleni daje puni doprinos procesu koji izvršava a njegova motivacija ne može biti veća od motivacije rukovodioca. Motivacija zaposlenih i ovlašćenja za kvalitet koja su im dodijeljena rezultiraju zadovoljstvom korisnika. Ovo je posebno važno u procesu pružanja visoko personalizovane zdravstvene usluge, jer nezadovoljni ljekari i medicinske setre / tehničari proizvode nezadovoljstvo pacijenata.

Specifičnost usluge koje se pruža u zdravstvenoj ustanovi iziskuje i posebne zahtjeve kvaliteta. Literaturni podaci ukazuju da je uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom u zdravstvenoj ustanovi definisano kroz:

- unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite zasnovano na dokazima;
- bezbjednost pacijenata i pružalaca zdravstvenih usluga;
- provjeru zadovoljstva korisnika i pružaoca usluga;
- transparentnost rada;
- odgovorno upravljanje uz racionalno korišćenje infrastrukture, ljudskih resursa i savremenih tehnologija;
- organizaciju kontinuiteta njege i dr.

Navedeno je saglasno sa osam principa QMS-a, prikazanih na slici 4.1. i obrazloženih u poglavlju 4, uključujući i saglasnost sa standardima namijenjenim bolnicama o kojima je bilo riječi u poglavlju 3 i standardom ISO IWA 1. Svi navedeni standardi daju zahtjeve i smjernice za postupke standardizacije zdravstvene usluge.

Međunarodni standard ISO/IWA 1 - International Workshop Agreement - Quality Management Systems - Guidelines for Process Improvements in Health Service Organizations ⁴⁸, daje smjernice za upravljanje bilo kojom vrstom organizacionog sistema koji se bavi pružanjem zdravstvene usluge. U potpunosti je saglasan sa ISO 9001 i ISO 9004, a smjernice su proširene i uzimaju u obzir specifičnost i posebne zahtjeve zdravstvene usluge. Ovim standardom je potencirano identifikovanje rizika od

⁴⁷ [1] - M.J.Perović, „Menadžment, informatika, kvalitet“, Kragujevac, 2003. god.

⁴⁸ Da bi se odgovorilo na urgentne zahtjeve tržišta, ISO je uveo mogućnost pripremanja dokumenata kroz mehanizam radionica, mimo uobičajenih procedura ISO komiteta. Tako su nastali International workshop agreements - IWA koji prilagođavaju tumačenja ISO 9001 specifičnih za pojedine djelatnosti (autoindustrija, školstvo, zdravstvo, i dr.). IWA 1, namijenjen oblasti zdravstvenih usluga, je odobren u zajedničkoj radionici koju su organizovali januara 2001. godine Automotive Industry Action Group (AIAG), Američko društvo za kvalitet (ASQ), The Standards Council of Canada (SCC) i CSA International. Drugo poboljšano izdanje IWA 1 je izdato 2005-tegodine.

neželjenog ishoda i preventivno djelovanje kao i smanjenje oscilacija kvaliteta procesa pružanja usluge i organizacionih propusta (npr. aktivnosti praznog hoda). Standard IWA 1 je fokusiran na postizanje stalnih poboljšavanja mjerenih kroz zadovoljstvo pacijenta i ostalih zainteresovanih strana. On daje smjernice i preporuke za upravljanje procesima, kroz stalna mjerenja, kontrolu i unapređenja. ISO IWA 1 nije namijenjen za sertifikaciju, regulatorne ili ugovorne potrebe, ni kao vodič za implementaciju ISO 9001.

5.3. Politika upravljanja, ciljevi, strategije i planovi u zdravstvenim ustanovama

Zdravstvena ustanova, kao poslovni sistem, bez obzira na vlasničku strukturu, ima zakonsku obavezu da politiku, ciljeve, strategije i planove donosi u skladu sa nacionalnom zdravstvenom politikom.

Politika upravljanja zdravstvenom ustanovom mora biti usmjerena na postizanje šest dimenzija kvaliteta zdravstvene usluge, kao glavnim izlazom iz ove vrste organizacionog sistema. Bezbjednost, efektivnost, svrsishodnost, učešće pacijenta, dostupnost i efikasnost, kao šest dimenzija kvaliteta (po definiciji WHO) kroz politiku zdravstvene ustanove trebaju biti definisani kao šest ciljeva za koje se razvijaju pojedinačne strategije. Ove strategije moraju biti komplementarne i kompatibilne, kako bi konačni ishod njihove realizacije bio najbolji mogući kvalitet pružene usluge. Na taj način se postiže zadovoljenje potreba i zahtjeva pacijenata, kao glavnog ulaznog zahtjeva u ovaj sistem.

Politika upravljanja mora biti usmjerena u pravcu ostvarenja osnovne misije organizacije, istovremeno uvažavajući potrebe svih zainteresovanih strana.

Kao i mnogi drugi sistemi, i zdravstvena ustanova ima više od jednog ulaznog zahtjeva i jednog izlaza iz sistema. Moglo bi se reći da je po pitanju ulaznih zahtjeva, koji definišu kvalitet izlaza, zdravstvena ustanova specifično složen sistem. Osim glavnog ulaza, potreba i zahtjeva pacijenata, postoje i drugi ulazni zahtjevi koji se moraju uzeti u obzir. To su zahtjevi zakona, stručnih normativa i standarda. Ovi zahtjevi definišu kvalitet, ne samo pružene usluge, već i drugih izlaza iz ovog sistema kao što su: dokumentacija, informacije, otpad, i dr. Da bi se obezbijedila sinhronizacija svih ulaznih zahtjeva sa svim izlazima neophodno je upravljati procesima tokom kojih se vrši transformacija ulaza u izlaze. Upravljanjem procesima se moraju objediniti svi djelovi organizacionog sistema.

Jedinstvena politika organizacionog sistema treba da bude uravnotežena u odnosu na zahtjeve svih sistema menadžmenta koje treba uspostaviti u specifično složenom organizacionom sistemu kao što je bolnica. Njihovom integracijom kroz zajednički sistem upravljanja se postiže zadovoljenje potreba i zahtjeva različitih zainteresovanih strana.

5.4. Procesni pristup za uspostavljanje QMS-a u bolnicama

Procesni pristup, definisan standardom, treba da omogući uspostavljanje QMS-a kojim se postižu stalna poboljšavanja kvaliteta usluge na način zadovoljenja zahtjeva i potreba korisnika. Pristup uspostavljanju QMS-a se oslanja na osam principa s naglaskom na tri bazne tačke:

- okrenutost korisnicima
- procesni pristup i
- princip stalnih poboljšavanja.

Da bi se postigla stabilnost i konzistentnost QMS-a ove tri tačke tj. tri principa, moraju biti dopunjene sa ostalih pet principa, kako bi se uspostavljanje QMS-a razvijalo na sistematičan način kako je i specificirano standardom.

U bolnicama se pruža kompleksna, osjetljiva i visoko personalizovana zdravstvena usluga. Svaka usluga pojedinačno je mreža procesa u kojoj je svaki proces važan jer može da prekine lanac kvaliteta i izazove nezadovoljstvo pacijenta - korisnika. Stoga je neophodno upravljati kvalitetom zdravstvene usluge što treba realizovati procesnim pristupom uspostavljanju sistema menadžmenta kvalitetom.

Najveći doprinos razmatranju koncepta menadžmenta zdravstvenim uslugama je dao Avedis Donabedian⁴⁹ koji ukazuje da se menadžmentom resursima i menadžmentom procesima utiče na ishod, odnosno kvalitet zdravstvene usluge. Iz rezultata njegovih istraživanja se mogu izvesti sledeći zaključci:

- adekvatna struktura organizacionog sistema i menadžment resursima je važan preduslov kvaliteta usluge, ali nije i garant zadovoljstva pacijenta;
- dizajniranje i organizacija procesa omogućavaju da se na pravi način i u punom kapacitetu angažuju raspoloživi resursi za potrebe zadovoljenja zahtjeva i potreba pacijenata, uz minimalne troškove. Fokusiranje na procese, njihov inženjering i dizajniranje omogućava povećanje efikasnosti i efektivnosti procesa, tj. upravljanje kvalitetom usluge i ekonomično upravljanje zdravstvenom organizacijom.
- ishodni pristup - ishod, odnosno izlaz iz procesa, često nije u direktnoj vezi ni sa strukturom ni sa procesom.

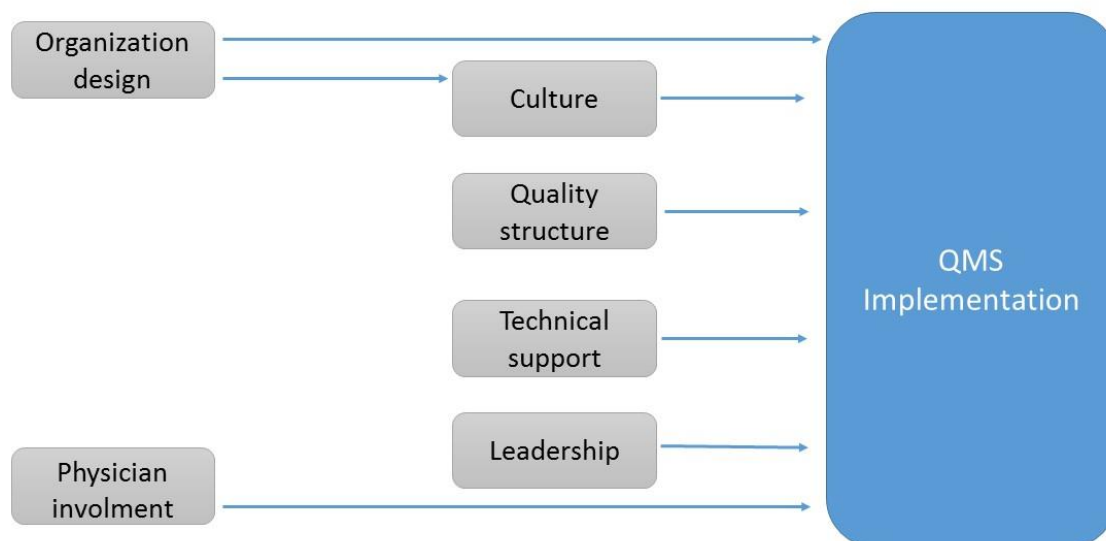
Razmatranje procesa implementacije QMS-a u zdravstvenim ustanovama je u značajnoj mjeri zastupljeno u stranoj literaturi. Dobar primjer je rad grupe autora koji su metodom istraživanja Medline baza podataka opisali proces implementacije QMS-a u bolnicama. Empirijski podaci, sakupljeni iz 533 izvora, i njihova analiza su publikovani u radu "Determinants of quality management systems implementation in hospitals"⁵⁰. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da je kultura organizacije, koja naglašava standarde i vrijednosti povezane sa osjećanjem pripadnosti organizaciji, timskim radom, inovacijom i prihvatanjem promjena, ključ uspjeha za imlementaciju QMS-a. Ova kultura mora biti podržana dovoljnom tehničkom kompetentnošću kako bi bilo moguće primijeniti pristup naučnog rješavanja problema. Jasna i ravnomjerna raspodjela funkcija QMS-a unutar organizacijske strukture je važnija od uspostavljanja formalne strukture kvalitete. Pored vođstva upravljanja, uključenost ljekara takođe igra

⁴⁹ Avedis Donabediann (1919-2000), ljekar i osnivač studija kvaliteta zdravstvene zaštite i istraživanja medicinskih ishoda, najpoznatiji kao autor „The Donabedian Model of Care“.

⁵⁰ Viera Wardhani and others, „Determinants of qualiti management systems implementation in hospitals“, Health Policy, March, 2009. god.

važnu ulogu u sprovođenju QMS-a. Kao zaključak se navodi da su: „Tokom ovog istraživanja identifikovani šest podržavajućih i ograničavajućih faktora koji određuju primjenu QMS-a. To su kultura organizacije, dizajn organizacione strukture, rukovodstvo za dostizanje kvaliteta, angažovanje ljekara, kvalitet strukture i tehnička stručnost”. Implementacija QMS-a po modelu prikazanom na slici 5.2. omogućava tranziciju QMS-a u TQM.

Conceptual Model of Factors Influencing TQM implementation in hospitals*



*„Determinants of quality management systems implementation in hospitals“, Viera Wardhani and others, Health Policy, 2009

Slika 5.2. Konceptualni model faktora koji utiču na implementaciju TQM-a u bolnicama⁵¹

Svrha imlementacije QMS-a u bolnicama je ispunjenje potreba i zahtjeva pacijenata, kao ulaznih zahtjeva u proces, u skladu sa prvim i najvažnijim principom QMS-a okrenutost korisnicima. Transformacija ulaza u izlaze se dešava tokom procesa pružanja usluge u skladu sa definicijom standarda ISO 9000 da „**svaka aktivnost, ili skup aktivnosti, koja prima ulazne elemente i pretvara ih u izlazne elemente može se posmatrati kao proces**“.

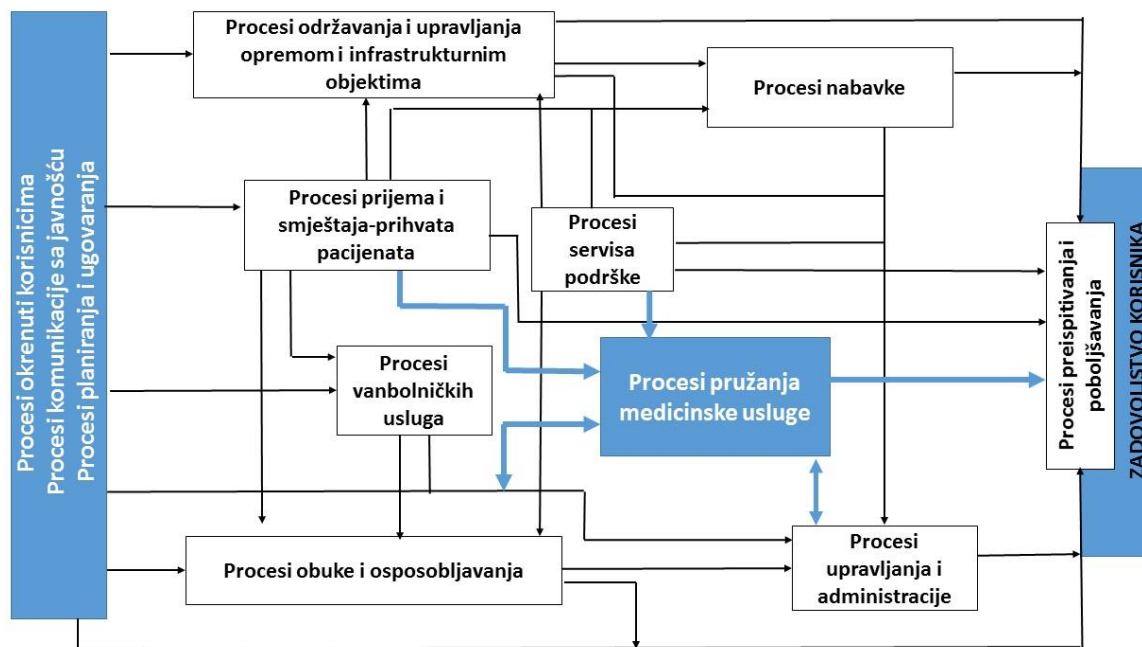
Procesni pristup definiše tri grupe procesa:

- procesi koji direktno utiču na zadovoljenje zahtjeva i potreba pacijenata,
- grupa procesa koji su podrška prvoj grupi procesa da izvrše svoju funkciju i
- procesi upravljanja (ISO 9004).

Sistematičan pristup implementaciji QMS-a zahtijeva projektovanje mreže procesa koja treba da poveže sve tri vrste procesa u zdravstvenoj ustanovi i obezbijedi zadovoljenje potreba i pacijenata i onih koji izvršavaju procese.

⁵¹ Viera Wardhani and others, „Determinants of qualiti management systems implementation in hospitals“, Health Policy, March, 2009.

Povezivanjem sve tri vrste procesa se omogućava usklađenost mogućnosti, produktivnosti, zahtjeva, mobilizacije kadrova, obuke i drugih faktora. Arhitektura mreže procesa u čijem fokusu je proces pružanja medicinske usluge je prikazana na slici 5.3.



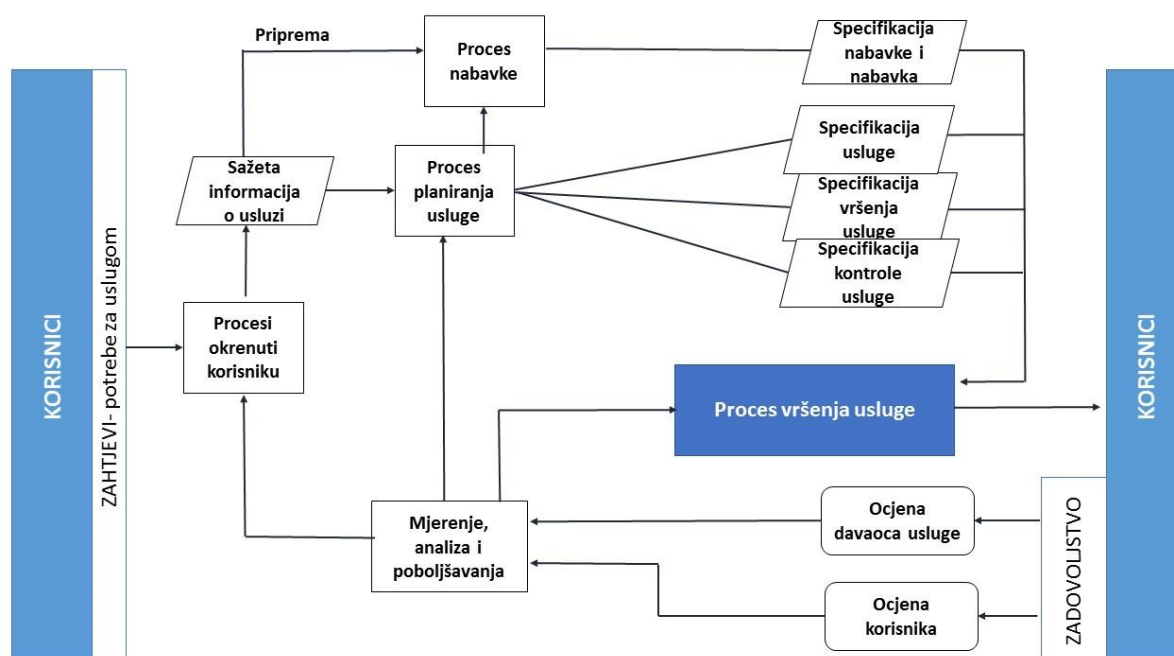
5.3. Mreža procesa u bolnici

Svaka zdravstvena usluga, kako je prikazano na slici, je povezana sa procesima podrške i upravljanja. Ona je takođe paket međuzavisno povezanih i neodvojivih usluga koje koriste zajedničke kadrovske, infrastrukturne i finansijske resurse bolnice. Step en korišćenja resursa neophodnog za realizaciju određene usluge zavisi od specifikacije same usluge.

Specifikacija usluge se pravi na osnovu procesa planiranja usluge koji proizilazi iz zahtjeva i potreba pacijenta, kao korisnika (slika 5.4). U standardu ISO 9004 je detaljno razrađen postupak prepoznavanja zahtjeva korisnika kako bi se na osnovu njih specificirao sadržaj procesa vršenja usluge. Pri specifikaciji zdravstvene usluge je neophodno uzeti u obzir i zahtjeve zakona i stručnih normativa.

Petlja kvaliteta usluga prikazana na slici 5.4. je dizajnirana na osnovu uputstava koja više nijesu sastavni dio ISO standarda, ali je za potrebe analiziranja procesa pružanja zdravstvene usluge pogodan alat.

Ovom petljom se razrađuju odnosi između zahtjeva korisnika i procesa vršenja usluge, kao i veza između procesa vršenja usluge i zadovoljstva korisnika i pružaoca usluge. Kroz proces nabavke se specificira angažovanje svih resursa neophodnih za realizaciju određene usluge.



5.4. Petlja kvaliteta zdravstvene usluge

Grafički prikaz petlje kvaliteta zdravstvene usluge ukazuje da se specifikacija usluge, vršenje usluge i kontrola kvaliteta vrši na osnovu pripremnih aktivnosti a to su procesi planiranja usluge.

Proces planiranja usluge u konkretnom slučaju obuhvata:

- potrebne resurse za realizaciju procesa koji moraju biti precizno specificirani,
- specifikaciju usluge,
- specifikaciju procesa vršenja usluge i
- specifikaciju kontrole usluge.

Petlja kvaliteta određene usluge omogućava razumijevanje procesa. Dekomponovanjem procesa na aktivnosti i operacije - zadatke i definisanjem veza između njih (ulazi, izlazi, dokumentovanje i dr.) se postiže arhitektura procesa. Na taj način se postiže razumijevanje sadržaja procesa što omogućava upravljanje njime, a upravljanje procesom je uslov za stalna poboljšavanja njegovih performansi.

Samo ukoliko se proces planiranja usluge oslanja i na podatke dobijene analizom ocjene korisnika usluge i ocjene davaoca usluge postiže se uravnotežen pristup.

Ukoliko se uzme u obzir složenost bolnice kao organizacionog sistema, kompleksnost procesa koji se realizuju i širina palete različitih usluga, nameće se potreba da se procesni model QMS-a razrađuje za specifične grupe bolničkih usluga. Zato se, za potrebe ovog rada, sugerše razvoj modela u odnosu na jedan, izabrani proces vršenja usluge koji direktno utiče na zadovoljenje zahtjeva i potreba pacijenta.

Pri svemu tome treba imati u vidu činjenicu da svaki proces pružanja usluge koji direktno utiče na zadovoljenje zahtjeva i potreba pacijenta koristi dio ukupnih resursa

i procese podrške zdravstvene ustanove i da ono što se dešava u procesu to se dešava u mreži procesa, a to se dešava i u cijelom organizacionom sistemu.

5.5. Integracija sistema upravljanja

Uspješnost upravljanja zdravstvenom ustanovom se mjeri efikasnošću i efektivnošću upravljanja glavnim procesima koji direktno utiču na kvalitet zdravstvene usluge. Glavni procesi su na posredan ili neposredan način vezani za sve procese podrške u organizaciji i uslovljeni kvalitetom realizacije tih procesa. Stoga se i njihovi zahtjevi procesa podrške za implementacijom standarda moraju uzeti u obzir prilikom procjene efikasnosti i efektivnosti realizacije glavnih procesa.

Arhitektura mreže procesa je rješenje za efikasan i efektivan rad zdravstvene ustanove. Nema dobre hirurgije bez dobre laboratorije, dobre transfuzije ili dobrog održavanja. Osim pacijenata postoji veliki broj zainteresovanih strana čije potrebe i zahtjevi su, osim za zahtijevani kvalitet zdravstvene usluge, vezani za druge ulazne zahtjeve i druge izlaze iz sistema. Da bi se postiglo efikasno i efektivno upravljanje ovako složenim organizacionim sistemom neophodno je zadovoljiti i zahtjeve pacijenata i zahtjeve drugih zainteresovanih strana. To nameće potrebu implementacije QMS-a, ali i drugih sistema menadžmenta.

Postavlja se pitanje izbora pristupa koji bi omogućio integraciju svih sistema menadžmenta koje treba implementirati. Izabrani pristup mora garantovati stabilnost sistema i omogućiti vrhovnom rukovodstvu konzistentnost upravljanja na svim nivoima i u svim segmentima organizacionog sistema.

Najprihvatljivija definicija IMS-a sa stanovišta najvišeg rukovodstva organizacije glasi:

“Integrirani sistem menadžmenta je sveobuhvatni alat menadžmenta koji povezuje sve elemente poslovnog sistema u jedinstven i cjelovit sistem upravljanja procesima u organizaciji radi zadovoljavanja zahtjeva zainteresovanih strana i ostvarivanja poslovnih ciljeva u skladu sa vizijom i misijom organizacije.”⁵²

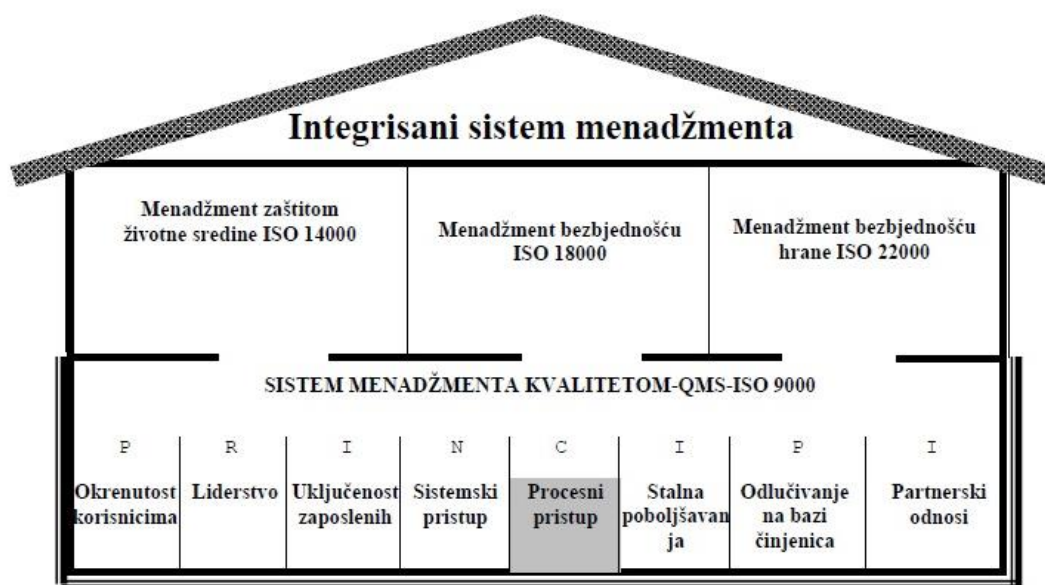
Ova definicija ukazuje na pravac integracije, a to je integracija različitih sistema menadžmenta kroz glavne procese koji direktno utiču na zadovoljstvo pacijenta. Svi ostali procesi koji se dešavaju u organizacionom sistemu moraju zadovoljiti kriterijume koji važe za glavne procese.

Najvažniji zahtjev koji moraju ispuniti glavni procesi u zdravstvenoj ustanovi je stalno unapređivanje kvaliteta koje se postiže procesnim pristupom uspostavljanju QMS-a. Osam principa QMS-a su zajednički imenitelj QMS-a i ostalih sistema menadžmenta i kohezioni faktor integracije, što je prikazano na slici 5.5.

Procesni pristup kao integraciona osa je princip koji u sebi sadrži elemente svih ostalih principa. Ovakav pristup integraciji više sistema menadžmenta omogućava da se

⁵² [45] - M. J. Perović, „Procesni pristup integrisanom sistemu menadžmenta“, 33.Nacionalna konferencija o kvalitetu, Kragujevac, maj 2006. god.

dobije širi, obuhvatniji i snažniji integrisani sistem menadžmenta (IMS), kojim se zadovoljavaju potrebe i zahtjevi korisnika i ostalih zainteresovanih strana.



Slika 5.5. Integrirani sistem menadžmenta

Sistem menadžmenta kvalitetom je onaj dio sistema menadžmenta organizacije koji se usredsređuje na ostvarenje rezultata u vezi sa ciljevima kvaliteta. Ciljevi kvaliteta upotpunjavaju ciljeve organizacije, kao što su: rast, finansije, profitabilnost, zaštita životne sredine, bezbjednost i zaštita na radu. Razni djelovi sistema menadžmenta organizacije mogu se integrisati sa QMS-om, u jedinstven sistem menadžmenta korišćenjem zajedničkih elemenata. Integrisanje omogućava olakšano planiranje, raspoređivanje resursa, definisanje komplementarnih ciljeva i ocjenjivanje ukupne efektivnosti organizacije.

Uspješno vođenje organizacije treba da bude sistematično, transparentno i sistemski orijentisano, sa stalnim poboljšavanjima performansi, okrenuto prema korisnicima i zainteresovanim stranama. Ukupni menadžment organizacijom sadrži menadžment kvalitetom i ostale sisteme menadžmenta, što čini jedan sveobuhvatni, konzistentni i nekonfliktni skup.⁵³

Iz navedenog proizilazi da je osnov za integraciju svih sistema menadžmenta sistem menadžmenta kvalitetom jer „Sistem menadžmenta kvalitetom podstiče organizacije da analiziraju zahtjeve korisnika, definišu procese koji doprinose realizaciji usluge koja je prihvatljiva za korisnika i da drže te procese pod kontrolom. Sistem menadžmenta kvalitetom može dati okvir za stalna poboljšavanja kojima se povećava vjerovatnoća da se postigne povećavanje zadovoljenja korisnika i zadovoljenje ostalih zainteresovanih strana. Time se kod organizacije i njenih korisnika obezbjeđuje povjerenje da je moguće pružati usluge koje konstantno ispunjavaju zahtjeve.“(ISO 9000:2009, tačka 2.1)

⁵³ [45] - M. J. Perović, „Procesni pristup integrisanom sistemu menadžmenta“, 33.Nacionalna konferencija o kvalitetu, Kragujevac, maj 2006. god.

Predloženim pristupom implementaciji različitih sistema menadžmenta, od kojih svaki ima svoj parcijalni cilj, se postiže ravnoteža i zadovoljenje zahtjeva svih zainteresovanih strana.

5.5.1. Predlog jedinstvene politike koja bi bila uravnotežena u odnosu na sve sisteme menadžmenta

Da bi se omogućilo integrisano i sinhronizovano usmjeravanje poslovnih aktivnosti ka izabranom cilju, tj. dostizanju prepoznate vizije, neophodno je definisati jedinstvenu politiku organizacionog sistema. Ona mora biti zasnovana na politici kvaliteta i integrisati različite podsisteme organizacionog sistema.

Klinički centar kao složeni sistem se sastoji od 28 specijalizovanih podsistema koje se bave pružanjem zdravstvene usluge i imaju definisan sistem upravljanja kao dio cjelokupnog sistema upravljanja organizacijom. Njihovo funkcionisanje je direktno povezano i uslovljeno funkcionisanjem službi podrške i servisa. Službe podrške i servisa imaju svoje sisteme upravljanja koji su takođe podsistemi sistema upravljanja cjelokupnom organizacijom - Kliničkim centrom, što je prikazano na slici 5.6.



Slika 5.6. Odnos specijalizovanog podsistema sa podsistemima podrške i servisa u KCCG

Za svaki od podsistema upravljanja, bilo da je u pitanju specijalizovani podsistem ili podsistem podrške i servisa, postoje zakonski zahtjevi i zahtjevi i potrebe zainteresovanih strana za uspostavljanjem određenog sistema menadžmenta u skladu sa pripadajućim standardom.

U tabeli 5.1. je za svaki od odnosnih sistema menadžmenta kvalitetom ukazano na direktne i indirektno zainteresovane strane, u odnosu na organizacioni sistem kao što je bolnica, i njihove potrebe. Standard ISO 26000 - Društvena odgovornost ispunjava zahtjeve svih zainteresovanih strana, iako se ne sertifikuje, kako je već konstatovano.

Tabela 5.1. Zahtjevi i očekivanja zainteresovanih strana u odnosu na standarde

Zainteresovane strane	ISO 9001	ISO 14000	OHSAS 18000	ISO 27000	ISO 22000	ISO 31000	ISO 26000
Pacijenti i rodbina	x	x	x	x	x	x	x
Zaposleni	x	x	x		x	x	x
Menadžment	x	x	x	x	x	x	x
Sindikat	x		x			x	x
Ministarstvo zdravlja	x	x	x	x	x	x	x
Fond zdravstva	x					x	x
Ostale zdravstvene ustanove	x	x	x	x	x	x	x
Fakulteti, više i srednje škole	x		x			x	x
Ljekarska komora	x					x	x
Javnost	x					x	x
Mediji	x					x	x
NVO	x	x				x	x
Dobavljači medicinske opreme i repromaterijala	x	x	x			x	x
Dobavljači nemedicinske opreme i repromaterijala	x	x	x		x	x	x

U svakom od navedenih standarda se kao zainteresovana strana pojavljuje i Država sa potrebom ispunjavanja zakonskih i drugih obavezujućih zahtjeva.

Analizom podataka iz tabele 5.1. se uočava veliki broj zainteresovanih strana i veliki broj standarda koje zahtijevaju. Takođe se uočava da određeni standardi zadovoljavaju potrebe i zahtjeve svih zainteresovanih strana, dok su određeni standardi zahtjevi samo direktno zainteresovane strane, što ne umanjuje značaj njegove implementacije. Integracijom svih zahtjeva standarda, odnosno sistema menadžmenta, integrišu se njihovi ciljevi, što omogućava integraciju pojedinačnih politika u jedinstvenu politiku upravljanja organizacionim sistemom.

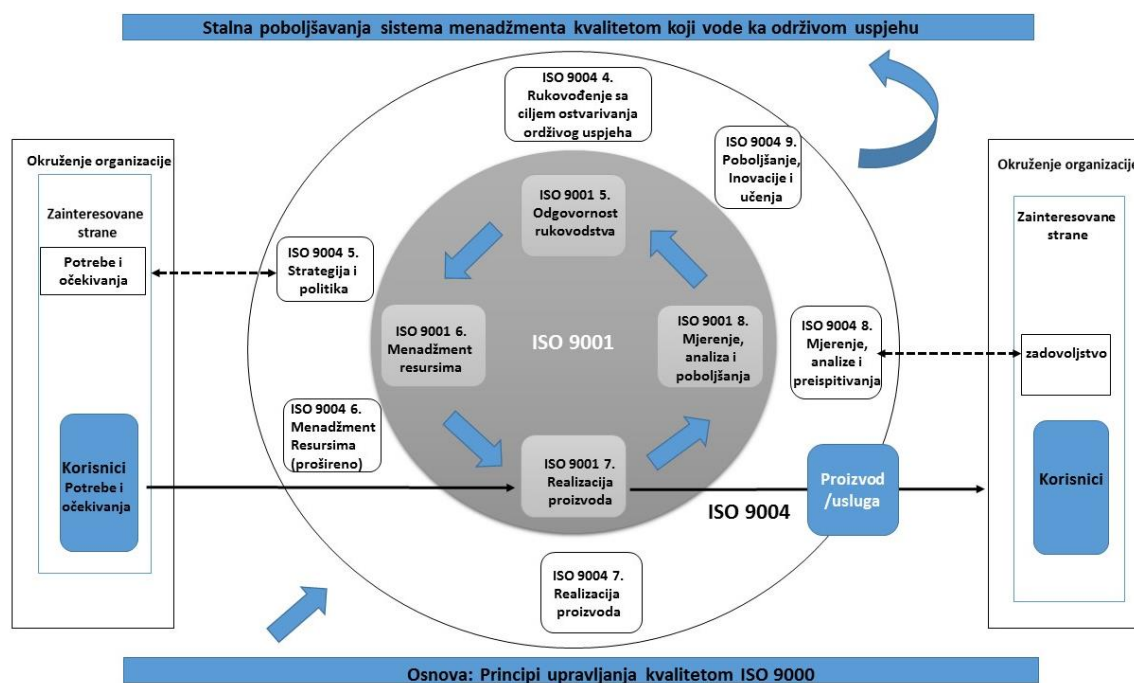
Ova integracija se može zasnivati na :

- integraciji sistema menadžmenta isključivo kroz procese postojećeg sistema upravljanja i
- ugrađivanju zahtjeva standarda u postojeće podsisteme upravljanja tako da postanu neodvojivi dio aktivnosti i rada menadžmenta.

Jedinstvena politika upravljanja treba da bude zasnovana na Integrisanom modelu sistema menadžmenta. Svaki sistem upravljanja pa i integrisani sistem upravljanja predstavlja skup međusobno povezanih ulaza, procesa i izlaza unutar upravljačkog sistema i objekata upravljanja. Implementacija IMS-a zahtijeva kompletnu integraciju

(vertikalnu i horizontalnu) kroz sve nivoe organizacije na što nam ukazuju literaturni izvori.⁵⁴

Slika 5.7. u nastavku ukazuje da je jezgro integracije standard ISO 9001 (QMS) kao generički standard, a osnova integracije osam principa QMS-a. Uključivanje potreba i zahtjeva zainteresovanih strana omogućava ISO 9004, koji je kompatibilan sa ostalim sistemima menadžmenta.



Slika 5.7. Prošireni model sistema upravljanja zasnovan na procesima prema ISO 9004

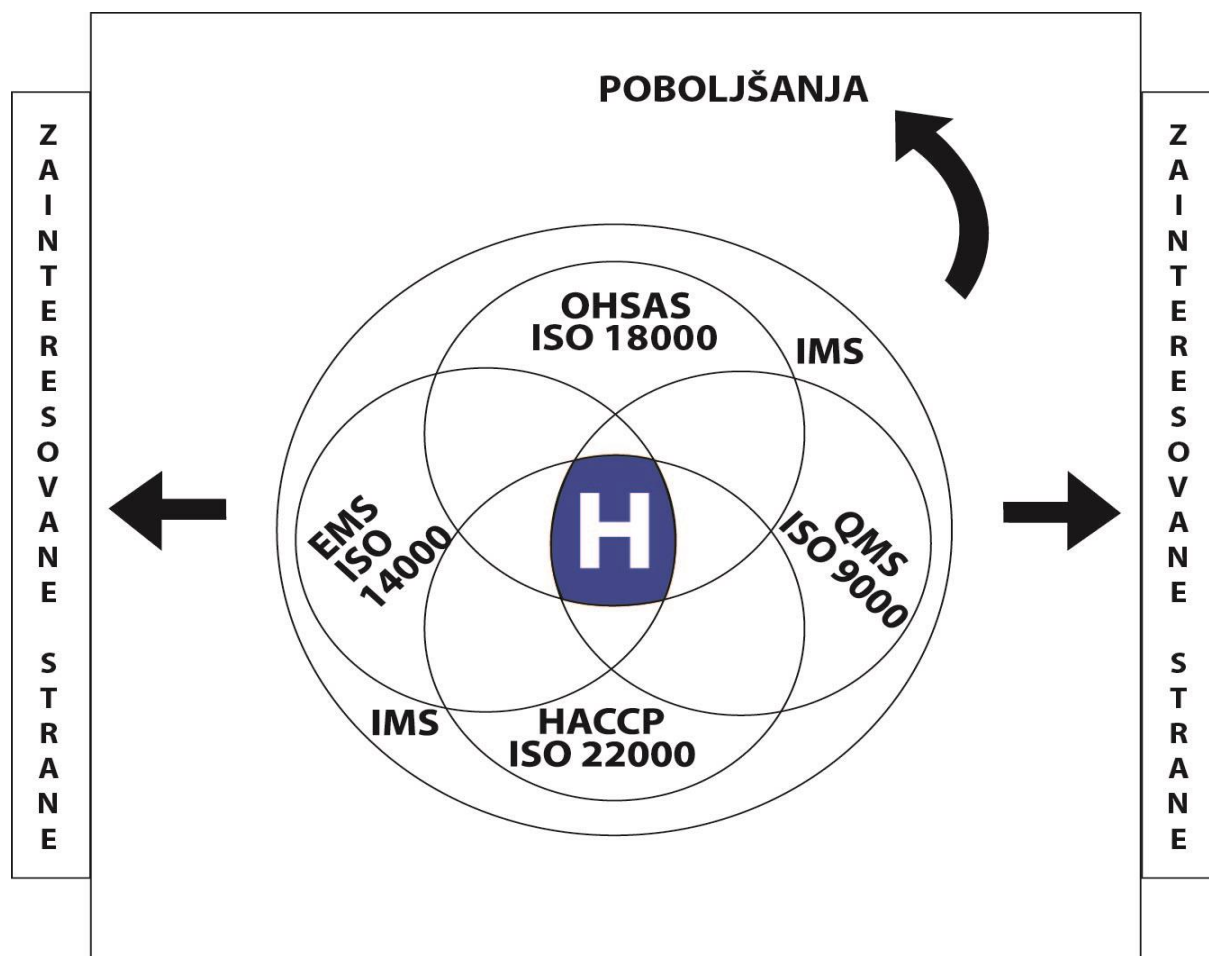
Ovako projektovan integrisani sistem menadžmenta povezuje sve elemente poslovnog sistema u jedinstven i cjelovit sistem upravljanja procesima što je način da se efikasno i efektivno upravlja organizacijom. Razvoj i implementacija IMS-a omogućavaju najvišem rukovodstvu da u svakom momentu ima pouzdane informacije na nivou cjelokupnog poslovnog sistema, umanjuju opasnosti konflikta, rezultira podrškom zaposlenih, obezbjeđuje kvalitetnu obuku, obezbjeđuje cjelovito praćenje odvijanja procesa u organizaciji i stalna poboljšavanja.

Da bi se implementirao IMS i odredio nivo uređenosti poslovnog sistema bolnice, neophodno je snimiti „dijagram poslovnih procesa“, koji predstavlja dobar alat za ovu analizu. Na osnovu matrice odgovornosti i dijagrama poslovnih procesa moguće je utvrditi kako su ili kako će biti, zahtjevi standarda koji čine obuhvat IMS-a, implementirani u svim procesima organizacije, a naročito u osnovnim procesima.⁵⁵

⁵⁴ Muhammad Asif, (School of Management and Governance, University of Twente, Enschede, The Netherlands), Erik J. de Bruijn, Olaf A.M. Fisscher, Cory Searcy, Harm-Jan Steenhuis, (2009) "Process embedded design of integrated management systems", International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 26 Iss: 3, pp.261 - 282

⁵⁵ [2] - M. J. Perović, Z.Krivokapić, „Menadžment kvalitetom usluga“, Podgorica, 2007. god.

U bolnici kao kompleksnom organizacionom sistemu se ispostavlja zahtjev za implementacijom minimum sledećih sistema menadžmenta: kvalitetom, bezbjednosti i zaštitom na radu, zaštitom životne sredine i zdravstvene bezbjednosti hrane, što je prikazano na slici 5.4. Ovakva struktura IMS se naziva „Bazni IMS“.



Slika 5.8. IMS bolnice koji ispunjava minimum zahtjeva zainteresovanih strana

Organizacija se nalazi pred izazovom kako da razvije i implementira IMS tako da istovremeno zadovolji zahtjeve standarda ISO: 9001 (QMS), 14001 (EMS), OHSAS 18001 i 22000 (HACCP).

Suština standarda za sisteme menadžmenta je upravljanje procesima. Korišćenje modela Sistema menadžmenta kvalitetom zasnovanog na procesima (slika 4.2.) za razvoj i realizaciju IMS, omogućava praćenja i upravljanja svim bitnim poslovnim aktivnostima u organizaciji.

U strukturi poslovnih procesa svi procesi nemaju isti potencijal za integraciju zahtjeva različitih standarda. U okviru Baznog IMS-a (na osnovu zahtjeva QMS, EMS, OHSAS i HACCP), procesi koji imaju najveći potencijal za integraciju zahtjeva za kvalitet proizvoda / usluga, su:

- Upravljanje dokumentima;
- Upravljanje zapisima;
- Strateško planiranje i upravljanje organizacijom (preispitivanje od strane rukovodstva);
- Upravljanje ljudskim resursima (obrazovanje i obuka zaposlenih);
- Upravljanje razvojem i projektovanjem;
- Upravljanje realizacijom usluge / proizvoda;
- Upravljanje mjernom, ispitnom i kontrolnom opremom;
- Održavanje opreme;
- Upravljanje nabavkom poluproizvoda, komponenti i usluga;
- Korektivne mjere;
- Preventivne mjere i
- Interne provjere.⁵⁶

Na osnovu izloženog se može izvesti zaključak da postupak implementacije standarda u bolnici treba započeti uspostavljanjem sistema menadžmenta kvalitetom. Procesni pristup će omogućiti postepeno uklapanje zahtjeva ostalih sistema menadžmenta. Na taj način se postiže potpuna kompatibilnost različitih sistema menadžmenta što omogućava kontinuirana poboljšavanja u cilju ostvarenja misije i dostizanja vizije zdravstvene ustanove. Jedinstvena politika koja će biti usaglašena sa svim sistemima menadžmenta za osnovu treba da ima politiku izrađenu na principima QMS-a dopunjenu elementima drugih sistema menadžmenta i zahtjevima nacionalnih zakona koji odgovaraju svrsi organizacije i potrebama i zahtjevima zainteresovanih strana.

Na taj način poslovni proces postaje osnovni element integracije zahtjeva svih standarda IMS i svih zainteresovanih strana, na koje se odgovara u svakom dijelu podprocesa ili aktivnosti, u skladu sa procedurom ili uputstvima.

Odgovornost menadžmenta je da definiše jedinstvenu poslovnu politiku kojom će biti propisano dokumentovanje, postupci realizacije i mjerenje performansi procesa i odgovornosti za realizaciju procesa. Dodjeljivanje odgovornosti zaposlenog čini „vlasnikom procesa“ pa je uz druge učesnike u realizaciji procesa odgovoran za realizaciju poslovne politike preduzeća.

Izloženi pristup umanjuje mogućnost zabune i izostavljanja sprovođenja nekih važnih zahtjeva, naročito kada se sa njima upoznaju novi radnici koji se uključuju u pojedine aktivnosti u procesu.

⁵⁶ [45] - M.J.Perović, „Procesni pristup integrisanom sistemu menadžmenta“, 33.Nacionalna konferencija o kvalitetu, Kragujevac, maj 2006. god.

5.5.2. Integracija sistema upravljanja prema Annexu SL

Potreba da se značajno pojednostavi integracija sistema upravljanja je rezultirala izradom zajedničkog teksta koji će svi standardi za sisteme menadžmenta morati da koriste, kako bi se stvorila univerzalna struktura standarda. Ovaj tekst je postao jedan od priloga ISO/IEC Directives, Part 1 Consolidated ISO Supplement - Procedures specific to ISO, poznat kao „Anex SL, dodatak 3“. Naziv priloga - Aneksa SL je : „Struktura visokog nivoa, identični ključni tekst i zajednički termini, kao i ključne definicije za korišćenje u standardima za sisteme menadžmenta.“

Smisao integracije primjenom Anexa SL, kao uputstva za pisanje standarda, nije stvaranje nekog novog sistema upravljanja, nego unificiranje istih procesa. Ovakvim pristupom se automatski olakšava integracija svih ISO sistema upravljanja kroz konzistentnost standarda. Neki zahtjevi više neće biti potrebni a redukuje se obaveza dokumentovanja svih procedura.

Među 20 ključnih izmjena mogu se izdvojiti:

- razumijevanje organizacije i njenog konteksta, kao potpuno novi zahtjev čiji je cilj da organizacija utvrdi interna i eksterna pitanja koja imaju ili mogu imati uticaj na poslovanje organizacije,
- uzimanje u obzir zahtjeva i očekivanja svih zainteresovanih strana,
- potencira se značaj upravljanja procesima uz obavezu da se imenuje odgovorna osoba za proces i da se za svaki proces utvrde indikatori performansi procesa koji se mjere i prate,
- povećani su zahtjevi za najviše rukovodstvo od koga se zahtijeva da preuzme ukupnu odgovornost za sistem menadžmenta kvalitetom i da obezbijedi integrisanje zahtjeva u poslovne procese organizacije,
- procjena rizika, kako prilikom planiranja Sistema menadžmenta kvalitetom tako i prije sprovođenja planiranih izmjena u organizaciji (organizacionih, tehnoloških, personalnih, informatičkih i dr .), postaje zahtjev standarda,
- potpuno novi zahtjev da se unaprijed utvrde potrebe za kvalifikacijama (znanjem) učesnika procesa.

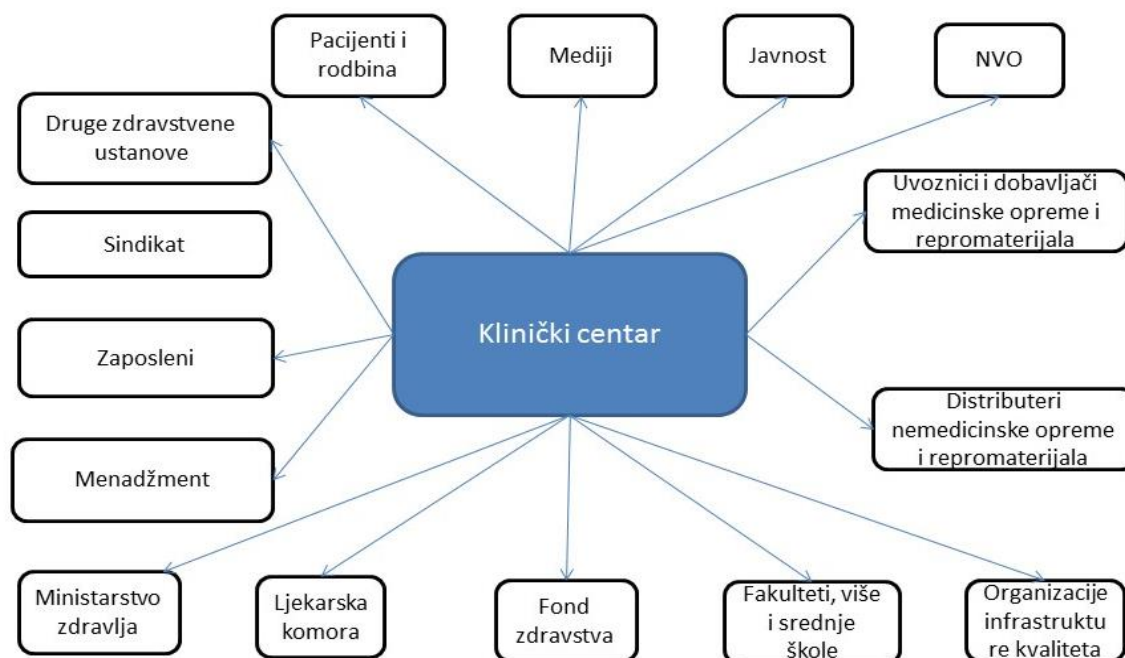
Primjenom Anexa SL buduće revizije standarda i novi standardi treba da budu zasnovani na istim principima i strukturi tako da se kao korist očekuje značajno pojednostavljenje integracije. U toku je nova revizija standarda koja će biti usklađena sa Annexom SL. U nacrt standarda ISO 9001:2015 unešene su značajne izmjene u odnosu na verziju ISO 9001:2008.⁵⁷

Nova verzija ISO 9001 donosi dosta novina, koje je ovo istraživanje već prepoznalo i ugradilo ih u pristupe razvoju QMS-a u zdravstvu.

⁵⁷ [16] - Branislava Milovanov „20 ključnih izmjena u standardu ISO CD 9001:2015“, Naučni skup „Sistem kvaliteta uslov za uspješno poslovanje i konkurentnost“, Kruševac, 2013. god.

5.6. Zainteresovane strane i balansiranje njihovih interesa

Veliki broj zainteresovanih strana, od kojih svaka ima posebne zahtjeve i očekivanja ukazuje na značaj upravljanja kvalitetom zdravstvene usluge.



Slika 5.9. Zainteresovane strane u odnosu na Klinički centar CG

Slikom 5.9. su prikazane zainteresovane strane u odnosu na Klinički centar CG a u tabeli 5.2. navedeni njihovi zahtjevi i stepen uticaja na funkcioniranje KCCG-a.

Tabela: 5.2. Zahtjevi i stepen uticaja zainteresovanih strana na funkcioniranje KCCG

Zainteresovana strana	Uticaj i zahtjevi zainteresovane strane u odnosu na KCCG	Procesi u kojima imaju uticaja	Direktno/ indirektno učešće
Pacijenti	Zahtjevi u skladu sa Ustavom i Zakonom o pravima pacijenta	procesi pružanja zdravstvene usluge	direktno
Druge zdravstvene ustanove	Saradnja i upućivanje pacijenata u KCCG kao jedinu zdravstvenu ustanovu tercijernog nivoa zaštite	prihvata pacijenata i otpust na dalje liječenje	direktno i indirektno
Institut za javno zdravlje	Nadzor, izrada standarda i normativa zdravstvenih resursa	svi procesi rada	direktno i indirektno

Nastavak tabele 5.2

Zainteresovana strana	Uticaj i zahtjevi zainteresovane strane u odnosu na KCCG	Procesi u kojima imaju uticaja	Direktno/ indirektno učešće
Sindikat	Zastupanje radnika i zaštita njihovih prava	svi procesi rada	direktno
Zaposleni	Ovlašćenja i odgovornosti za proces rada.	svi procesi rada	direktno
Menadžment	Odgovornost za realizaciju poslovne politike organizacije.	upravljanje	direktno
Ljekarska komora	Zaštita profesionalnih interesa	izdavanje licenci , i kontrola rada ljekara	direktno i indirektno
Fond zdravstva	Finansiranje i kontrola namjenskog utroška sredstava.	ekonomsko-finansijski poslovi	direktno i indirektno
Fakulteteti, više i srednje škole	KCCG je baza za nastavnu i naučno-istraživačku djelatnost.	pružanje zdravstvene usluge	direktno i indirektno
Organizacije infrastrukture kvaliteta	Razvoj QMS-a i drugih sistema menadžmenta.	sertifikacije i akreditacije	indirektno
Distributeri medic. i nemedic. opreme i repromaterijala	Poštovanje osnovnih načela postupka javnih nabavki, dobri partnerski odnosi	isporuke roba i usluga	indirektno
NVO	Monitoring zdravstvenog sistema.	monitoring	indirektno
Javnost	Odnosi s javnošću su upravljanje komunikacijom između organizacije i njene javnosti ⁵⁸ -(Grunig i Hunt ⁵⁸).	komunikacija	indirektno
Mediji	Objavljivanje i tumačenje informacije.	informisanje	indirektno

Analizom veze (direktna ili indirektna) zainteresovanih strana sa KCCG i njihovog uticaja na efikasnost i efikasnost rada ove ustanove, zainteresovane strane se po značaju svrstavaju u četiri kategorije prikazane u tabeli 5.3.

Tabela 5.3. Uticaj zainteresovanih strana na KCCG

Kriterijum ocjene značajnosti sa stanovišta KCCG-a i kategorizacija uticaja pojedine zainteresovane strane		
I	Menadžment, zaposleni, pacijenti, sindikat, fakulteti, više škole	Direktno učestvuju u procesima pružanja zdravstvene usluge
II	Ministarstvo zdravlja, Institut za javno zdravlje, Ljekarska komora, Fond zdravstva	Uspostavljaju institucionalni i zakonodavni okvir. Vršer kontrolu sprovođenja zakona.
III	Druge zdravstvene ustanove, distributeri medicinske i nemedicinske opreme i repromaterijala, Organizacije infrastrukture kvaliteta	Dobra saradnja i partnerski odnos obezbjeđuje kvalitet usluge.
IV	Javnost, mediji, NVO sektor	Dobra saradnja povećava povjerenje građana u kvalitet rada zdravstvenih radnika i atraktivnost profesije ljekara kao izbora budućeg zanimanja.

⁵⁸ Managing Pubic Relations, Grunig and Hunt, 1984, p.7-8

Iako bi se iz tabele zaključuje da neke zainteresovane strane imaju veći a druge manji uticaj na rad Kliničkog centra CG, upravljanje ovom zdravstvenom ustanovom mora biti organizovano na način da zadovolji sve njihove zahtjeve i potrebe.

5.7. Balansiranje odnosa cijena - kvalitet usluge

Da bi se obezbijedio zahtijevani kvalitet usluge na osnovu normativa i standarda se određuje cijena zdravstvene usluge. Balansiranjem odnosa cijena - kvalitet se održava ekonomska stabilnost zdravstvenog sistema.

*Normativi i standardi zdravstvenih usluga, predstavljaju stručno, naučno i iskustveno dogovorene norme, kojima se na realnim osnovama objektivizuje rad u zdravstvu i garantuje kvalitet usluga.*⁵⁹

Pod kvalitetom zdravstvene usluge (definisano u „Standardi i normativi kadra i zdravstvenih usluga u Crnoj Gori“) podrazumijeva se obučeno osoblje, standardizovanost usluge, prevencija, smanjivanje rizika u radu, efikasnost i efektivnost u postavljanju dijagnoza i sprovođenje terapijskih procedura, široka kultura i komunikacija.

S obzirom da je medicinska usluga specifično kompleksna i visoko personalizovana i u velikoj mjeri procjena njenog kvaliteta subjektivna, objektivizacija kvaliteta usluge se može postići odgovarajućim odnosom specifikacije usluge i cijene usluge.

U normativu predstavljenom u tabeli 5.4. je izložena metodologija određivanja cijene usluge izražene u bodovima u odnosu na specifikaciju usluge i kvalifikacije pružaoca usluge.

Tabela 5.4. Normativ za određivanje cijene usluge na osnovu njene specifikacije

Naziv usluge Timski sastav: ljekar specijalista i medicinska sestra / tehničar	Vrijednost u bodovima
Specijalistički pregled	1,5
Kontrolni pregled specijalistički	1,0
Kontrolni pregled specijalistički - veliki	1,5
Konsultativni pregled specijalistički	2,0
Složeni specijalistički pregled	3,0
Konsultativni pregled profesora u bolničkoj službi Konsultativni pregled kojeg izvrši profesor kod ležećeg bolesnika	4,0
Konsultativni pregled profesora u specijalističkoj polikliničkoj službi	6,0

Tabelarni prikaz jasno ukazuje da cijena usluge zavisi od kompetentnosti i obučenosti medicinskog kadra, kao i od specifikacije usluge.

⁵⁹ [17] – FZCG, IJZ CG, „Standardi i normativi kadra i zdravstvenih usluga u Crnoj Gori, primarna zdravstvena zaštita, preventivna medicina i dijagnostika“, Podgorica, 2002

Cijene usluga u RTG dijagnostici i laboratorijskoj dijagnostici su na osnovu normativa Fonda zdravstvenog osiguranja iz 2012-te godine iskazane komulativno, uključuju uslugu i utrošeni materijal i izražene su novčano.

Kvalitet pružene usluge u RTG dijagnostici izražen kroz cijenu (usluga + utrošeni materijal) je prikazan u tabeli u nastavku:

Tabela 5.5. Normativ za usluge u RTG dijagnostici

MR	Glave bez kontrasta	255,55 eura
	Glave sa kontrastom	313,18 eura
CT	MSCT bez kontrasta	41,52 eura
	MSCT sa kontrastom	62,29 eura
Ultrazvuk	Punkcija ciste pod kontrolom UZ	84,10 eura
	Punkciona biopsija pod kontrolom UZ	12,55 eura

Upoređenjem i analizom cijene i usluge pregleda u RTG dijagnostici se zaključuje da se cijene formiraju na osnovu :

- nabavne cijene aparata kojim se obavlja snimanje,
- cijene održavanja koja obuhvata rezervne djelove, redovne i vanredne servise,
- cijene lijekova / rastvora koji se apliciraju i potrošnog materijala i
- zahtijevanog stepena kvalifikacija i obučenosti pružalaca usluge.

Kako je jasno da je korišćenje savremene tehnologije značajno skuplje ali i da omogućava da se pacijentima pruži kvalitetnija usluga, postavlja se pitanje da li cost efikasnost odnos može biti odlučujući za izbor dijagnostičke metode. Ukoliko maksimalna cost - efikasnost u potpunosti nije saglasna sa šest dimenzija kvaliteta zdravstvene usluga ona kao uslov nije prihvatljiva.

Pružanje zdravstvene usluge menadžment zdravstvene ustanove posmatra u kontekstu upravljanja finansijama a pojedinac, kao pacijent, u kontekstu tretmana bolesti. *Savremeni pristup, po kome je pacijent u fokusu pažnje, na prvo mjesto stavlja bezbjednost pacijenta i minimum rizika po njegovo zdravlje prilikom preduzimanja dijagnostičkih metoda, što najčešće nije u skladu sa analizom troškova u odnosu na kliničku efikasnost.*

6. MJERENJA I UNAPREĐENJE PERFORMANSI PROCESA U URGENTNOM CENTRU

6.1. Opšti pristup

Kvalitet pružene usluge je mjera performansi procesa upravljanja organizacionim sistemom. Da bi se kvalitet usluge unapređivao neophodno je poboljšavati performanse procesa što će dovesti do poboljšavanja performansi sistema.

Mjerenje i praćenje performansi su osnovni alat menadžmenta za vrednovanje procesa i iznalaženje mogućnosti za poboljšavanja u skladu sa ciljevima organizacije.⁶⁰

Usluga je dinamičan proces koga karakterišu:

- neopipljivost - korisnik ne može procijeniti uslugu unaprijed;
- nedjeljivost - usluga se ne može odvojiti od pružaoca usluge;
- promjenljivost - kvalitet usluge zavisi od toga ko je pruža, na koji način i gdje;
- kvarljivost.

Zdravstvena usluga, kao specifična vrsta usluge, ima posebne zahtjeve kvaliteta a mora biti pružena u skladu sa zakonskim i stručnim normativima i zahtjevima standarda. Da bi se postigao zahtijevani kvalitet zdravstvene usluge, koji zadovoljava potrebe i zahtjeve pacijenata i zainteresovanih strana, neophodno je upravljati procesom pružanja usluge koja direktno utiče na zadovoljstvo pacijenta i procesima koji su vezani za njegovu realizaciju. Upravljanje procesima pružanja usluge je zasnovano na mjerenjima efikasnosti i efektivnosti upravljanja organizacionim sistemom što obuhvata praćenja i mjerenja svih ulaza (ulaznih zahtjeva), procesa i izlaza. Na taj način se dobija mjera performansi zdravstvene ustanove. Analizom i poboljšavanjem performansi zdravstvene ustanove se poboljšava kvalitet zdravstvene usluge koja je glavni izlaz iz ove vrste organizacionog sistema.

U skladu sa obrazloženjem iz poglavlja 1 rezultati dobijeni praćenjem, mjerenjem i analizom performansi jednog glavnog procesa pružanja zdravstvene usluge mogu biti prihvaćeni kao rezultati performansi Kliničkog centra kao organizacionog sistema.

Procesni pristup omogućava praćenje puta pacijenta, tj. svih sledljivih i međusobno zavisnih procesa koji čine mrežu procesa pružanja izabrane usluge. Sukcesivno poboljšavanje izlaza iz jednog procesa koji su ulazi u drugi proces dovodi do poboljšanja kvaliteta zdravstvene usluge kao izlaza iz mreže procesa usluge koja se prati, a pruža se u Urgentnom centru. Izlazi iz Urgentnog centra su ulazi u druge specijalizovane podsisteme KCCG. Poboljšani kvalitet usluge, kao izlaz iz Urgentnog centra, daje poboljšani ulaz u drugi podsistem što obezbjeđuje poboljšani kvalitet usluge koja se pruža u Kliničkom centru Crne Gore.

⁶⁰[4] - Z. Krivokapić, „Sistemi menadžmenta kvalitetom“, Podgorica, 2011. god.

6.2. Mjerenje performansi organizacionog sistema

Postupkom mjerenja se dobija informacija o stanju određenog sistema. Mjerenje počinje sa odlukom šta da se mjeri, identifikovanjem odgovarajućih pokazatelja i izbora podataka za njihovo izračunavanje, nastavlja se analizom, sintezom i razumijevanjem procesa mjerenja a završava distribucijom rezultata.⁶¹

Na osnovu dobijenih informacijama se identifikuju:

- stepen podudarnosti sa prihvaćenim principima i praksom (standardima),
- stepen zadovoljenja potreba i zahtjeva pacijenta i zainteresovanih strana i
- stepen dostizanja željenih ishoda u skladu sa raspoloživim resursima.

Po Demingu⁶² treba mjeriti doprinos svakog od podsistema u sistemu kako bi im se omogućilo da se adaptiraju na promjene koje se dešavaju u zdravstvenom sistemu. Stoga se mjeri poslovni proces, organizaciona struktura, motivacija, stil menadžmenta, itd.

S obzirom da proces pružanja zdravstvene usluge čini skup povezanih i međusobno zavisnih procesa, mjerenjem kvaliteta realizacije glavnih procesa, koji daju direktne izlaze iz sistema, se dobijaju informacije o kvalitetu svih procesa podrške, organizacionoj strukturi, upravljanju resursima, i dr.

Uspjeh mjerenja zavisi od pravilnog izbora ključnih indikatora performansi (KPI) i metodologije praćenja, a na osnovu rezultata mjerenja se donose odluke o sprovođenju aktivnosti poboljšavanja.

6.2.1. KPI – ključni indikatori performansi

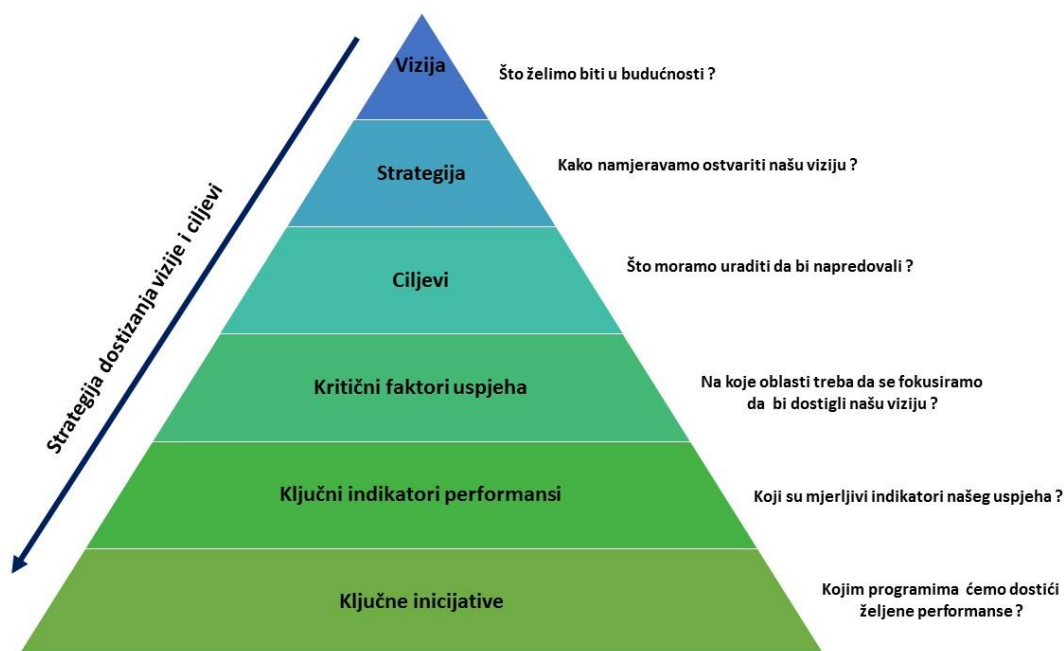
KPI predstavljaju kvantitativne i kvalitativne pokazatelje poslovanja i pomažu organizaciji da definiše i mjeri uspjeh u ostvarivanju svojih ciljeva.

Postupak selekcije i izbora ključnih indikatora performansi (slika 6.1.) sadrži više metodološki povezanih koraka, preko kojih je potrebno definisati upotrebljivost određenog KPI (ko, kada, kako, u kom obliku i na kome mjestu koristi indikator), odnosno postojanje potrebe da se određeni KPI utvrđuje i prati. Neophodno je definisati način identifikacije, prikupljanja, kvantifikovanja, obrađivanja i prezentacije podataka o izabranim performansama.

Identifikacija KPI podrazumijeva pristup od vrha ka osnovi, koji počinje definisanjem vizije, ciljeva i strategije organizacije, nakon čega se definišu relativne funkcije i kritični faktori uspjeha. Uspješan menadžment tokom procesa izbora KPI stalno mora voditi računa o identifikaciji aktivnosti čijom će se realizacijom ostvariti vizija organizacije.

⁶¹ [40] - S. Simić, „Pokazatelji kvaliteta rada i pokazatelji bezbjednosti pacijenata u bolnicama u Evropi i u Svetu- kritički osvrt i predlozi novih pokazatelja“, www.batut.org.rs, snezanas@eunet.rs, preuzeto jun 2014. god.

⁶² Edward William Deming (1900.–1993.) američki naučnik koji je udario temelje modernoj teoriji kvaliteta i značajno pomogao razvoju prakse kvaliteta u čitavom svijetu, prvenstveno u Japanu.



Slika 6.1. Postupak identifikacije KPI - strategijsko usklađivanje ⁶³

Stope, kojima se najčešće predstavljaju indikatori, ne mjere da li je zdravstvena zaštita odgovarajuća ili dobrog kvaliteta. Stope samo kvantifikuju pojavu nekog događaja, ali ne mogu u kvalitativnom smislu biti izvor informacije da li je zaštita ili neka usluga odgovarajuća ili poželjna.

Primjer: mjerenje dužine hospitalizacije u slučajevima nekih hirurških operacija i/ili procedura nije po sebi dovoljno. Taj indikator može biti uspješan samo ako se razmatra u kontekstu drugih faktora, recimo varijacija u prosječnom broju dana hospitalizacije tokom vremena, očekivanom prosječnom broju dana hospitalizacije, očekivanom ishodu nakon hospitalizacije, poređenjem prosječnog ležanja u bolnici s drugim sličnim pacijentima i drugim bolnicama.

Na osnovu indikatora se dobijaju odgovori na pitanja :

- što organizacija radi (procesi)?
- što organizacija postiže (ishod medicinske usluge)?

Odgovori na ova pitanja pokazuju trenutno stanje kvaliteta usluge koja se pruža u zdravstvenoj ustanovi.

S obzirom da je kvalitet višedimenzionalan, osim indikatora za mjerenje performansi potrebno je pratiti i indikatore koji mjere: sigurnost, kompetencije zdravstvenog osoblja, podesnost procedura, efektivnost, efikasnost, kontinuitet zaštite, itd.

Indikatore treba dizajnirati da mjere postignuća postavljenih ciljeva organizacije, ali se u praksi oni najčešće biraju na temelju rutinske raspoloživosti bilo kakvih podataka iz

⁶³ <http://sixsigma.knowledgehills.com/Definition-of-KPI/a59p3> - slobodan prevod

bolničkih registara, organizacijskih protokola, knjiga dežurstva, otpusnih listi, registara kontrolnih pregleda nakon otpusta iz bolnice, itd. U slučajevima kada postojeći podaci nisu pouzdani ili značajni, menadžeri treba da uspostave nove sisteme za prikupljanje podataka.

Zadatak ovog istraživanja je mjerenje kvaliteta zdravstvene usluge koja se pruža u Urgentnom centru kao jednom od specijalizovanih podsistema Kliničkog centra.

*Pokazatelji kvaliteta koji se prate u urgentnoj medicini su:*⁶⁴

- procenat uspešnih kardio - pulmonalnih reanimacija,
- prosječna dužina čekanja na pregled od momenta prijema u zdravstvenu ustanovu i
- postojanje protokola za zbrinjavanje teških multipli trauma u pisanoj formi.

Za ovo istraživanje je značajno pratiti indikator koji daje mjeru prosječne dužine čekanja na pregled od momenta prijema u zdravstvenu ustanovu. Izračunava se kao zbir dužina čekanja svih pacijenata na pregled u minutama, od momenta prijema, podijeljen sa brojem svih hitnih slučajeva.

Do 2011. godine kvalitet pružene urgentne usluge je mjeren procentom pacijenata zbrinutih u prvom satu od momenta javljanja dežurnom ljekaru ili medicinskoj sestri / tehničaru. Preporučeni standardi za urgentnu službu su:

- najmanje 90% pacijenata koji se javljaju kao hitni slučajevi treba da budu pregledani i zbrinuti u roku od jednog sata od momenta javljanja kod dežurne sestre ili ljekara (tzv. „zlatni sat“);
- svi pacijenti koji stignu na urgentno odjeljenje biće procijenjeni u roku od 30 minuta od dolaska (a treba stremiti cilju od 10 minuta). Ovu procjenu može da obavi lekar ili trijažna sestra koja posjeduje odgovarajuću obuku.⁶⁵

Za potrebe ovog istraživanja će biti praćen i ovaj indikator jer je „faktor vrijeme“ često presudan kada je riječ o kritičnom bolesniku.

6.3. Praćenje performansi organizacionog sistema

Mjerenja na osnovu definisanih KPI se realizuju praćenjem:

- ulaznih zahtjeva,
- glavnih procesa koji su direktno vezani za pružanje usluge i
- kvaliteta pružene usluge kao glavnog izlaza iz ovog sistema.

⁶⁴ [33] - Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u drugoj polovini 2011.godine, IJZ „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd, 2012. god.

⁶⁵ [47] - Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o obavezanim pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, Beograd, avgust 2007. godine

6.3.1. Praćenje ulaznih zahtjeva

Ulazni zahtjevi definišu početno stanje na osnovu koga se mjeri kvalitet izlaznih elemenata, odnosno procesa u kojima je došlo do promjene vrijednosti .

Ulazni zahtjevi vezani za zdravstvenu uslugu su, osim kroz zahtjeve pacijenata, definisani i nacionalnim zakonima, standardima, preporukama i direktivama Svjetske zdravstvene organizacije i savremenom medicinskom praksom.

Informacije o ulaznim zahtjevima pacijenata se dobijaju na osnovu praćenja stepena njihovog zadovoljenja kroz:

- žalbe korisnika,
- direktno komuniciranje sa korisnikom,
- upitnike i ankete, i dr.

U zdravstvenim ustanovama se pruža specifično senzibilna vrsta usluge čiji kvalitet prate pacijenti, rodbina i druge zainteresovane strane na što ukazuje i međunarodni standard *IWA 1 koji preporučuje da „organizacija treba da razmotri, koliko to zakoni dozvoljavaju, uspostavljanje bliskih odnosa sa pacijentom i njegovom rodbinom, kao i lokalnom zajednicom, i posmatra ih kao dodatne resurse koji mogu imati značajan uticaj na kvalitet zdravstvene usluge.“*⁶⁶

6.3.2. Praćenje kvaliteta procesa

Identifikacija veza pojedinih procesa u sistemu, njihova kombinacija i međusobno djelovanje čine sistem upravljanja procesima. Stoga praćenje procesa podrazumijeva kontrolu aktivnosti upravljanja procesom.

Da bi se pratio kvalitet procesa neophodno je opisati postojeće procese u organizaciji.

Praćenje kvaliteta procesa pružanja usluge se vrši kroz:

- kontrolu postojanja procesa koji značajno utiču na kvalitet izlaza,
- kontrolu tehnološke razrađenosti i dokumentacione pokrivenosti procesa i
- kontrolu stepena pridržavanja procedura koje su se odnosile na proces kroz prikupljanje odgovarajućih dokaza o njihovoj primjeni (vodiči kliničke prakse i dr.)

U procesu zbrinjavanja pacijenata koji se javljaju sa simptomom bola u grudima, kao pomoć za realizaciju i praćenje procesa, se može koristiti vodič dobre prakse. Obezbjedenje uslova za sprovođenje procedura, dijagnostičkih i terapijskih postupaka predviđenih vodičem dobre prakse, odnosno kliničkim smjernicama, po mišljenju evropskih i američkih udruženja kardiologa obezbjeđuje:

- razvoj profesionalizma,
- odgovornost za učinjeno i
- povećanje efikasnosti.

⁶⁶ slobodan prevod

Vodiči dobre prakse - kliničke smjernice⁶⁷ su preporuke za liječenje i dijagnostiku bolesti od kojih se očekuju višestruke koristi:

- za bolesnika - da mu poboljša kvalitet pružene zdravstvene zaštite,
- za zdravstvenog profesionalca - da relativno jednostavno izabere najpovoljniju strategiju liječenja pojedinog bolesnika,
- za zdravstveni sistem i društvo u cjelini - da liječenje učini racionalnim i da se za uložena materijalna sredstva ostvare najoptimalniji rezultati.

Informacije dobijene praćenjem procesa se moraju kvantifikovati, odnosno mjeriti. Proces ima svoje parametre: cijene, ostvarene rezultate, efikasnost. Zato se mora ustanoviti sistem pomoću koga se identifikuju neusaglašenosti kako bi se mogla izvršiti poboljšanja. Praćenje treba usmjeriti na identifikaciju svih procesa koji čine glavni proces i njihove međusobne odnose.

Pojedinačni procesi se identifikuju definisanjem:

- očekivanja korisnika;
- cilja procesa;
- izlaza;
- ulaza;
- prve aktivnosti procesa;
- poslednje aktivnosti;
- veza i interfejsa sa drugim procesima i oblastima;
- potrebnih resursa;
- faktora uticaja;
- dodatnih elemenata (čeka liste, radna uputstva i sl.) koji su neophodni za izvođenje procesa.

Interakcija između procesa u organizaciji je često kompleksna i prikazuje se mrežom međuzavisnih procesa. Ulazi i izlazi iz ovih procesa su u vezi sa eksternim i internim korisnicima. Kroz model mreže se uočava značajna uloga korisnika pri definisanju zahtjeva kao ulaza. Zadovoljstvo korisnika kroz povratnu spregu predstavlja osnovni ulaz za kontinualno unapređenje procesa u QMS-u. PDCA ciklus može biti primjenljiv kako na svakom procesu pojedinačno tako i na mreži procesa u cjelini. Neki važni procesi u mreži ne moraju imati direktne veze sa korisnikom. ⁶⁸

6.3.3. Praćenje kvaliteta usluge

Kvalitet usluge se prati i ocjenjuje na osnovu:

- ocjene davaoca usluge ;
- ocjene korisnika usluge;
- provjere kvaliteta.

⁶⁷ „Kliničke smjernice (vodiči dobre prakse) su sistematski razvijeni dokazi koji pomažu ljekarima i pacijentima u donošenju odluka o odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti u specifičnoj kliničkoj situaciji. Njihov cilj je ostvarivanje dobrobiti, kako za korisnike i pružaoce zdravstvene zaštite, tako i za zdravstveni sistem u cjelini.“ - „Nacionalni vodič u kardiologiji“, Ministarstvo zdravlja Crne Gore, Podgorica, 2012. godine

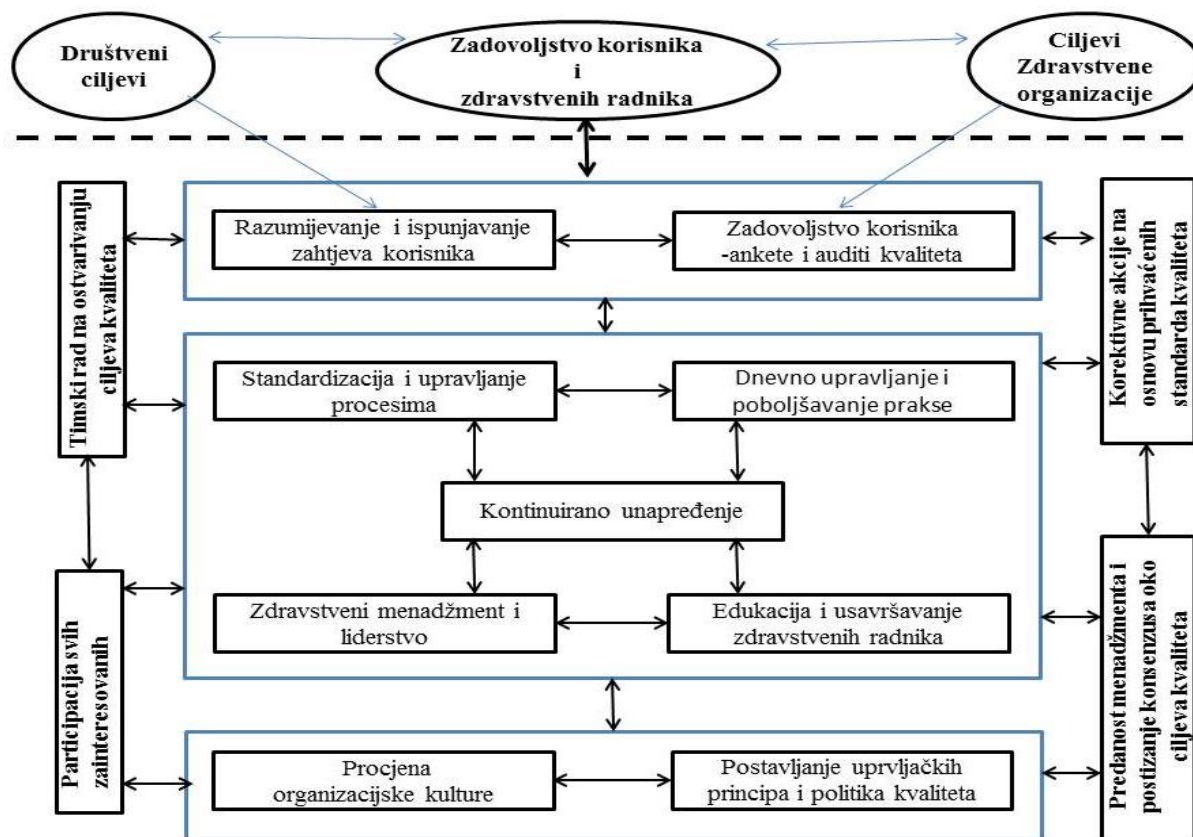
⁶⁸[4] - Z. Krivokapić, „Sistemi menadžmenta kvalitetom“, Podgorica, 2011. godine

Da bi se mjerio i pratio kvalitet zdravstvene usluge svi zaposleni moraju da poznaju i u potpunosti primjenjuju propisane specifikacije za uslugu, za vršenje usluge i za kontrolu kvaliteta karakteristika usluge⁶⁹, srazmjerno svojoj odgovornosti i sadržaju radnih zadataka. Uključivanje zaposlenih i zadovoljenje njihovih potreba i zahtjeva je od najveće važnosti uzimajući u obzir specifičnu personalizovanost zdravstvene usluge.

Praćenje kvaliteta zdravstvene usluge je:

- praćenje procesa vršenja usluge,
- otklanjanje neusaglašenosti, ukoliko se pojave, prije nego što one stignu do korisnika i
- precizno definisanje odgovornosti i nadležnosti za korektivne mjere.

Sprečavanje pojave neusaglašenosti i preventivno preispitivanje se mora vršiti i tokom samog procesa pružanja usluge. Grafički prikaz upravljanja kvalitetom zdravstvene usluge (slika 6.2) ukazuje da se praćenjem kvalitet procesa mora stalno preispitivati u odnosu na potrebe i zahtjeve pacijenata i u odnosu na definisanu politiku zdravstvene ustanove.



Slika 6.2. Upravljanje kvalitetom u zdravstvu⁷⁰

Standard ISO IWA 1 daje precizne smjernice o neophodnim ljudskim resursima, obavezama i odgovornostima.

⁶⁹ Metodologija specifikiranja usluge izložena je u poglavlju 5 i prikazana slikom 5.3.

⁷⁰ [37] - D.Tipurić, Upravljanje kvalitetom u zdravstvu, izvor www.zzjzbih.ba, preuzeto jun 2014.godine

6.4. Analiza podataka

Podatke dobijene kao rezultat praćenja i mjerenja je neophodno analizirati kako bi se dobile informacije o :

- zadovoljstvu korisnika;
- usaglašenosti sa zahtjevima usluga ;
- karakteristikama i trendovima procesa i usluga, uključujući mogućnost za preventivne mjere i
- zadovoljstvu pružaoca usluga.

Na osnovu analiza najviše rukovodstvo ima mogućnost da na osnovu sedmog principa menadžmenta kvalitetom, Odlučivanje na osnovu činjenica, odlučuje o pitanjima strategije i politike.

6.5. Poboljšavanja performansi organizacionog sistema

Poboljšavanja se sastoje od:

- korektivnih akcija za prevenciju ponavljanja neusaglašenosti ,
- korektivnih akcija za prevenciju događaja i
- kontinuiranih poboljšavanja, koja bi trebalo da se bave sistemom, procesima i proizvodima / uslugama.

Preispitivanje informacija iz praćenja, mjerenja i analize treba da se koriste za vrednovanje postignutih rezultata u odnosu na planirane ciljeve i rezultiraju stalnim poboljšavanjima i neprekidnim poređenjem učinka sa postavljenim kriterijumima. U procese poboljšavanje je neophodno uključiti i pružaoce usluge, kao „vlasnike procesa“, koji najbolje poznaju svoj dio procesa rada i otkrivaju mogućnosti za stalna i najmanja unapređenja „korak po korak“.

Ocjena učinka je presudno važna za sprovođenje aktivnosti unapređenja performansi za što se koriste: SWOT analiza, KPI, samoocjenjivanje i kolegijalno ocjenjivanje (stručni nadzor). Ove metode menadžmenta treba da budu sastavni dio redovnih aktivnosti menadžmenta na osnovu kojih se vrši revidiranje strategije i planiranih ciljeva. SWOT analiza je naročito važna kod kolegijalnog ocjenjivanja (stručnog nadzora) zato što se moguće slabosti organizacionog sistema i prijetnje kojima je izložen moraju kontinuirano preispitivati, kako bi se preventivnim djelovanjem obezbijedilo stabilno funkcionisanje zdravstvene ustanove.

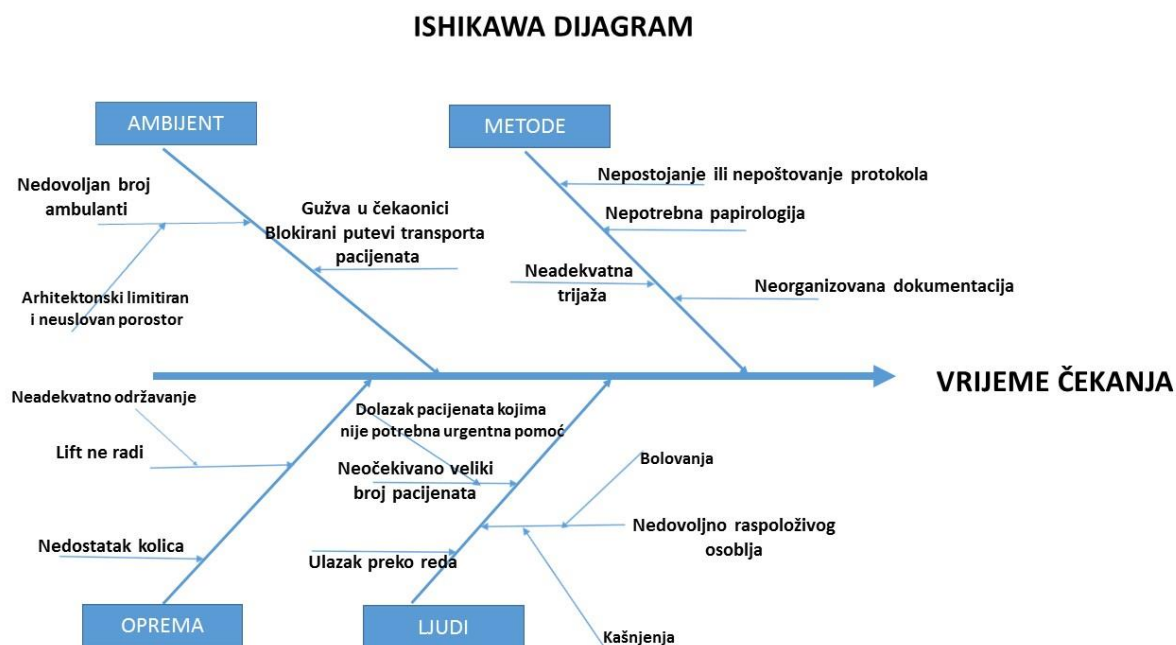
Izlazni elementi preispitivanja se mogu koristiti za interni i eksterni (kompetitivni) benchmarking i mogu pokazati adekvatnost resursa kojima se raspolaže kao i efektivnost njihovog korišćenja.

Poboljšavanja performansi Urgentnog centra se mogu sprovesti na osnovu analize i uočavanje kritičnih performansi koje mogu izazvati pojavu kritičnih neusaglašenosti tokom procesa pružanja usluge. Praćenje puta pacijenta je način da se sprovedu potrebna mjerenja i analize kako bi se ukazalo na moguća poboljšavanja performansi. Svaka uočena neusaglašenost, kao i preventivna ili korektivna mjera za njeno

otklanjanje mora biti dokumentovana u skladu sa zahtjevom ISO 9001:2009 (tačka 8.5.). Poboljšavanja već poboljšanih performansi kroz kontinuirani PDCA ciklus vodi stalnim poboljšavanjima.

6.5.1. Dijagram uzrok - posledica

Dijagram uzrok - posledica pruža mogućnost uočavanja rizika, uključujući i one rizike koji su manje očigledni, koji tokom procesa pružanja zdravstvene usluge mogu rezultirati neadekvatnom zdravstvenom zaštitom pacijenta čiji put se prati. U kombinaciji sa drugim alatima i metodama kvaliteta pokazuje punu efikasnost tokom stalnih poboljšavanja i daje mogućnost da se predvide mogući uzroci budućih stanja sistema. Na slici 6.3. je predstavljen predlog dijagrama na osnovu kojeg se mogu uočiti uzroci koji utiču na dužinu vremena čekanja pacijenata na pružanje zdravstvene usluge. Kvantifikovanjem svakog od uzroka se omogućava mjerenje stepena njihovog uticaja.



Slika 6.3. Prikaz mogućih uzroka koji utiču na dužinu vremena čekanja pacijenta na prijem u Urgentni centar

Ovaj dijagram je jednostavan i efikasan alat. Jednom napravljena šema može postati „živo sredstvo“ sa mogućnošću poboljšavanja na osnovu novih znanja i iskustava. Ovo je naročito pogodno za analizu procesa koji se mijenjaju korak po korak u istom smjeru što je karakteristika velikog broja procesa koji se realizuju tokom pružanja medicinske usluge.

6.5.2. SWOT analiza

Ocjena učinka organizacionog sistema se može izvršiti SWOT analizom koja daje jasnu predstavu postojećeg stanja. Iz nje se mogu dobiti informacije o aktivnostima koje treba preduzeti kako bi se iskoristile mogućnosti i izbjegle opasnosti. Prilikom sprovođenja analize neophodna je dobra procjena, jer elementi koji djeluju kao slabosti u stvari mogu biti snaga. Kao uvod u istraživanje je napravljena SWOT analiza Urgentnog centra, prikazana na slici 6.4.

Visoko stručan kadar ljekara Dobra obučenost ljekara Stacionarni dio UC (soba za opservaciju) – readaptiran Djelimično zadovoljavajuća obučenost srednjeg kadra Iskustvo u liječenju pacijenata Dobri međuljudski odnosi Mogućnost pružanja kompleksne usluge Multidisciplinarni pristup Dobri dosadašnji rezultati	Mali broj zaposlenih / Nezadovoljavajući sistem rada srednjeg kadra / Neracionalna potrošnja radnog vremena / Arhitektonski limitiran i neuslovan prostor / Nedovoljni i neadekvatni smještajni kapaciteti / Način održavanja dijagnostičke opreme / Limitirana mogućnost izvođenja istovremenih pregleda / Nepostojanja prostorija u kojoj obučeno osoblje vrši trijažu pacijenta po prijemu / Srednji kadar nije adekvatno obučen za primarnu trijažu (obilježavanje pacijenata po stepenu hitnosti) / Dugo čekanje rezultata dijagnostike / Nedostatak dijagnostičke opreme / Nedostatak kontinuirane edukacije hirurgu UC (nemaju mogućnost primjene stečenih znanja i hirurgskih vještina) / Nema primjene medicinskih standarda / Nepostojanje akcionih planova u vanrednim situacijama / Nepostojanje priručnog magazina za standardizovano snabdijevanje sanitetskim materijalom u vanrednim situacijama / Slaba komunikacija sa primarnom zdravstvenom zaštitom / Sužen spektar usluga / Složena struktura pacijenata / Nedostatak kontrole kvaliteta usluge .
Nemogućnost znavljanje licenci ljekara Pad motivisanosti zaposlenih Učestali verbalni i fizički napadi na osoblje UC Nezadovoljstvo zaposlenih - frustracija i osjećaj nezaštićenosti Nezainteresovanost mladih ljekara i konsultanata za rad u UC Broj pregledanih pacijenata po ljekaru veoma visok Dugogodišnji rad u UC može dovesti do overburn sindroma Slaba ekonomska baza društva Sistem finansiranja- veliki broj neosiguranih lica Neobjektivna analiza zdravstvenog sistema	MALI BROJ ZAPOSLJENIH / NEZADOVOLJAVAJUĆI SISTEM RADA SREDNJEG KADRA / NERACIONALNA POTROŠNJA RADNOG VREMENA / ARHITEKTONSKI LIMITIRAN I NEUSLOVAN PROSTOR / NEDOVOLJNI I NEADEKVATNI SMJEŠTAJNI KAPACITETI / NAČIN ODRŽAVANJA DIJAGNOSTIČKE OPREME / LIMITIRANA MOGUĆNOST IZVOĐENJA ISTOVREMENIH PREGLEDA / NEPOSTOJANJE PROSTORIJA U KOJOJ OBUČENO OSOBLJE VRŠI TRIJAŽU PACIJENTA PO PRIJEMU / SREDNJI KADAR NIJE ADEKVATNO OBUČEN ZA PRIMARNU TRIJAŽU (OBILJEŽAVANJE PACIJENATA PO STEPENU HITNOSTI) / DUGO ČEKANJE REZULTATA DIJAGNOSTIKE / NEDOSTATAK DIJAGNOSTIČKE OPREME / NEDOSTATAK KONTINUIRANE EDUKACIJE HIRURGA UC (NEMAJU MOGUĆNOST PRIMJENE STEČENIH ZNANJA I HIRURŠKIH VJEŠTINA) / NEMA PRIMJENE MEDICINSKIH STANDARDA / NEPOSTOJANJE AKCIONIH PLANOVA U VANREDNIM SITUACIJAMA / NEPOSTOJANJE PRIRUČNOG MAGACINA ZA STANDARDIZOVANO SNABDJEVANJE SANITETSKIM MATERIJALOM U VANREDNIM SITUACIJAMA / SLABA KOMUNIKACIJA SA PRIMARNOM ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM / SUŽEN SPEKTAR USLUGA / SLOŽENA STRUKTURA PACIJENATA / NEDOSTATAK KONTROLE KVALITETA USLUGE .

Slika 6.4. SWOT analiza Urgentnog centra KCCG

Na osnovu ove analize se mogu realistično odrediti snage i slabosti zdravstvene ustanove i donijeti strateške odluke u cilju poboljšavanja performansi organizacionog sistema. U postupku SWOT analize organizacionog sistema koristan izvor informacija su zapažanja dobijena iz dijagrama uzrok-posledica.

6.5.3. Samoocjenjivanje

Uključivanje pružaoca usluge kao vlasnika procesa zdravstvene zaštite u praćenje, unapređivanje i osiguranje kvaliteta usluge se postiže samoocjenjivanjem.

„Samoocjenjivanje je sveobuhvatno i sistematsko preispitivanje aktivnosti organizacije i njenih performansi u vezi sa stepenom njene zrelosti“ - ISO 9004:2010 (tačka 8.3.4.).

Izveštaj samoocjenjivanja predstavlja bazu i osnovu za eksterno ocjenjivanje zdravstvene ustanove. Izlazni elementi samoocjenjivanja omogućavaju organizaciji da identifikuje i inicira projekte poboljšavanja koji potencijalno mogu da daju najveće koristi organizaciji, zasnovane na prioritetnim potrebama organizacije.⁷¹

6.5.4. Benchmarking

„Benchmarking je metodologija mjerenja i analize koja organizacija može da koristi u potrazi za najboljom praksom, kako unutar tako i van organizacije, sa ciljem poboljšavanja svojih performansi. Benchmarking može da se primjenjuje na strategiju, politiku, operacije, procese, proizvode / usluge i strukturu organizacije“. - ISO 9004:2010 (tačka 8.3.5).

Da bi se utvrdila trenutna pozicija strukture Urgentnog centra u odnosu na slične organizacione sisteme napravljeno je poređenje u odnosu na strukturu organizacije sa Zavodom za hitnu medicinu KBC Zagreb, prikazano u tabeli, koja je prilog 4 ovom radu.

Izvršeno poređenje dvije organizacione strukture otkriva kritične tačke, nedovoljnost i neadekvatnost kadrovskih i infrastrukturnih resursa Urgentnog centra. Benchmarking metoda i SWOT analiza daju mogućnost da se na osnovu najbolje prakse opasnosti i prijetnje prevedu u snage i mogućnosti organizacionog sistema.

6.5.5. PDCA ciklus kao proces stalnih poboljšavanja

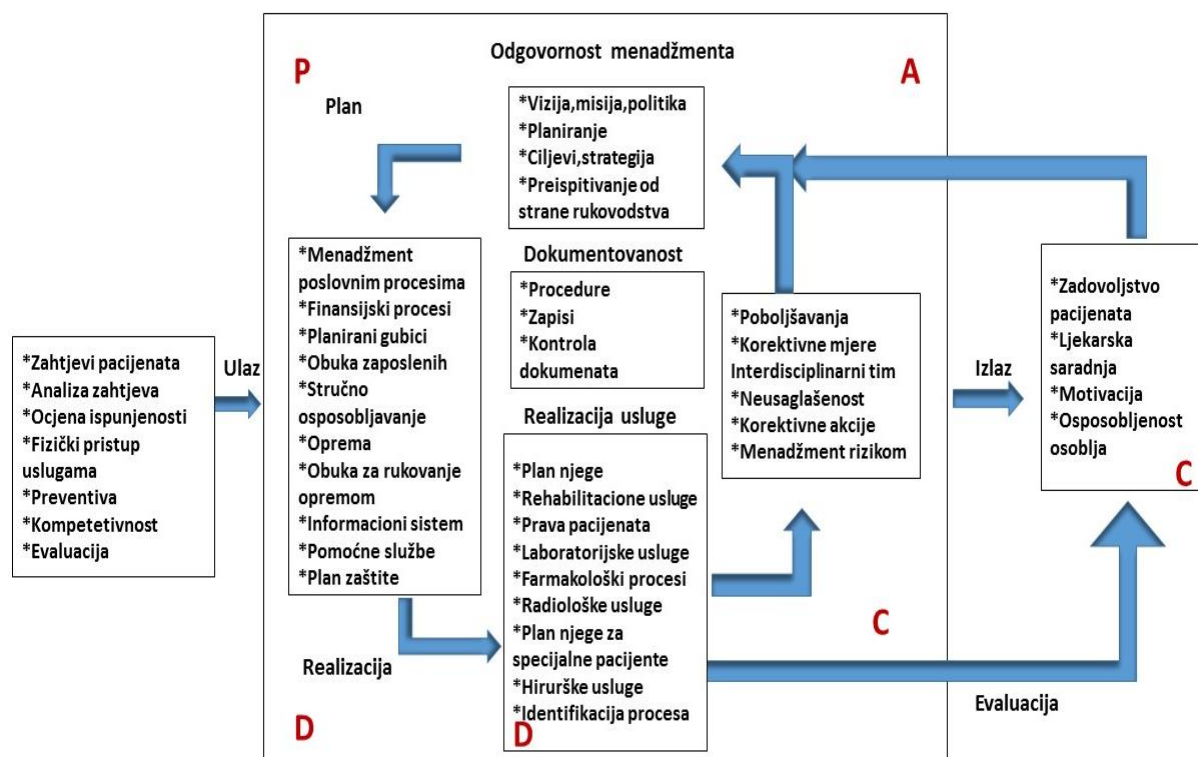
PDCA⁷² ciklus, kao alat obezbjeđuje prelazak sa kontrole kvaliteta, kao statičke kategorije koja je zastupljena u svim bolnicama u Crnoj Gori, na dinamičku kategoriju a to je upravljanje kvalitetom realizacije procesa. Ovaj ciklus se treba primijeniti na sve procese koji čine mrežu procesa glavnog procesa (tačka 8.5 ISO 9001). Stalna poboljšavanja kvaliteta procesa dovode do poboljšavanja usluge kao izlaza iz sistema.

Struktura standarda ISO IWA1 kojim se prilagođavaju tumačenja ISO 9001 za oblast zdravstvenih usluga, je prikazana na slici 6.5. Ovaj standard ima širu dimenziju razmatranja potreba i zahtjeva pacijenata i zainteresovanih strana u odnosu na familiju standarda ISO 9000, uzimajući u obzir specifične zahtjeve zdravstvene usluge. ISO IWA 1 (slika 6.5.) stavlja u središte PDCA ciklusa zahtjeve standarda ISO 9001 koji se odnose na dokumentaciju (tačka 4.2.), što ukazuje na značaj ovog zahtjeva za zdravstvene usluge.

⁷¹ Anex A, ISO 9004:2009

⁷²Plan-planiranje-utvrditi ciljeve i uspostaviti procese potrebne za dobijanje rezultata u skladu sa zahtjevima korisnika i politikom organizacije; Do-uradite-primijenite procese;Check provjerite-pratite i mjerite procese i uslugu poredeći ih sa politikom, ciljevima i zahtjevima za kvalitet usluge i izveštavajte o rezultatima; Act-djelujte-preduzmite akcije za stalno poboljšavanje performansi procesa.

Kako je već naglašeno, procesi realizacije zdravstvene usluge se moraju odvijati po unaprijed definisanim procedurama, u skladu sa medicinskom doktrinom i naučnim pristupom. Zato navedene procedure moraju biti ustanovljene i dokumentovane, moraju se primjenjivati, održavati i unapređivati u skladu sa unapređivanjem znanja iz oblasti medicine, menadžmenta i drugih naučnih disciplina. U slučaju nepovoljnih ishoda realizacije procesa pružanja usluge, koji nastaju zbog specifičnih karakteristika pacijenta (težina bolesti, starost, prateća oboljenja i stanja), precizno i ažurno vođenje i kontrola zapisa i dokumenata je za zdravstvene profesionalce dokaz poštovanja procedura i primjene medicinske doktrine zasnovane na dokazima.



Slika 6.5. Struktura standarda IWA 173- dopunjeno

Kontinuirani PDCA ciklus daje mogućnost preventivnog djelovanja tokom samog procesa vršenja usluge i menadžment rizikom. Aktivnostima stalnih poboljšavanja korak po korak, u kojima presudnu ulogu imaju zaposleni kao vlasnici procesa, se omogućava uočavanje grešaka (neusaglašenosti) prije nego ih uoči pacijent i prije nego što greška prouzrokuje nepopravljivu štetu.

⁷³ [5]- V.Vujović, Z.Krivokapić, J.Jovanović, „Poboljšavanje kvaliteta medicinske usluge primjenom standarda“, Kvalitet, br 7-8, 2013

6.6. Modeli poslovne izvrsnosti

Ideja modela poslovne izvrsnosti se zasniva na želji da poslovni sistemi dobiju alat kojim se može izmjeriti poslovni uspjeh i dati brza dijagnostika za pravce poboljšavanja na slabim mjestima u poslovnom sistemu.⁷⁴ Pojam poslovna izvrsnost (eng. Business Excellence) treba posmatrati kao izraz vrhunskog kvaliteta i pouzdanosti.

Organizacioni sistemi koji stalno unapređuju svoje poslovanje, prilagođavaju se promjenama u vremenu i prostoru, a istovremeno i sami prouzrokuju promjene težeći poslovnoj izvrsnosti. Danas se poslovna izvrsnost dokazuje na osnovu nacionalnih i regionalnih nagrada, koje imaju posebno važnu ulogu u razvoju kvaliteta. Modeli poslovne izvrsnosti ne predstavljaju ispunjenje zahtjeva kako to zahtjeva standard ISO 9001, već predstavljaju alat, kako za povećanje efektivnosti tako i za povećanje efikasnosti u poslovnim sistemima. Tri najpoznatija modela poslovne izvrsnosti su: u Japanu Demingova nagrada, u USA Nacionalna nagrada za kvalitet Malcolm Baldrige i Evropska nagrada za kvalitet EFQM.

6.6.1. Nagrada za kvalitet Malcolm Baldrige kao model poslovne izvrsnosti

Model poslovne izvrsnosti, nagrada za kvalitet Malcolm Baldrige, identifikuje kriterijume za vrednovanje napora preduzeća za poboljšavanje performansi i razmjenu najbolje prakse. Ovaj model je 1998. godine proširen i za oblast zdravstvenih usluga. MB model je zasnovan na procesnom pristupu. Menadžment procesima zasnovan na praćenju međusobno povezanih i zavisnih procesa na putu pacijenta kroz zdravstvenu ustanovu obezbjeđuje održivost organizacionog sistema.

Kriterijumi izvrsnosti američkog MB modela i njihova specifična težina prilikom ocjenjivanja su dati u tabeli 6.1.

Tabela 6.1. Kriterijumi MB modela i njihove specifične težine

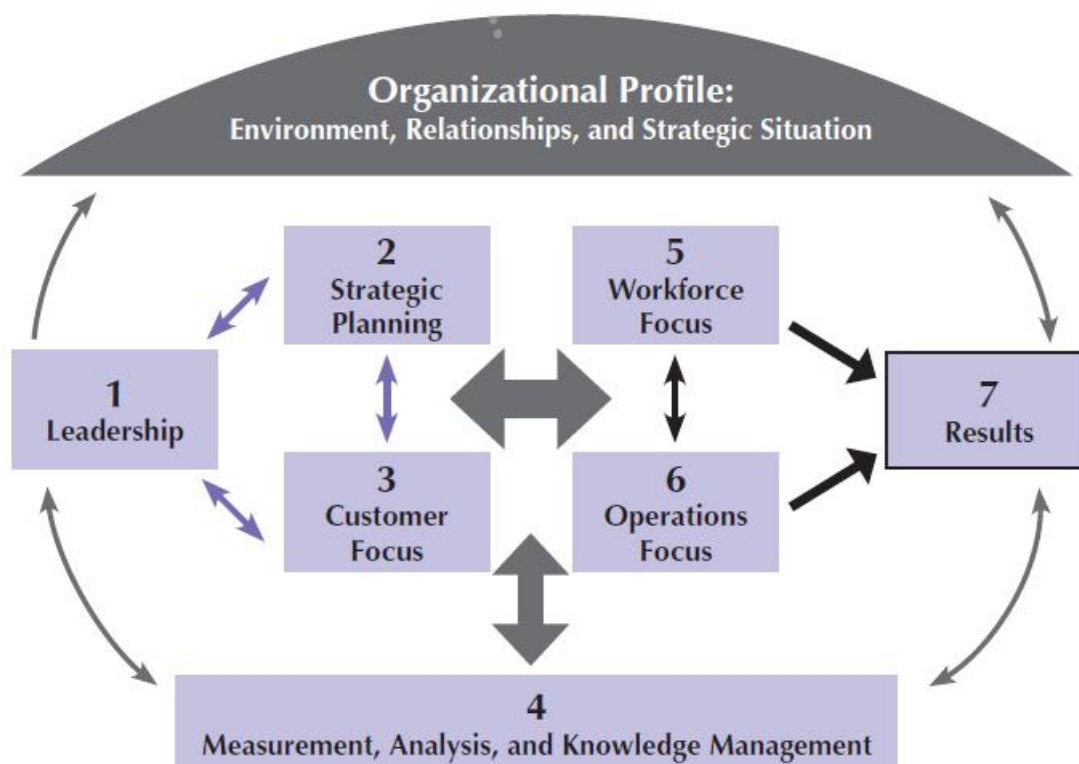
1	Liderstvo	120	12 %
2	Strategijsko planiranje	85	8,5%
3	Orjentisanost na pacijenta	85	8,5%
4	Mjerenja, analiza i upravljanje znanjem	85	8,5%
5	Orjentisanost na zaposlene	85	8,5%
6	Menadžment procesima	85	8,5%
7	Rezultati	450	45 %
UKUPNO		1000	100 %

Iz tabele se uočava da gotovo polovinu poena za aplikaciju nose rezultati. To ukazuje na njihov značaj prilikom ocjenjivanja. Rezultati su pokazatelji trendova i performansi a služe za poređenje. Oni moraju biti potkrijepljeni odgovarajućim podacima koji ukazuju na odnos uzrok-posledica. Rezultati se ostvaruju uspostavljanjem uspješnog

⁷⁴ [4]-Z.Krivokapić, "Sistemi menadžmenta kvalitetom", Podgorica, 2011

sistema upravljanja učinkom koji se vodi od vrha i veza su sa svim kriterijuma iz tabele od stavke 1 do stavke 6.

Osnovna struktura američkog Malcolm Baldrige-ovog modela izvrsnosti za zdravstvene ustanove je prikazana na slici 6.6. Grafički prikaz strukture daje pregled MB kriterijuma zdravstvene zaštite za visok nivo performansi izvrsnosti i ilustruje način na koji kriterijumi pružaju perspektivu sistemu upravljanja organizacije da dostigne poslovnu izvrsnost.



Slika 6.6. Osnovna struktura američkog Malcolm Baldrige-ovog modela izvrsnosti za zdravstvene ustanove

Od vrha do dna, struktura ima tri osnovna elementa: organizacioni profil, sistem performansi i osnovu sistema (mjerenja, analiza i upravljanje znanjem).

Organizacioni profil (prikazan kišobranom na slici) postavlja kontekst za način na koji organizacija djeluje. Okruženje, ključni odnosi tokom procesa rada i strateška situacija služe kao sveobuhvatni vodič za organizovanje sistema upravljanja učinkom.

Sistem performansi (sredina slike) obuhvata dva povezana trojstva:

- Trojstvo rukovođenja: liderstvo, strategijsko planiranje i usmjerenost na korisnike;
- Trojstvo rezultata: orijentisanost na zaposlene, menadžment procesima i usmjerenost na rezultate.

Ovaj grafički prikaz ukazuje da su sve aktivnosti organizacionog sistema usmjerene prema rezultatima. Horizontalna strelica u središtu okvira povezuje dvije trijade vezom koja je kritična za uspjeh organizacionog sistema. Ova strelica ukazuje na odnos liderstva (kategorija 1) i rezultata (kategorija 7). Dvoglave strelice ukazuju na važnost

povratne informacije između dvije povezane kategorije kako bi se na efikasan način upravljalo učinkom.

Osnova sistema (dno slike) sastoji se od mjerenja, analize i upravljanja znanjem, koji su od ključnog značaja za efikasno upravljanje poslovnom organizacijom. Na taj način se uspostavlja sistem za poboljšanje performansi koji, ukoliko je zasnovan na znanju i dokazima, vodi konkurentskoj prednosti.

Sticanje upravljačkih znanja kroz učenje je bitan atribut organizacije sa visokim performansama i kritični koncept u izvrsnosti performansi. Efektivno, dobro razvijeno organizaciono učenje može pomoći organizaciji da u ranoj fazi reaguje na probleme na najvišim nivoima organizacije kroz poboljšanja, preispitivanja i inovacije.

Nezavisna studija sprovedena od strane Foster, D. A., and Chenoweth, J.,⁷⁵ dokumentuje da upotreba Baldrige kriterijuma za zdravstvenu zaštitu ima direktan uticaj na smanjenje troškova zdravstvene zaštite uz istovremeno poboljšavanje kvaliteta.

Zaključak drugih sprovedenih studija je da ukoliko upravljačke strukture zdravstvenih ustanova koriste kriterijume Baldrige-ove nagrade za razvoj organizacijskih ciljeva i inicijativa za poboljšavanje procesa, mogu dostići poslovnu izvrsnost organizacionog sistema.⁷⁶

6.7. Izlazi iz praćenja, mjerenja i analiziranja performansi Urgentnog centra

Korišćenje metoda, koje su opisane u prethodnim tačkama ovog poglavlja, omogućava da se, na osnovu praćenja, mjerenja i analize, u logičnu ravan postave potrebe i zahtjevi pacijenata i stepen njihovog zadovoljenja.

Istraživačke aktivnosti započinju:

- definisanjem procesa kojima se ispunjavaju zahtjevi i potrebe pacijenata i zainteresovanih strana i
- sprovođenjem anketa o zadovoljstvu:
 - pacijenata,
 - ljekara i
 - medicinskih sestara / tehničara.

Formalizovani upitnici u kojima su precizno definisana pitanja i modaliteti odgovora su prilog 5 ovog rada.

⁷⁵Comparison of Baldrige Award Applicants and Recipients with Peer Hospitals on a National Balanced Scorecard. Thomson Reuters. <http://www.nist.gov/baldrige/upload/baldrige-hospital-research-paper.pdf>. preuzeto jan.2015.godine

⁷⁶Shook, J., and Chenoweth, J. 2012, October. 100 Top Hospitals CEO Insights: Adoption Rates of Select Baldrige Award Practices and Processes. Truven Health Analytics. <http://www.nist.gov/baldrige/upload/100-Top-Hosp-CEO-Insights-RB-final.pdf> –preuzeto jan.2015.godine

Kako bi rezultati ankete bili referentni neophodno je anketirati:

- sve zaposlene koji su radnim rasporedom vezani za Urgentni centar i 49 ljekara koji se radno angažuju po drugom osnovu,
- 49 pacijenata koji su u UC zatražili zdravstvenu zaštitu zbog simptoma bola u grudnom košu i koji su nakon postavljanja dijagnoze hospitalizovani. Anketiranje ovih pacijenata treba obaviti uz saglasnost ordinirajućeg ljekara i pacijenta tokom perioda hospitalizacije i
- 49 pacijenata koji su u UC zatražili zdravstvenu zaštitu iz drugih razloga i koje treba anketirati u prostorijama UC.

Za potrebe SWOT analize i benčmarkinga je neophodno sakupiti podatke o raspoloživosti opreme Urgentnog centra, dokumentovanosti procedura, definisanim KPI koji se prate i analiziraju i podatke o obukama i edukacijama zaposlenih. Stoga su, za potrebe planirane analize, neophodni sledeći dokumentovani podaci:

- Popis opreme koja je u funkciji u Urgentnom centru, a vezana je za procese pružanja usluga;
- Protokol o ovlašćenjima i odgovornostima održavanje opreme i ček liste;
- Sistematizacija radnih mjesta i broj angažovanog kadra sa stručnim referencama;
- Odluka o rasporedu smjena i smjenskim zaduženjima;
- Pravilnik o primopredaji smjene;
- Pravilnik o praćenju puta pacijenta;
- Odluka o angažovanju ljekara koji svojim radnim rasporedom nijesu direktno vezani za UC;
- Prostorni plan UC;
- Normativi neophodne opreme i kadrova Urgentnog centra;
- Izveštaji o radu UC za poslednje tri godine;
- Pregled broja zbrinutih pacijenata po danima i mjesecima za poslednje tri godine;
- Broj hospitalizovanih pacijenata iz UC u odnosu na broj pregledanih pacijenata;
- Podaci o praćenju pokazatelja kvaliteta koji se prate u urgentnoj medicini za poslednje tri godine:
 - procenat uspešnih kardio-pulmonalnih reanimacija,
 - prosječna dužina čekanja na pregled od momenta prijema u zdravstvenu ustanovu,
 - postojanje protokola za zbrinjavanje teških multipli trauma u pisanoj formi;
- Podaci o postojanju i primjena vodiča kliničke prakse za zbrinjavanje pacijenta koji se javi sa bolom u grudnom košu;
- Podaci o edukacijama i obukama srednjeg medicinskog kadra;
- Podaci o edukacijama i obukama ljekara;
- Dokumentovana politika kvaliteta;
- Kritični indikatori performansi koji se prate u UC;
- Rezultati sprovedenih aktivnosti na mjerenju zadovoljstva pacijenata i zaposlenih i
- Izveštaji zaštitnika prava pacijenata.

Analizom raspoloživih podataka i uvidom u protokole, ček liste i drugu vrstu dokumentacije se vrše mjerenja, praćenja i analiza kvaliteta zdravstvene usluge.

Na osnovu rezultata anketiranja pacijenata dobijaju se informacije o njihovim potrebama, zahtjevima i stepenu zadovoljstva postojećim kvalitetom primljene usluge u Urgentnom centru. Upitnici su koncipirani na način da se dobiju informacije o pacijentu, načinu njegovog dolaska u Urgentni centar, vremenu čekanja na prvi kontakt

sa ljekarom, ukupnom vremenu zbrinjavanja hitnog stanja, odnosu ljekara i srednjeg medicinskog kadra prema pacijentu, uslovima i opremljenosti objekta u kome se pruža usluga i subjektivnoj ocjeni kvaliteta primljene usluge.

Upitnici namijenjeni anketiranju zaposlenih pružaju informacije o strukturi zaposlenih, zadovoljstvu organizacijom procesa rada, uslovima na radnom mjestu, edukacijama, informisanosti, motivaciji i mogućnosti napredovanja. Analizom dobijenih podataka se procjenjuje stepen zadovoljenja potreba i zahtjeva zaposlenih i kvalitet zdravstvene zaštite iz perspektive pružaoca usluge.

Mrežu procesa, koji čine proces zbrinjavanja pacijenta koji se javlja zbog bola u grudnom košu, i dijagram uzroka koji za posledicu imaju pritužbe pacijenata na dužinu vremena provedenog u Urgentnom centru⁷⁷ je neophodno konstruisati u saradnji sa zaposlenima Urgentnog centra.

Dijagrama uzrok - posledica ukazuje na „uska grla“, tj. neusaglašenosti koje u najvećoj mjeri utiču na stepen zadovoljenja potreba i zahtjeva pacijenata (nedovoljni infrastrukturni i kadrovski kapaciteti, nezadovoljavajuća obučenost osoblja, neorganizovana dokumentacija,...). SWOT analizom izvršena procjena učinka organizacionog sistema se upoređuje sa „dobrom praksom“. Poređenjem performansi Urgentnog centra u odnosu na strukturu Centra za hitnu medicinsku pomoć KBC Zagreb se uočavaju neusaglašenosti u skoro svim segmentima a posebno u tačkama 1,2,3,4,7,8,12 i 16 (Benchmarking organizacione strukture prilog 3 ovom radu). Benchmarking daje smjernice za poboljšavanje performansi organizacionog sistema i omogućava da se SWOT analizom identifikovane „prijetnje“ prevedu u „mogućnosti“ a „slabosti“ u „snage“.

Mjerenjem vremena trajanja svih procesa koji čine mrežu procesa praćene usluge, analizom dobijenih podataka iz dijagrama uzrok-posledica, SWOT analize i benchmarkinga se uočavaju uzroci koji u najvećoj mjeri utiču na dužinu vremena pružanja usluge. Stalnim poboljšavanjima kroz PDCA ciklus se postiže povećanje efikasnosti i efektivnosti procesa što daje rezultat skraćenje vremena pružanja urgentne zdravstvene usluge. Uključivanje zaposlenih i samoocjenjivanje omogućavaju da se identifikuju mogućnosti poboljšavanja, inovacije, postavbe prioriteta i definišu planovi mjera koje treba sprovesti.

Malcolm Baldrige model, kao alat za mjerenje poslovnog uspjeha, omogućava brzu dijagnostiku u ukazuje na pravce poboljšavanja slabih mjesta poslovnog sistema.

⁷⁷ „Najčešće pritužbe pacijenata odnose se na dužinu vremena provedenu u UC-u. Propisano vrijeme provedeno u UC-u u principu je ograničeno na 4h. U tom periodu trebalo bi završiti sve potrebne preglede i dijagnostičko-terapijske procedure, kao i donijeti odluku o daljem tretmanu pacijenta, tj. o tome da li će on biti otpušten na dalji ambulantni tretman ili zadržan na daljem liječenju na nekoj od klinika ili centara Kliničkog centra Crne Gore.“ Dr Vladimir Dobričanin, direktor UC, izjava za „Medical“, 27.septembar 2014.godine.

7. MODEL QMS-a ZA UNAPREĐENJE USLUGE U URGENTNOM CENTRU

7.1. Osnovni pristup razvoju modela

Kako je već izloženo u poglavljima 5 i 6 procesni pristup omogućava da se mjerenjem i analizom kvaliteta upravljanja jednim glavnim procesom koji se realizuje u Urgentnom centru identifikuju performanse ovog specijalizovanog podsistema.

Glavni proces je mreža povezanih i međusobno zavisnih procesa. Upravljanjem procesima transformacije ulaza u izlaze postiže se upravljanje kvalitetom elemenata izlaza. Poboljšavanjem kvaliteta izlaza iz jednog procesa, koji su ulazi u drugi proces, poboljšava se kvalitet konačnih izlaza iz mreže procesa.

Procesni pristup zasnovan na PDCA ciklusu, primijenjen na sve procese koji čine mrežu procesa glavnog procesa, omogućava stalno preispitivanje, poboljšavanje i unapređivanje usluge kao izlaza iz Urgentnog centra.

Za potrebe ovog rada izabrana je mreža procesa koja prati zbrinjavanje pacijenta koji se u Urgentni centar prijavljuje sa bolom u grudnom košu. Urgentni centar je podsistem Kliničkog centra, na koji najveći uticaj mogu imati poremećaji iz okruženja i u kojem :

- se dinamika pružanje medicinske usluge ne može unaprijed planirati ali se može predvidjeti,
- se ne može praviti plan prihvata pacijenata,
- oprema i ljudski kapaciteti moraju biti u funkciji 365/7/24 i
- efikasnost i kvalitet pružene usluge direktno zavise od organizacije, procedura i menadžmenta procesima i resursima.

Razvoj modela za unapređenje izabrane usluge kao procesa je zasnovan na procesnom pristupu razrađenom u poglavlju 5.4.

Cilj praćenja izabranog procesa je:

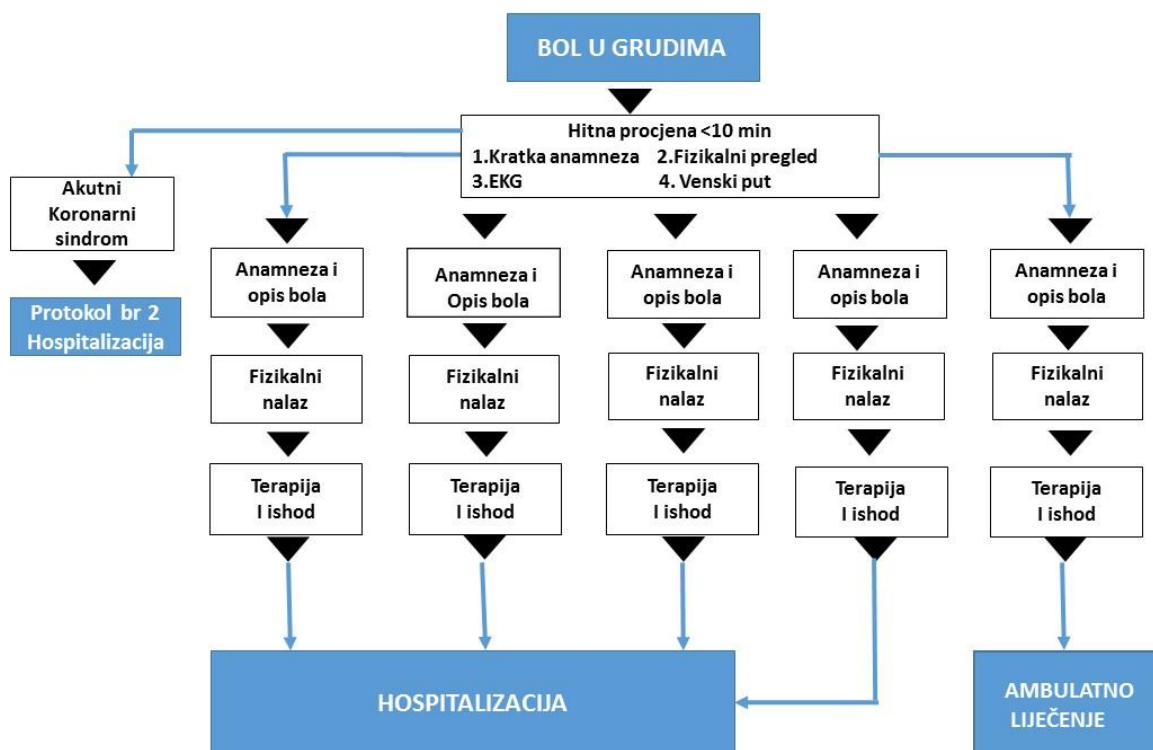
- razumijevanje i ispunjavanje zahtjeva pacijenata i zainteresovanih strana,
- razmatranje procesa kroz dodatnu vrijednost,
- mjerenje performansi i efektivnosti procesa i
- stalna poboljšavanja procesa zasnovana na objektivnim mjerenjima.

Zbrinjavanje bolesnika sa akutnim bolom u grudima je jedan od najvećih izazova za ljekare i drugo medicinsko osoblje u hitnim službama. Iako je često benignog porijekla, važnost mu daje činjenica da se njime manifestuje veliki broj životno ugrožavajućih bolesti, kod kojih brzina postavljanja tačne dijagnoze i započinjanje liječenja imaju veliki uticaj na mortalitet.⁷⁸ Stoga kvalitet usluge dominantno zavisi od stručnosti,

⁷⁸ [51] - Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, „Nacionalni vodič dobre kliničke prakse, Prehospitalno zbrinjavanje hitnih stanja“, Beograd, 2013

obučenosti i organizovanosti medicinskog osoblja kao i od postojanja i poštovanja vodiča dobre kliničke prakse za prehospitalno zbrinjavanje hitnih stanja.

Šema procedura zbrinjavanja pacijenta sa simptomom bola u grudima, prikazana na slici 7.1., ukazuje da je za uspješno zbrinjavanje pacijenta od najveće važnosti hitna procjena i anamneza na osnovu koje se, praćenjem procedura definisanih stručnim normativima, uspostavlja dijagnoza i preduzima liječenje.



Slika 7.1. Šema procedura zbrinjavanja pacijenta sa simptomom bola u grudima⁷⁹

Analiza izabranog procesa i razvoj modela za unapređenje usluge u UC podrazumijeva njegovu identifikaciju i definisanje njegove strukture.

Sa stanovišta menadžmenta kvalitetom ova usluga je skup kompleksnih procesa za čiju realizaciju je neophodno da se, osim raspoloživosti tehnologije, kadrova i kapaciteta, prati i dinamika i sinhronizovanost procesa.

Stručnost i obučenost medicinskog osoblja i praćenje protokola i vodiča dobre kliničke prakse omogućavaju povećanje efikasnosti ishoda liječenja, što će biti dokazano u postupku razvijanja modela QMS-a.

Analiza procesa pružanja usluge kao mreže procesa omogućava da se u odnosu na referentne zahtjeve identifikuju neusaglašenosti.

Eliminacijom ovih neusaglašenosti se omogućava skraćivanja vremena vršenja svakog procesa i aktivnosti koji čine mrežu procesa pružanja usluge.

⁷⁹<http://sr.scribd.com/doc/52878857/Non-Q>

7.2. Izabrani proces kao sistem sa definisanim ulazima, procesima i aktivnostima i izlazima

Zdravstvena usluga koja se pruža pacijentu koji se javi sa bolom u grudnom košu (ZUP-BGK)⁸⁰ je proces koji se sastoji od skupa podprocesa i aktivnosti. Svaki dio ove usluge je takođe proces koji posmatramo kao podsistem sa definisanim ulazima, procesima i aktivnostima i izlazima.

Upravljanje kvalitetom usluge se može postići ukoliko procesi realizacije usluge ispunjavaju zahtjeve QMS standarda. Uspostavljanje QMS pristupa koji je specificiran u standardu ISO 9000 se mora razvijati na sistematičan način i kroz faze koje se ne mogu zanemarivati. Standard obezbjeđuje organizaciji postupan niz koraka koji dovodi do poboljšavanja kvaliteta usluge.

Pristup razvoju i primjeni sistema menadžmenta kvalitetom sastoji se od više faza, u koje spadaju i sledeće:

- a) utvrđivanje potreba i očekivanja korisnika i ostalih zainteresovanih strana;
- b) utvrđivanje politike kvaliteta i ciljeva kvaliteta organizacije;
- c) utvrđivanje procesa i odgovornosti potrebnih za ostvarenje ciljeva kvaliteta;
- d) utvrđivanje i obezbjeđivanje resursa neophodnih za ostvarivanje ciljeva kvaliteta;
- e) utvrđivanje metoda mjerenja efektivnosti i efikasnosti svakog procesa;
- f) primjena ovih mjera za utvrđivanje efektivnosti i efikasnosti svakog procesa;
- g) utvrđivanje načina za sprječavanje neusaglašenosti i eliminisanje njihovih uzroka;
- h) utvrđivanje i primjena procesa za stalna poboljšavanja sistema menadžmenta kvalitetom.⁸¹

Svaka od navedenih faza i postupak njene realizacije su detaljno razrađeni u poglavljima pet i šest ovog rada.

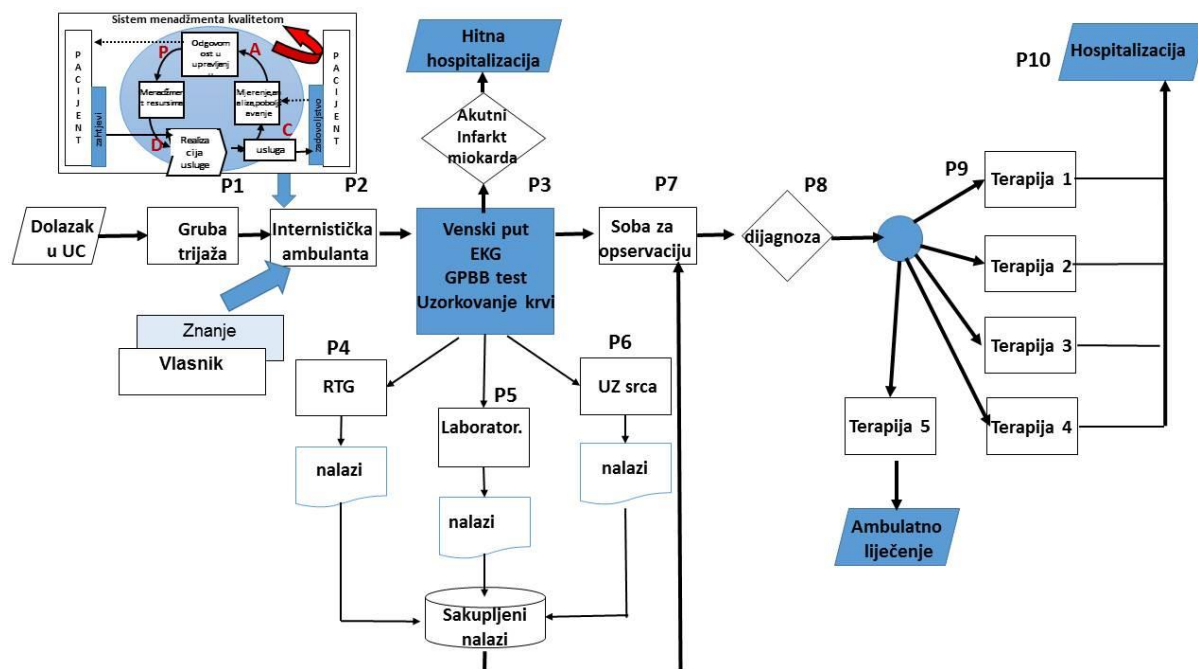
7.3. Arhitektura procesa pružanja usluge

Da bi se pristupilo razvoju modela QMS-a za unapređenje usluge neophodno je dizajnirati mapu procesa i aktivnosti koje su dio sveukupnog procesa pružanja ZUP-BGK. Mapa ZUP-BGK usluge je prikazana na slici 7.2. Kvalitet procesa pružanja ZUP-BGK usluge direktno utiče na zadovoljenje potreba i zahtjeva pacijenata, pa se ovaj proces naziva glavnim procesom.

Proces zbrinjavanja pacijenta koji se u Urgentni centar javlja sa simptomom bola u grudnom košu je dio mreže procesa koji se dešavaju u Kliničkom centru i direktno ili indirektno je povezan sa procesima podrške i upravljanja, što je prikazano na slici 5.3. Isto tako je, kao mreža procesa, ova usluga jedna od velikog broja usluga koje se pružaju u Urgentnom centru kao podsistemu Kliničkog centra.

⁸⁰ ZUP-BGK- Zdravstvena usluga pacijentu sa bolom u grudnom košu

⁸¹ ISO 9000:2009 (tačka 2.3)



Slika 7.2. Mapa procesa zbrinjavanja bolesnika koji se u Urgentni centar javi sa bolom u grudnom košu

Svi procesi koji direktno utiču na zadovoljenje potreba i zahtjeva pacijenata koriste zajedničke kadrovske, infrastrukturne i finansijske resurse Kliničkog centra. Stepem korišćenja dijela resursa neophodnih za realizaciju ZUP-BGK usluge se određuje na osnovu sažete informacije o usluzi kroz proces nabavke. Petlja kvaliteta usluge prikazana na slici 5.4 razrađuje odnos između zahtjeva korisnika i procesa vršenja usluge, kao i vezu između procesa vršenja usluge i zadovoljstva korisnika i pružaoca usluge.

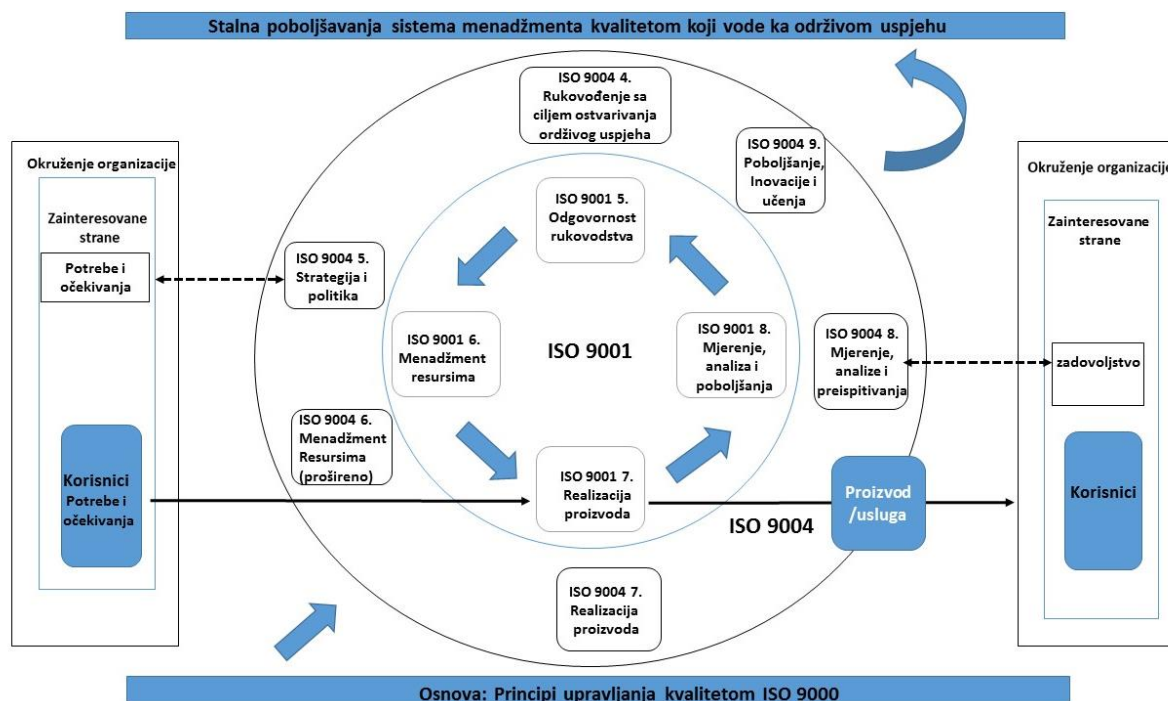
Tokom procesa pružanja zdravstvene usluge se moraju zadovoljiti zahtjevi stručnih normativa i standarda, kao i potrebe i zahtjevi ostalih zainteresovanih strana. Svi zahtjevi se moraju uzeti u obzir kao ulazi u proces pružanja usluge.

Za unapređenje usluge je neophodno razumjeti postupke njene realizacije što se postiže dekomponovanjem usluge kao procesa na podprocese i aktivnosti. Kao što se usluga posmatra kao sistem u kome su definisani ulazi, procesi, kao podsistemi, njihove međusobne relacije i izlazi, na isti način se posmatra i svaki njen podproces i aktivnost. Svakim od podsistema, tj procesa (P1,P2,...Pn) glavnog procesa, se upravlja po modelu QMS-a (koji je na mapi 7.2., radi preglednosti, vezan samo za P2 - pregled pacijenta u internističkoj ambulanti, a važi i za ostale procese).

Svaki proces iz mreže procesa ZUP-BGK usluge se mora organizovati po proširenom modelu sistema menadžmenta kvalitetom zasnovanog na procesima (slika 7.3.) kako bi se zadovoljile potrebe i zahtjevi svih zainteresovanih strana.

U poglavlju 5 je konstatovano da uspješnost realizacije usluge zavisi od kvaliteta procesa pružanja usluge ali i od kvaliteta upravljanja svim procesima ili mrežom

procesa koji su u vezi sa tom uslugom. Da bi se upravljalo procesom neophodno ga je pratiti, mjeriti performanse, analizirati i preispitivati, što pruža mogućnost poboljšavanja, inovacija i učenja na osnovu identifikovanih neusaglašenosti. Kontinuirani PDCA ciklus omogućava dostizanje održivog uspjeha u kvalitetu realizacije usluge.



Slika 7.3. Prošireni model sistema menadžmenta kvalitetom zasnovan na procesima

Već je ukazano da proces P2 (isto važi i za druge procese koji su predstavljeni na mapi procesa koji čine ZUP-BGK, slika 7.2), pratimo po matrici proširenog modela QMS-a. Dekomponovanje procesa P2 na podprocesse, a njih na aktivnosti i postupke, omogućava da se definišu veze između njih (ulazi, izlazi, dokumentovanje, i dr.). Svaku dobijenu aktivnost treba posmatrati kao uslugu i razraditi po modelu petlje kvaliteta prikazane na slici 5.4. To podrazumijeva da se na osnovu sažete informacije o usluzi i planiranja usluge kroz proces nabavke specificiraju:

- neophodne kvalifikacije vršioca usluge,
- njihova ovlašćenja i odgovornosti,
- potrebna oprema,
- način održavanja i servisiranja opreme,
- raspoloživost potrošnog materijala, i dr.

Na osnovu iste informacije i istog plana usluge je neophodno napraviti specifikaciju usluge, specifikaciju vršenja usluge i specifikaciju kontrole usluge. Za zdravstvene usluge je nemoguće uraditi tipizirane specifikacije jer ova vrsta usluge uključuje i komponentu individualnosti, kako svakog pacijenta tako i pružalaca usluge.

Za postupak zbrinjavanja pacijenta koji se u Urgentni centar prijavljuje zbog bola u grudnom košu se može koristiti Nacionalni vodič dobre prakse-kliničke smjernice (prezentovan u poglavlju 6) koji daje smjernice za izradu svih zahtijevanih specifikacija.

Vodič dobre kliničke prakse, iz perspektive menadžmeta kvalitetom zdravstvene usluge, olakšava menadžment procesima i menadžment resursima. Obezbjedenjem uslova za sprovođenje procedura, dijagnostičkih i terapijskih postupaka predviđenih vodičem dobre prakse uz uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom je najefikasniji način realizacije procesa liječenja koja će kao rezultat dati napovoljniji mogući ishod.

Vodič kliničke prakse ne obavezuje ali je preporuka i putokaz za planiranje i realizaciju procesa pružanja usluge čime se povećava i efikasnost i efektivnost procesa. Potrebe i zahtjevi svakog pacijenta su različiti i sadrže određenu specifičnost. Stoga, i u slučaju doslednog praćenja preporuka vodiča kliničke prakse, kvalitet usluge dominantno zavisi od stručnosti, obučenosti i iskustva kao i od zadovoljstva, posvećenosti, motivisanosti, uključenosti i dobrih interpersonalnih odnosa pružalaca usluge. Zato se za potrebe mjerenja kvaliteta usluge moraju analizirati i podaci o edukacijama i obukama ljekara i srednjeg medicinskog kadra, kao i podaci o zadovoljstvu zaposlenih.

7.4. KPI za Urgentni centar

Mreža procesa usluge zbrinjavanja pacijenta koji se u Urgentni centar javlja sa simptomom bola u grudnom košu prikazuje da je svaki izlaz iz jednog procesa ulaz u drugi proces. Potrebe i zahtjevi pacijenata kao ulazi u P1 se dodavanjem vrijednosti transformišu u izlaze koji su ulazi u P2. Na taj način se poboljšava kvalitet ulaza u P2, što garantuje poboljšanje izlaza iz P2, odnosno ulaza u P3, i tako redom.

Da bi se mogla izmjeriti dodata vrijednost izlaza u odnosu na ulaz neophodno je definisati indikator. Šemom procedura zbrinjavanja pacijenta sa simptomom bola u grudima koja je prikazana na slici 7.1. se ukazuje na značaj faktora „vrijeme“. Stoga je neophodno pratiti dva indikatora :

- prosječna dužina čekanja na pregled (prvi kontakt sa ljekarom) od momenta prijema u zdravstvenu ustanovu i
- procenat pacijenata zbrinutih u prvom satu od momenta javljanja dežurnom ljekaru ili medicinskoj sestri / tehničaru.

Skraćenje vremena čekanja na prvi kontakt sa ljekarom i skraćenje trajanja svih aktivnosti i procesa u mreži procesa koje se postiže praćenjem preporuka vodiča dobre kliničke prakse omogućava da se dijagnoza postavi u što kraćem roku kako bi se sprovela odgovarajuća terapija. Vodič dobre kliničke prakse⁸² obezbjeđuje da se racionalno koriste postojeći resursi, eliminišu aktivnosti praznog hoda, obezbijedi adekvatna dokumentovanost procesa pružanja usluge i konačno ljekaru praktičaru

⁸² Nacionalni vodič dobre kliničke prakse predstavlja djelo radnih grupa i recezenata, sastavljenih od najjemenitnijih domaćih eksperata za pojedine medicinske oblasti. Osnovni zadatak radnih grupa je da ujedine svoju stručnost, podatke dobijene pretraživanjem najsavremenije literature i da sve to usaglase sa socioekonomskom stvarnošću u Crnoj Gori i našim zdravstvenim sistemom.

Ministarstvo zdravlja Srbije je, u okviru projekta izrade nacionalnog vodiča za ishemijske bolesti srca, 2002-ge godine napravilo procjenu odnosa, uticaja ulaganja materijalnih sredstava i sprovođenja procedura definisanih vodičem kliničke prakse, na efikasnost liječenja pacijenata. Ova procjena je pokazala da veći uticaj na povećanje efikasnosti i efektivnosti procesa pružanja usluga ima postupanje po procedurama vodiča kliničke prakse nego ulaganje finansijskih sredstava. Iz rezultata pomenute analize se zaključuje da je u ambijentu, koji karakterišu skromna finansijska ulaganja u zdravstveni sistem, obezbjeđenje uslova za sprovođenje procedura, dijagnostičkih i terapijskih postupaka predviđenih nacionalnim vodičem uz uspostavljanje sistema menadžmenta kvalitetom, najekonomičniji i najefikasniji način realizacije procesa liječenja koji će kao rezultat dati napovoljniji mogući ishod.

pruži sigurnost pravilnog izbora i najadekvatnijeg postupka liječenja u datim okolnostima.

Dužina trajanja „zlatnog sata“ ili „zlatnog perioda“ u kome se pruži urgentna zdravstvena usluga je pokazatelj kvaliteta izlaza iz Urgentnog centra kao podsistema Kliničkog centra. Skraćenje „zlatnog perioda“ je mjera poboljšanja kvaliteta pružene usluge i zadovoljstva pacijenata. Poboljšavanje kvaliteta ovog izlaza koji je ulaz u drugi specijalizovani podsistem omogućava poboljšavanje kvaliteta izlaza iz Kliničkog centra. Procesni pristup pretpostavlja primjenu PDCA metodologije na sve procese, prateći strukturalni pristup ove metode. Na osnovu analize podataka i primjenom naučenih lekcija se postiže da svako poboljšavanje podstiče novi ciklus poboljšavanja.

7.5. Potvrđivanje istraživačke hipoteze

Istraživanja su pokazala da je procesni pristup i implementacija standarda QMS-a vrlo efikasan alat za sprovođenje poboljšavanja i daje mogućnost da se kao rezultat poboljšavanja skрати „zlatni period (zlatni sat)“ pružanja urgentne zdravstvene usluge, što je potvrda istraživačke hipoteze.

Ukoliko raspoloživost kadrova i opreme Urgentnog centra posmatramo kao konstante u određenom trenutku analize, mogućnosti za poboljšanje performansi sistema možemo naći u mjerenjima, analiziranju i poboljšavanjima procesa koji čine mrežu procesa pružanja usluge prikazanu na slici 7.2. Na taj način se postiže skraćenje „zlatnog perioda (zlatnog sata)“.

Mogućnosti skraćenja vremena pružanja usluge se identifikuju na osnovu benchmarkinga procesa u odnosu minimalno vrijeme trajanja svih podprocesa analizom:

- dužine trajanja hitne procjene - trijaže bolesnika;
- dužine trajanja postupka uzimanja anamneze i opis bola, fizikalni nalazi;
- postojanja i primjene vodiča dobre kliničke prakse;
- vremena obrade laboratorijskih nalaza -TAT- Turn Around Time;
- infrastrukturnih kapaciteta, raspoloživost opreme i ljudskih resursa;
- kvaliteta postojećeg informacionog sistema;
- postojanja aktivnosti „praznog hoda“;
- i dr.

Eliminacijom aktivnosti „praznog hoda“ se povećava i efikasnost i efektivnost. Praćenjem vodiča kliničke prakse se stvaraju mogućnosti za povećanje efikasnosti liječenja, kao i racionalnog korišćenja svih resursa. Adekvatna kvalifikovanost i obučenost pružalaca usluga obezbjeđuju povećanje efikasnosti i efektivnosti. Postojanje i praćenje protokola, identifikacija: rizika, neusaglašenosti i aktivnosti praznog hoda tokom procesa pružanja usluge, identifikacija neadekvatnog korišćenja postojećih resursa i nezadovoljavajućeg niva obučenosti osoblja, i dr., su osnova za poboljšavanje efikasnosti i efektivnosti procesa.

Povećanjem efikasnosti i efektivnosti procesa se skraćuje vrijeme pružanja usluge, tj. dužina trajanja „zlatnog perioda (zlatnog sata)“.

Na primjeru izabranog procesa to predstavlja skraćanje vremena uzimanja anamneze i izdavanja fizikalnih nalaza, kako bi se dijagnoza postavila u što kraćem roku, a terapija sproveda u skladu sa medicinskom doktrinom.

Predloženi model poboljšavanja kvaliteta zdravstvene usluge u Urgentnom centru je zasnovan na:

- prikupljanju informacija o potrebama i zahtjevima pacijenata,
- praćenju, analizi i poboljšavanju procesa,
- primjeni metoda liječenja zasnovanim na dokazima i vodiču kliničke prakse,
- integrisanom informacionom sistemu,
- kontinuiranim edukacijama i obukama zaposlenih,
- adekvatnom održavanju postojećih infrastrukturnih resursa i dijagnostičke opreme,
- uspostavljanju procedura i protokola čiji se efekti prate i
- upravljanju dokumentacijom.

Poboljšavanje kvaliteta zdravstvene usluge se postiže upravljanjem procesima realizacije usluge u skladu sa zahtjevima QMS standarda. Standardom je preciziran niz koraka u postupku implementacije QMS-a, koji omogućava zadovoljenje potreba i zahtjeva pacijenata, zaposlenih i ostalih zainteresovanih strana. Ključ uspjeha za implementaciju QMS-a je kultura organizacije koja zavisi od dizajna organizacionog sistema i uključenosti ljekara koji su nosioci direktne odgovornosti za sprovođenje svih dijagnostičkih i terapijskih procedura.

8. ZAKLJUČAK I PREDLOG PRAVACA DALJIH ISTRAŽIVANJA

Procesni pristup uspostavljanju QMS-a je zasnovan na premisi da je proces pružanja zdravstvene usluge složeni sistem koga čini mreža međusobno zavisnih i povezanih procesa i aktivnosti.

Istraživanja sprovedena za potrebe ovog rada ukazuju da inženjering, dizajniranje i organizacija procesa po proširenom modelu QMS-a omogućavaju da se na pravi način i u punom kapacitetu angažuju raspoloživi resursi kako bi se dostigle svih šest dimenzija kvaliteta zdravstvene usluge. Fokusiranje na procese, identifikovanje i zadovoljenje potreba i zahtjeva pacijenata i drugih zainteresovanih strana, stvara uslove za upravljanje kvalitetom usluge i ekonomično upravljanje zdravstvenom ustanovom. Kontinuirani PDCA ciklus preispitivanja i poboljšavanja kvaliteta procesa pružanja zdravstvene usluge rezultira zadovoljstvom pacijenata i drugih zainteresovanih strana.

Istraživanje ukazuje da praćenje, mjerenje i analiziranje kvaliteta procesa pružanja zdravstvene usluge iz perspektive:

- potreba i zahtjeva pacijenata,
- stručne procjene ljekara i drugih stručnjaka o zadovoljenju potreba pacijenata, tehničkoj ispravnosti pružene usluge i primjeni odgovarajućih procedura i protokola,
- menadžmenta, tj. efikasnosti, efektivnosti i produktivnosti unutar zadatih ograničenja i smjernica koje su propisali donosioci političkih i finansijskih odluka u zdravstvenom sistemu,

omogućava da se dobije najpovoljniji mogući ishod zdravstvene zaštite, kao mjera kvaliteta. Ove tri perspektive procjene kvaliteta moraju biti u dinamičkoj ravnoteži, a procesni pristup uspostavljanju sistema menadžmenta kvalitetom zdravstvene usluge omogućava da se uspostavi ta ravnoteža.

Zaključuje se da opredijeljenost najvišeg rukovodstva da upravljanje organizacijom bude zasnovano na osam principa sistema menadžmenta kvalitetom omogućava da procesi pružanja usluge budu u potpunosti okrenuti pacijentu, a da odnos zaposlenih bude u skladu sa osjećanjem pripadnosti organizaciji, timskim radom, inovacijom i prihvatanjem promjena. Da bi se obezbijedio naučni pristup rješavanju problema organizaciona kultura mora biti podržana dovoljnom kadrovskom kompetentnošću. Za adekvatnu stručnost zaposlenih odgovornost snosi vrhovni menadžment kroz planiranje, organizovanje i sprovođenje obuka i osposobljavanja. Na taj način zaposleni postaje „vlasnik procesa”, svjestan svoje uloge u sistemu sa jasno definisanim obavezama i ovlašćenjima, što rezultira njegovim punim angažovanjem tokom procesa rada. Navedenim pristupom se postiže zadovoljstvo pacijenata i zaposlenih, jer samo zadovoljni ljekar ili medicinska sestra / tehničar mogu pružiti uslugu zahtijevanog kvaliteta.

Rezultati sprovedenog istraživanja potvrđuju hipotezu da procesni pristup uspostavljanju sistema menadžmenta kvalitetom omogućava skraćenje „zlatnog perioda (zlatnog sata)“ pružanja urgentne zdravstvene usluge.

Potvrđivanjem istraživačke hipoteze postignut je i društveni cilj ovog rada, jer je procesni pristup uspostavljanju sistema menadžmenta kvalitetom način da se umanju ili eliminiše :

- neujednačenost kvaliteta usluge,
- neprihvatljiv nivo variranja u ishodima po zdravlje liječenih pacijenata,
- neefikasno korišćenje zdravstvenih tehnologija,
- vrijeme čekanja na medicinske procedure i intervencije,
- nezadovoljstvo korisnika pruženim zdravstvenim uslugama,
- nezadovoljstvo zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite i
- troškovi koji nastaju zbog lošeg kvaliteta ili nepotrebnih postupaka i aktivnosti.

Specifičnost i visoka personalizovanost zdravstvene usluge i obaveza zadovoljenja potreba i zahtjeva pacijenata i zainteresovanih strana zahtijevaju uspostavljanje i drugih sistema menadžmenta osim QMS-a. Jedan od pravaca daljih istraživanja bi mogao biti predlog modela integrisanja svih sistema menadžmenta koje zdravstvena ustanova, kao složen sistem, treba da uspostavi.

Dalja istraživanja bi mogla biti usmjerena na:

- 1) analizu rizika i davanju predloga modela za pristup uspostavljanju sistema menadžmenta rizikom, kako bi se preventivnim djelovanjem i planiranjem realizovali postavljeni ciljevi kvaliteta i
- 2) definisanje pristupa permanentnoj obuci i osposobljavanju kojima se mogu postizati stalna poboljšavanja.

9. LITERATURA

- 1 M.J.Perović, „Menadžment, informatika, kvalitet“, Kragujevac, 2003. god.
- 2 M.J.Perović, Z.Krivokapić, „Menadžment kvalitetom usluga“, Podgorica,2007. god.
- 3 R.Šofranac, M.Šofranac, „Menadžment kvalitetom u bolnici“, Podgorica,2007. god.
- 4 Z. Krovokapić, „Sistemi menadžmenta kvalitetom“, Podgorica, 2011. god.
- 5 V. Vujović, Z. Krivokapić, J. Jovanović, „Poboljšavanje kvaliteta medicinske usluge primjenom standarda“, Kvalitet, br 7-8, 2013. godina
- 6 MEST ISO 9004:2010
- 7 MEST ISO 9001:2009
- 8 IWA 1:2005 - Quidelines for process improvements in health service organization
- 9 ISO 31000:2009
- 10 <http://dftsolutions.com/kljucni-indikatori-performansi.html#nogo1>,preuzeto nov.2014.g.
- 11 N. Živković, „Integrirani sistemi menadžmenta“- elektronsko izdanje, Beograd, 2012.g.
- 12 Ministarstvo zdravlja Crne Gore „Nacionalna strategija za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata sa planom akcije 2012-2017.“, Podgorica, 2012.god.
- 13 Ministarstvo zdravlja Crne Gore, „Zdravstvena politika u Crnoj Gori do 2020 godine, Podgorica, 2001. god.
- 14 R.Bošković, S.Ćorović,“Pristupi realizaciji funkcije menadžmenta u zdravstvenoj organizaciji“- prezentacija,
www.canbhp.org/dokumenti/narandzasti/srp/uvodu_mendzment-oct07/15prf-menadzmenta-uzo.pdf, preuzeto dec 2014. godine
- 15 Z. Adelsberger, „Integracija sistema upravljanja prema Annexu SL“, „Kvalitet“ br 7-8, 2013.godine
- 16 B. Milovanov, „20 ključnih izmena u standardu ISO CD 9001:2015“, Naučni skup „Sistem kvaliteta uslov za uspešno poslovanje i konkurentnost“, Kruševac, 2013.god.
- 17 FZCG, IJZ CG, „Standardi i normativi kadra i zdravstvenih usluga u Crnoj Gori, primarna zdravstvena zaštita, preventivna medicina i dijagnostika“, Podgorica, 2002.g.
- 18 P. Ivanović, „Stretegijski menadžment“, Podgorica 2007.godina
- 19 P. Avdalović, Magistarski rad, „Identifikacija i kvantifikovanje aspekata i uticaja na životnu sredinu na bazi procesnog pristupa“, Podgorica, 2012.godina

- 20 S. Ramović, Magistarski rad, „Unapređenje performansi poslovnog sistema primjenom BSC”, Podgorica, 2008.godina
- 21 WHO collaborating Centre for Developing Quality and Safety in Health System, Priručnik za PATH projekat, preuzeto nov.2014.god., izvor <http://www.akaz.ba>
- 22 R.Bošković,V.Miladinović, „Upravljanje rizikom u kontekstu zdravstvene ustanove”, „Kvalitet“ broj 1-2, 2014. godina
- 23 Z.Krivokapić, „Društvena odgovornost , Standard MEST ISO 26000”, „Kvalitet“, broj 7-8, 2013. godina
- 24 M.J.Perović, A.Vujović, S.Martić, „Kvalitetom do inovacija”, „Kvalitet“, broj 7-8, 2013.g.
- 25 D. Nikšić, „Faktori uticaja na zdravstveni sistem, Podsystemi zdravstvenog Sistema”, Sarajevo, 2013. godina
- 26 http://www.pathqualityproject.eu/what_is_path.html
- 27 N.Stefanović, Ž.Stefanović, „Liderstvo i kvalitet”, Kragujevac,2007.godina
- 28 H.Leguido-Quigley,M Mc Kee, E.Nolte,I.Gligos, „Assuring The Quality of Health Care in The European Union”, WHO, 2008.
- 29 „Quality and accreditation in health care services a global review”, WHO, Geneva, 2003
- 30 „Standards for Health Promotion in Hospitals”, WHO - Evropska kancelarija za integraciju zdravstvenih servisa, 2004 godina
- 31 „Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems” - World Health Organization 2006.
- 32 V.Horozović, „Pokazatelji kvaliteta rada zdravstvenih ustanova sekundarne i tercijerne zdravstvene zaštite”, IJZ „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd, 2013.godina
- 33 „Izvještaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u drugoj polovini 2011.”, IJZ „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd, 2012.godina
- 34 S.Stević, intervju, Glas Srpske, 10.05.2014. godine
- 35 M.Bešker, J.Čiček, „Upravljanje procesima liječenja bolesnika (ISO/IWA1)”, 12. Međunarodni Simpozij o kvaliteti, „Kvalitetom do poslovne izvrsnosti“,Osijek, 2011.g.
- 36 MEST ISO 9000:2009
- 37 D.Tipurić, „Upravljanje kvalitetom u zdravstvu”, izvor www.zzjzfbih.ba, preuzeto jun 2014.godine
- 38 D.Tipurić, „Razvoj modela i pristupa upravljanja kvalitetom”, , izvor www.zzjzfbih.ba , preuzeto jun 2014.godine
- 39 V. Bjegović-Mikanović, V. Bumbaširević, i dr, „Osnove menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite“, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2011.god.

- 40 S.Simić, „Pokazatelji kvaliteta rada i pokazatelji bezbjednosti pacijenata u bolnicama u Evropi i u Svetu-kritički osvrt i predlozi novih pokazatelja“, www.batut.org.rs, snezanas@eunet.rs, preuzeto jun 2014.godine
- 41 Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, „Nacionalni vodič kliničke prakse, Preporuke za prevenciju ishemijske bolesti srca“, Beograd, 2002.godine
- 42 Ministarstvo zdravlja Crne Gore, „Terapija akutnog infarkta miokarda sa ST elevacijom (STEMI), Nacionalni vodič u kardiologiji“, Podgorica, 2012.godine
- 43 Zavod za hitnu medicinu KBC Zagreb,
http://www.kbczagreb.hr/klinike_i_zavodi/zavod_za_hitnu_medicinu/struktura/hitni_lab_oratorij , preuzeto mart 2015.godine
- 44 Viera Wardhani and others, “Determinants of Quality management system implementation in hospitals“, Health Policy, www.elsevier.com/locate/healthpol , March,2009.
- 45 M.J.Perović, „Procesni pristup integrisanom sistemu menadžmenta“, 33.Nacionalna konferencija o kvalitetu, Kragujevac, maj 2006.godine
- 46 http://www.nist.gov/baldrige/publications/hc_criteria.cfm , preuzeto januar 2015.godine
- 47 Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, „Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o obaveznim pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite“, Beograd, avgust 2007.godine
- 48 P. Pravdić, „BSC kao sistem menadžmenta performansama u organizacijama“, FQ2012, Festival kvaliteta, 39.Nacionalna konferencija o kvalitetu,Kragujevac, 2012.g.
- 49 J.Jovanović, P.Pravdić,„Komparativna analiza Balanced Scorecard-ani Sistema menadžmenta kvalitetom“, FQ2010-Festival kvaliteta, Nacionalna konferencija o kvalitetu, Zbornik radova, Kragujevac, 2010.godine
- 50 J.Bisbe,J.Barrubés, „The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations“, 2012.,
<http://revespcardiol.org/en/the-balanced-scorecard-as-management/articulo/90155071/> , preuzeto jan.2015.godine
- 51 Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, „Nacionalni vodič dobre kliničke prakse, Prehospitalno zbrinjavanje hitnih stanja“, Beograd, 2013.godine
- 52 Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2014 Report, dostupno na <http://www.healthpowerhouse.com> , preuzeto mart 2015.godine

PRILOZI

- Prilog 1: Javno poređenje performansi zdravstvenih sistema – EHCI
- Prilog 2: Svjetska zdravstvena organizacija - Prioriteti rukovođenja
WHO- Leadership priorities
- Prilog 3: Standardi primjenljivi na sve bolnice i razvijeni u skladu sa
zahtjevima ALPHA programa
- Prilog 4: Benchmarking tabela
- Prilog 5: Upitnici-ankete
- a) Anketa o zadovoljstvu pacijenata
 - b) Anketa o zadovoljstvu ljekara
 - c) Anketa o zadovoljstvu srednjeg medicinskog kadra

PRILOG 1 - Javno poređenje performansi zdravstvenih sistema¹ - EHCI

Evropski indeks korisnika zdravstvenih usluga - EHCI (European Health Consumer Index) je sredstvo za: javno poređenje performansi zdravstvenih sistema, poboljšanje ishoda i podrška osnaživanju pacijenata na ostvarivanju njihovih prava.² Ustanovljen je kao parametar za praćenje savremene zdravstvene zaštite od 2005. godine. Indeks se sastoji od kombinacije javnih statistika, anketa sprovedenih među pacijentima i nezavisnog istraživanja sprovedenog u 37 zemalja kojim se procjenjuje djelotvornost zdravstvene zaštite u Evropi kako bi se podržalo jačanje uloge pacijenata. Od 2006. godine ovo poređenje ključnih vrijednosti u zdravstvu utiče na poboljšavanje performansi evropskih sistema zdravstvene zaštite, snaženje pacijenata i rješavanje slabosti sistema. EHCI postavlja referentne vrijednosti za ono što može i treba postići moderan, dobro organizovan sistem zdravstvene zaštite. Crna Gora je u EHCI prvi put uključena 2014. godine i zauzima 35. mjesto sa 463 boda od maksimalnih 1.000 bodova (slika P - 1.1).

Podaci za analizu i poređenje sistema zdravstvene zaštite se dobijaju na osnovu više od 40 indikatora, sakupljanjem podataka iz javnodostupnih izvora kao što su Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), Organizacija za evropsku saradnju i razvoj, Savjet Evrope i naučnih radova, uz konsultacije sa više od 1000 organizacija pacijenata.

Indikatori su podijeljeni u šest kategorija: prava pacijenata i informisanost, dostupnost (vrijeme čekanja na tretman-liječenje), ishodi, raznovrsnost i dostupnost usluga, prevencija i farmaceutski proizvodi (dostupnost i kvalitet).

Na slici P - 1.2., Euro Health Consumer 2014 su tabelarno su prikazani svi indikatori koji se prate i njihove ocjene.³

Pitanje neformalnih plaćanja usluge ljekarima, kao pokazatelj stepena korupcije, je jedan od indikatora iz kategorije 4.

¹ http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=54

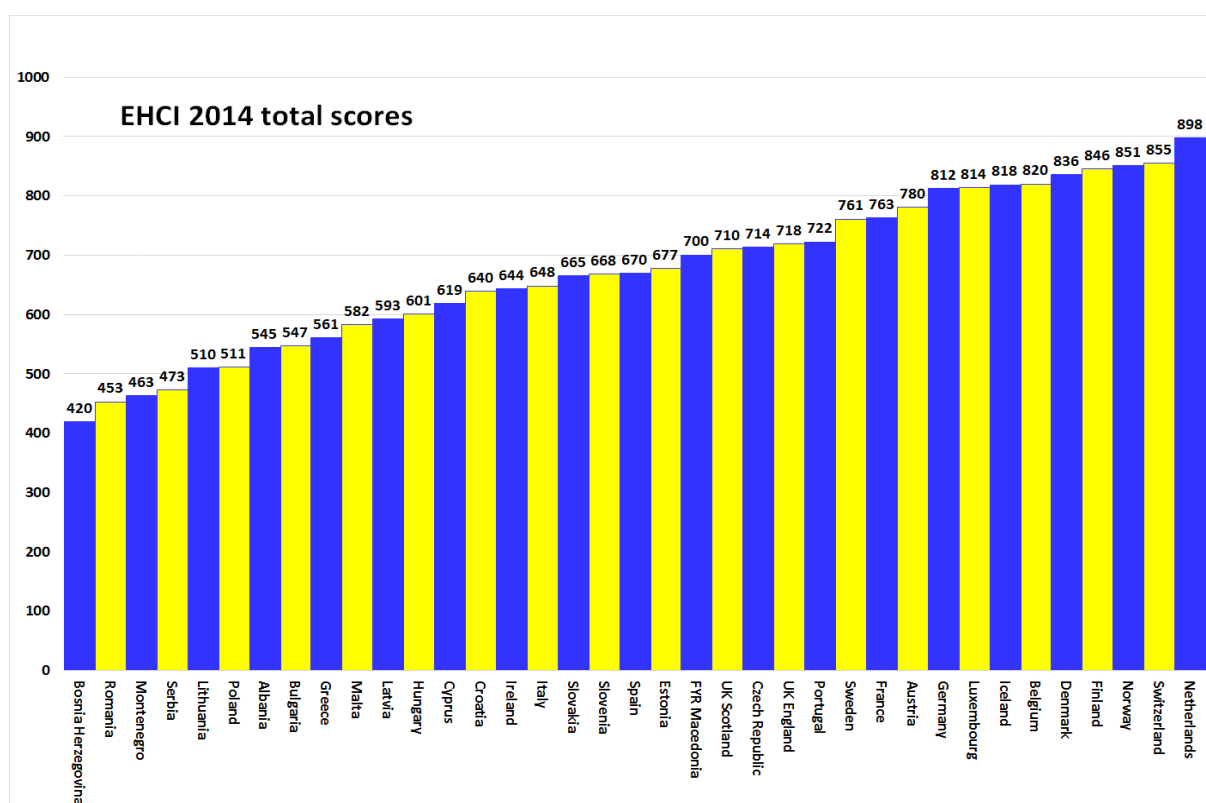
Preuzeto mart 2015.godine

² „Mi znamo da Evropski zdravstveni potrošački indeks (EHCI) danas predstavlja glavnu javnu procjenu djelotvornosti državnih sistema zdravstvene zaštite... Nedavno smo saznali da je Evropska komisija nakon procjene različitih pokazatelja ustanovila da EHCI predstavlja najtačnije i najpouzdanije upoređenje“. - Dr Vitenis Andriukaitis, Ministar zdravlja Litvanije, 2013. (od novembra 2014. Komesar za zdravstvo i zaštitu potrošača EU)

³

 = dobro (3) ;  = srednje (2);  = nedovoljno dobro (1) ;  = podaci nijesu dostupni (1)
 = nije primjenljivo (2)  = abortus je nelegalan/ograničen

Zemlje sa Balkana, osim Grčke, Slovenije i Hrvatske, su najsiromašnije zemlje obuhvaćene ovim istraživanjem. Prikaz na grafikonu (slika P-1.3), ukazuje na blizak odnos između siromaštva i visine nivoa korupcije mjerene od strane Transparency International⁴. Pitanje da li siromaštvo dovodi do korupcije ili korupcija izaziva / održava siromaštvo je izvan opsega istraživanja EHCI.⁵ Odgovor na ovo pitanje se može naći u izjavi: „Korupcija je posledica upravljačkih slabosti. Naš izvještaj sadrži dokaz da ne postoji povezanost između pristupačnosti zdravstvene zaštite i količine uloženog novca“.⁶

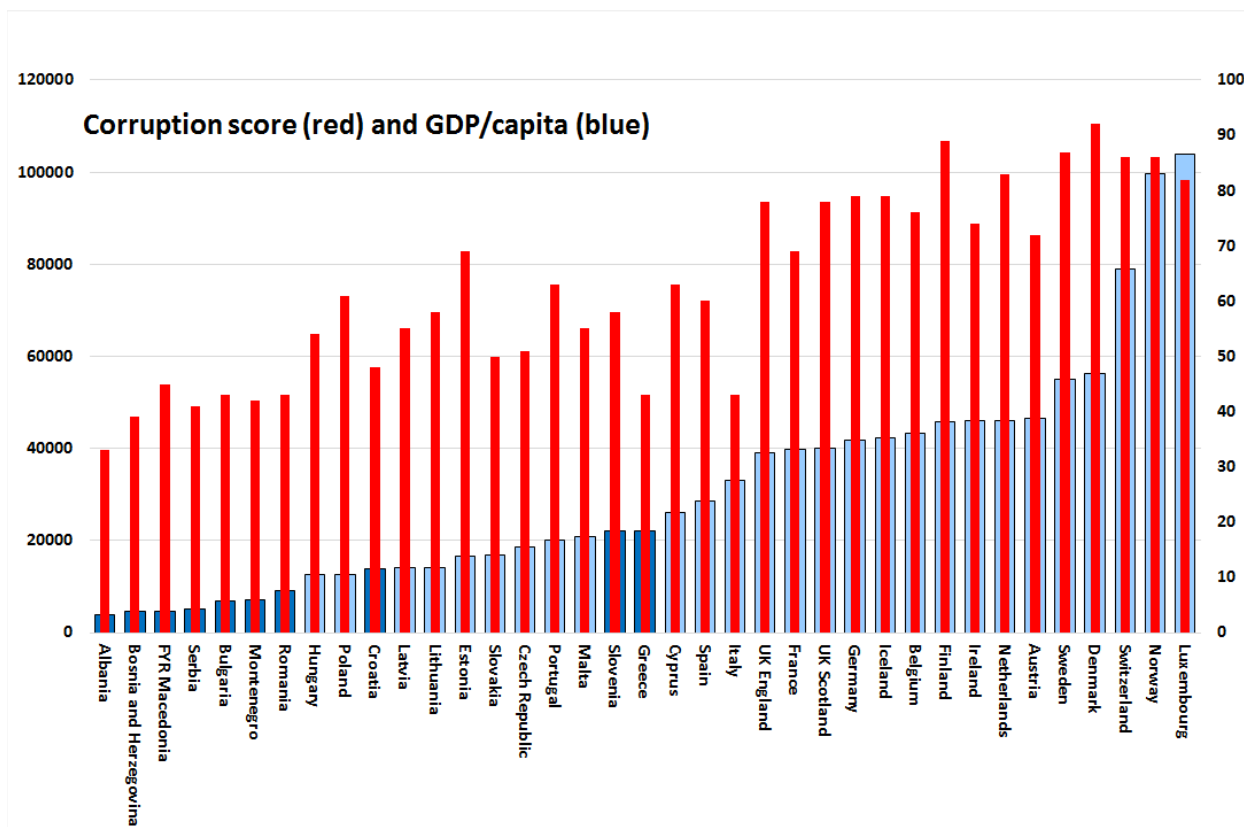


Slika P -1.1. - Ukupna ocjena EHCI za 2014-tu godinu

⁴ <http://www.transparency.org/cpi2014/results>

⁵ Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2014 Report

⁶ Dr Arne Bjernberg, direktor istraživanja, Politika , 4. januar 2014



Slika P-1.3. - Ocjena korupcije (plavo) u odnosu na GDP/po glavi stanovnika (cveno).⁷

⁷ Na ljestvici korupcije, rezultat od 100 označava zemlju bez korupcije; niža ocjena, teža korupcije

Prioriteti rukovođenja

Prioriteti našeg rukovođenja daju fokus i pravac našem radu. To su područja gdje je od vitalnog značaja da WHO rukovodi - ključna pitanja koja se izdvajaju iz spektra naše radne oblasti.

WHO vrijednosti

WHO je bio na čelu poboljšanja zdravlja širom svijeta od 1948.

Zdravlje:

je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti

je osnovno pravo svakog ljudskog bića, svugdje u svijetu

je od presudnog značaja za mir i sigurnost

zavisi od saradnje svih pojedinaca i država

treba dijeliti: širenje znanja svim ljudima je od suštinskog značaja



WHO diriguje i koordinira internacionalno zdravlje pomoću:

obezbjđivanje vodeće uloge na pitanjima kritičnim za zdravlje

organizovanje zdravstvenih istraživanja

definisanja zdravstvenih normi i standarda

articulacije tipova zdravstvenog osiguranja

obezbjđivanja tehničke podrške i stvaranja kapaciteta za praćenje zdravstvenih trendova



Leadership priorities

Our leadership priorities give focus and direction to our work. They are areas where it is vital for WHO to lead —the key issues which stand out from the body of our work.

WHO values

WHO has been at the forefront of improving health around the world since 1948.

Health:

is a state of complete physical, mental and social well-being, not just the absence of disease or infirmity

is the fundamental right of every human being, everywhere

is crucial to peace and security

depends on the cooperation of all individuals and States

should be shared: extending knowledge to all peoples is essential



WHO directs and coordinates

international health by :

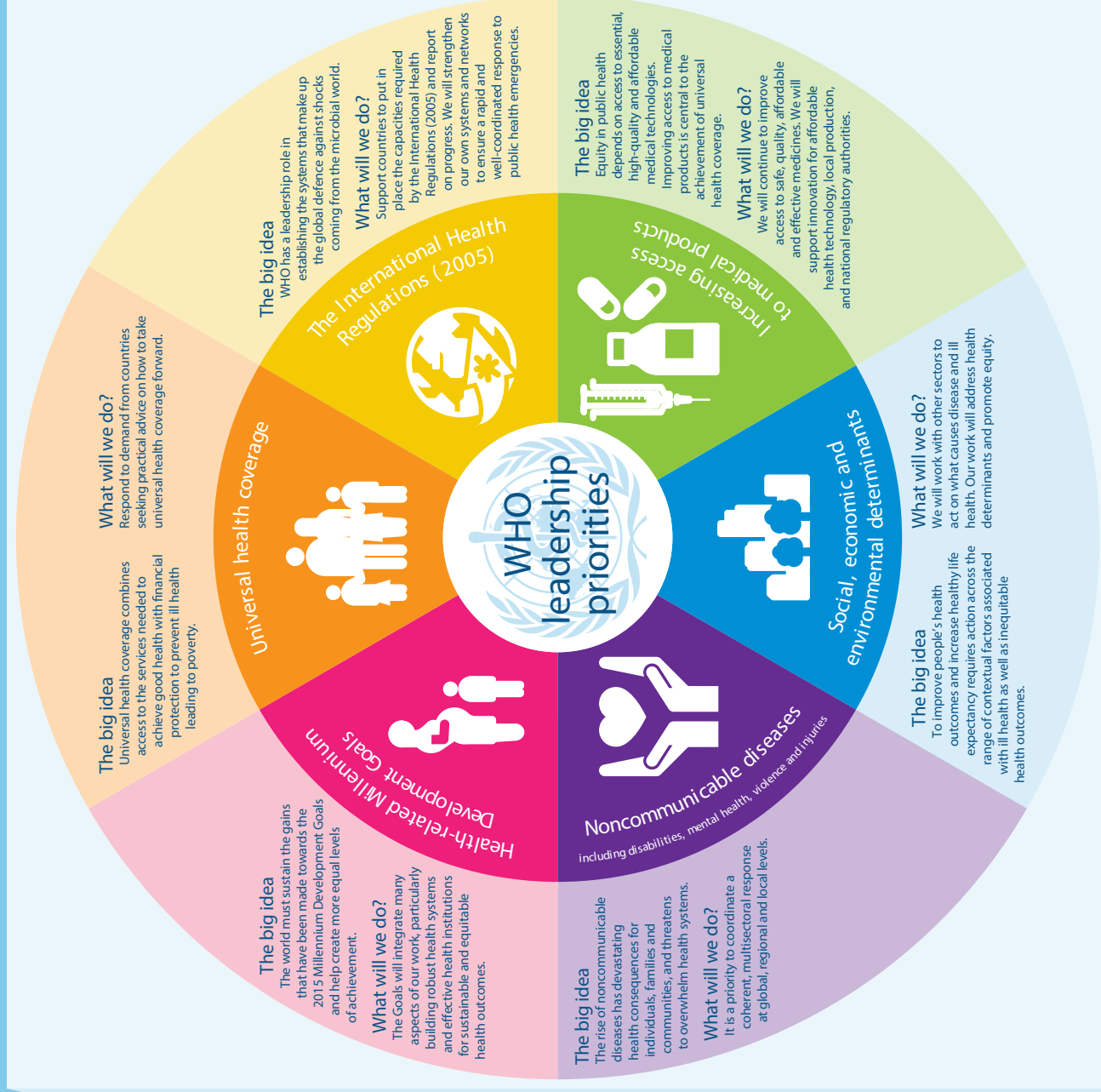
providing leadership on matters critical to health

shaping the health research agenda

defining norms and standards for health

articulating policy options for health

providing technical support and building capacity to monitor health trends



PRILOG 3

Standards for Health Promotion in Hospitals

Standardi primjenljivi na sve bolnice i razvijeni u skladu sa zahtjevima ALPHA programa

(slobodan prevod)

WHO – Evropska kancelarija za integraciju zdravstvenih servisa, 2004 godina

Politika upravljanja

Standard 1 . Organizacija ima pisanu politiku za promociju zdravlja

Politika je implementirana kao dio cjelokupnog sistema poboljšanje kvaliteta organizacije, u cilju poboljšavanje zdravstvenih ishoda. Ova politika ima u fokusu pacijenata, rodbinu i osoblje.

Cilj: Opisivanje okvira za aktivnosti organizacije u vezi promocije zdravlja, kao sastavnog dijela sistema upravljanja kvalitetom organizacije .

Substandardi :

- 1.1. Organizacija identifikuje odgovornosti za proces implementacije, evaluacije i redovnu reviziju politike.
- 1.2. Organizacija dodjeljuje sredstva u procesima implementacije, evaluacije i redovnog preispitivanja politike .
- 1.3. Osoblje je svjesno značaja promocije zdravstvene politike i uključeno je u programe obuke za novo osoblje .
- 1.4. Organizacija osigurava dostupnost procedura za prikupljanje i procjenu podataka sa ciljem praćenja kvaliteta pružanja zdravstvene usluge.
- 1.5. Organizacija osigurava da osoblje ima relevantne kompetencije za pružanje zdravstvene usluge i podržava sticanje daljih kompetencija prema potrebi .
- 1.6. Organizacija osigurava dostupnost potrebne infrastrukture, uključujući i resurse, prostor, opremu, itd.u cilju realizacije aktivnosti promocije zdravlja .

Procjena potreba pacijenata

Standard 2. Organizacija osigurava da zdravstveni radnici, u partnerstvu sa pacijentima, sistematski procjenjuju potrebu za aktivnostima unapređenja zdravlja

Cilj: Podrška liječenju pacijenta, unapređenje planiranja i promovisanja zdravlja i dobrobiti pacijenata .

Substandardi :

- 2.1. Organizacija osigurava dostupnost procedura za sve pacijente u skladu sa potrebama njihovog liječenja.
- 2.2. Organizacija osigurava procedure za procjenu specifične potreba liječenja za grupe pacijenata sa srodnim dijagnozama.
- 2.3. Procjena potreba pacijenta za zdravstvenom uslugom vrši se prilikom prvog kontakta sa bolnicom. Ova procjena se drži pod nadzorom i prilagođava po potrebi u skladu sa promjenama kliničkog stanja pacijenta ili na upit.
- 2.4. Procjena potreba pacijenata se vrši u skladu sa sviješću i osjetljivošću na društvene i kulturne okolnosti .
- 2.5. Informacije dobijene od drugih partnerskih zdravstvenih službi se koriste u identifikaciji pacijentovih potreba i podrške prikupljanju detaljnijih ovlašćenja prema potrebi.

Informisanje pacijenta

Standard 3. Organizacija obezbjeđuje pacijentu informacije o značajnim faktorima u vezi sa njegovom bolešću i zdravstvenim stanjem bolesti i medicinskim intervencijama tokom svih puteva pacijenta

Cilj: Da se osigura obaviještenost pacijenta o planiranim aktivnostima, da se osnaži pacijent u aktivnom partnerstvu u planiranim aktivnostima i da se olakša integracija promocije zdravstvene usluge tokom svih puteva pacijenta.

Substandardi :

- 3.1. Na osnovu procjene potreba promocije zdravlja, pacijent je informisan o faktorima koji utiču na njegovo zdravlje. U partnerstvu sa pacijentom se dogovaraju i planiraju odgovarajuće aktivnosti.
- 3.2. Pacijentu su date jasne, razumljive i odgovarajuće informacije o njegovom stvarnom stanju, liječenju, njezi i faktorima koji utiču na njegovo zdravlje.
- 3.3. Organizacija osigurava da je zdravstvena usluga dostupna svim pacijentima na osnovu procijenjenih potreba.
- 3.4. Organizacija osigurava dokumentovanje i evaluaciju informacija koje se daju pacijentu, pružene usluge, uključujući i realizaciju planiranih i očekivanih rezultata.

- 3.5. Organizacija osigurava da svi pacijenti, osoblje i posjetioci imaju pristup opštim informacijama o faktorima koji utiču na zdravlje.

Promovisanje zdravog radnog mjesta

Standard 4. Rukovodstvo uspostavlja uslove za razvoj bolnice kao zdravog radnog mjesta

Cilj: Podržati uspostavljanje zdravog i sigurnog radnog mjesta. Dati podršku promociji zdravlja zaposlenih.

Substandardi :

- 4.1. Organizacija osigurava uspostavljanje i provođenje sveobuhvatne strategije ljudskim resursima koja uključuje obuku i i usavršavanje svih vještina za pružanje zdravstvene usluge.
- 4.2. Organizacija osigurava uspostavljanje i provođenje politike za zdravo i sigurno radno mjesto kako bi se zaštitilo zdravlje zaposlenih.
- 4.3. Organizacija osigurava uključivanje osoblja u odluke koje utiču na radno okruženje.
- 4.4. Organizacija osigurava dostupnost postupaka za razvoj i održavanje svijesti osoblja o značaju zaštite zdravlja.

Kontinuitet i saradnja

Standard 5. Organizacija ima planski pristup saradnji s drugim nivoima zdravstvene zaštite i drugim institucijama i sektorima na trajnoj osnovi

Cilj: Osiguranje saradnje sa relevantnim pružaocima usluga i pokretanje partnerstva radi optimizacije integracije aktivnosti promocije zdravlja tokom puteva pacijenta.

Substandardi:

- 5.1. Organizacija osigurava da je promocija zdravstvene usluge koherentna sa važećim odredbama i zdravstvenim planovima.
- 5.2. Organizacija sarađuje s postojećim ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite i srodnim organizacijama i grupama u zajednici.
- 5.3. Organizacija osigurava dostupnost i sprovođenje aktivnosti i postupaka nakon otpuštanja pacijenta u post-hospitalizacionom periodu.
- 5.4. Organizacija osigurava da se dokumentacija i informacije o pacijentu šalju relevantnim primaocima / pratiocima kao partnerima u procesima njege i rehabilitacije bolesnika.

PRILOG 4

Benchmarking u odnosu na strukturu organizacije

Da bi se utvrdila trenutna pozicija strukture organizacije Urgentnog centra u odnosu na slične organizacione sisteme napravljeno je poređenje u odnosu na strukturu organizacije sa Zavodom za hitnu medicinu KBC Zagreb.

Podaci organizacione strukture Urgentnog centra KCCG-a su važeći za 2014. godinu a podaci organizacione strukture Zavoda za hitnu medicinsku pomoć su preuzeti sa sajta http://www.kbczagreb.hr/klinike_i_zavodi/zavod_za_hitnu_medicinu/struktura/hitni_laboratorij (preuzeto decembar 2014. godine).

Treba napomenuti da, prema popisu iz 2000. godine Zagreb ima oko 800.000 stanovnika, dok Podgorica prema popisu iz 2011. godine ima oko 150.000 stanovnika.

REPER	Urgentni centar KCCG	Zavod za hitnu medicinu KBC Zagreb
1. Prostor	Prostorno i funkcionalno neprilagođen za zbrinjavanje urgentnih stanja. Postoje dva ulaza, jedan za bolesnike koji dolaze sami i drugi za bolesnike koje dovodi hitna pomoć.	Maksimalno prostorno i funkcionalno prilagođen zbrinjavanju hitnih bolesnika; Ozvučen sistemom razglasa i interfona – komunikacija bolesnika i osoblja, Dva ulaza-za bolesnike koji dolaze sami i bolesnike koje dovodi hitna pomoć Prostrana čekaonica u skladu sa brojem bolesnika koji se dnevno prođu kroz hitnu službu;
2.Trijaža	Ne postoji standardni trijažni pult , niti obučeni srednji kadar za obavljanje ove usluge.Na ulazu u UC postoji pult gdje se pacijent javlja, upisuju podaci u kompjuter i šalje u odgovarajući ambulantu. Po završetku obrade, ukoliko nije hospitalizovan, vraća se na isti pult , gdje ovjerava istoriju bolesti. Nema naplate participacije , niti usluge ukoliko pacijent nije osiguran , čak ni u slučajevima kad objektivno nije bilo potrebe za pružanjem urgentne medicinske pomoći.	Trijažni pult se nalazi u središnjem dijelu čekaonice. Na ovom mjestu sve počinje i sve se završava. Bolesnik dolazi, iznosi svoj problem med. sestri, podaci se unose u računar, a sestra određuje stepen hitnosti (pet stepeni hitnosti). Ukoliko je bolesnik vitalno ugrožen, tada je to 1. stepen hitnosti i takav bolesnik odmah dobija pomoć. Ukoliko je bolesnik trijažiran sa nižim stepenom hitnosti upućuje se u čekaonicu i informiše da će biti prozvan preko razglasa. Po završetku obrade , ukoliko pacijent nije hospitalizovan, vraća se kod trijažne sestre gdje ovjerava istoriju bolesti i plaća participaciju ukoliko nema dopunsko osiguranje.

Nastavak tabele benchmarking u odnosu na organizacionu strukturu

Reper	Urgentni centar KCCG	Zavod za hitnu medicinu KBC Zagreb
3. Dijagnostika	Hitna RTG dijagnostika ali se nalaz radi opisa šalje u RTG centar dislociran od UC. CT i ultrazvučna dijagnostika se nalazi u centru za RTG dijagnostiku na prvom spratu.	U prostorima čekaonice nalazi se odjel hitne RTG i CT dijagnostike što smanjuje potrebu za transportom bolesnika, a to je često od velike važnosti kada se radi o vitalno ugroženom bolesniku.
4. Laboratorija	Koristi se centralna laboratorija koja kao hitne analize istovremeno prima uzorke i iz UC i sa svih odjeljenja Kliničkog centra. Uzorci iz UC nemaju oznaku prioriteta.	Uz trijažni pult Centra za hitnu medicinu nalazi se hitni laboratorij bez kojeg bi svakodnevni rad hitne službe bio nezamisliv. Laboratorij radi 24 sata dnevno i koristi se samo za pacijente Centra kako bi im se osigurali nalazi u najkraćem mogućem vremenu. Objedinjuje hitnu biohemiju, hematologiju i koagulaciju, a računalnim umreženjem s ostalim dijelovima Centra postignut je minimalan protok vremena od primitka uzorka do izdavanja nalaza.
5. Hitne Operacione sale	Mala operaciona sala za male zahvate uz lokalnu anesteziju. Nema uslova za sprovođenje opšte anestezije.	Hitna operaciona sala za male zahvate i obradu rana. Moguće je sprovesti sve metode anestezije. Prostor hitnih operacijskih sala konstruiran je po preporukama za sprečavanje intrahospitalnih infekcija (propusnik za osoblje, prostorije „čistog“ i „nečistog“) a u njima je instalirana suvremena medicinska oprema, anesteziološki aparati i invazivni hemodinamski monitoring.
6. Ambulante	Internistička, hirurska i ortopedska ambulanta . U centralno dijelu se nalazi manja prostorija za umrle.	17 ambulanti (11 za preglede, 3 za opservaciju, ambulanta za UZ, ambulanta za izolaciju), prostorija za primjenu klizme i prostor za umrle. Ambulante su podijeljene po specijalnostima zbog potrebne specifične opreme. U slučaju potrebe koristi se prva slobodna ambulanta. Oprema u ambulantama: • viseći šinski sistem • centralni dovod plinova i energenata • invazivni hemodinamski monitori • 12 kanalni EKG uređaji • računala • „stretcheri“ • bifazični defibrilatori • pribor za primjenu kisika • aspiratori • lijekovi i infuzijske otopine • specifičan pribor za pojedine specijalnosti (oftalmologija, ORL)

Nastavak tabele benchmarking u odnosu na organizacionu strukturu

Reper	Urgentni centar KCCG	Zavod za hitnu medicinu KBC Zagreb
7. Ambulanta za opservaciju	1 soba za opservaciju	Za potrebe opservacije bolesnika do finalnog zbrinjavanja (otpusta kući ili prijema u bolnicu) koriste se 3 ambulate s mogućnošću neinvazivnog monitoringa i provođenja dijagnostičko-terapijskih postupaka. Oprema: • visećim šinskim sistemom • centralnim dovodom plinova i energenata • priborom za primjenu kisika • aspiratorima • invazivnim monitorima • kolicima za reanimaciju za bifazičnim defibrilatorima • kolicima za pripremu i primjenu terapije • lijekovima i infuzijskim otopinama • „stretcherima“
8. Prostor izolacije	Podaci nijesu dostupni	Prostor izolacije namijenjen je za prijem infektivnog bolesnika. Sastoji se od dva dijela, pred-prostora za pripremu i oblačenje, te samog prostora izolacije. Oprema u izolaciji jednaka je kao i u svim ostalim ambulantom, a ulazak kontroliran.
9. Najava hitnog prijema	Postoji radio veza sa službom hitne pomoći ali se ovaj oblik komunikacije ne koristi u praksi.	Dobra saradnja sa službom Hitne pomoći. Pravovremena najava hitnog primjena uz detalje radne dijagnoze, stanja bolesnika i procijenjenom vremenu dolaska.
10. Reanimacijske sale	Postoji adekvatno opremljena reanimacijska sala pozicionirana između hirurške i internističke ambulate.	Sale za reanimaciju se nalazi na samom ulazu za vozila hitne pomoći. Prostorno i opremljenošću se ne razlikuju od jedinice intenzivnog liječenja. One služe za zbrinjavanje i osposobljavaju najzahtjevnijih bolesnika za transport do nadležnog JIL-a. Reanimacija A- za odrasle osobe, reanimacija B- prilagođena reanimacijskom tretmanu djece nezavisno o etiologiji.
11. Oprema u svakoj od ambulanti	Podaci nijesu dostupni	• „viseći šinski sistem • centralni dovod plinova i energenata • invazivni hemodinamski monitori • 12 kanalni EKG uređaji • računala • „stretcheri“ • bifazični defibrilatori • pribor za primjenu kisika • aspiratori • lijekovi i infuzijske otopine • specifičan pribor za pojedine specijalnosti (oftalmologija, ORL)

Nastavak tabele benchmarking u odnosu na organizacionu strukturu

Reper	Urgentni centar KCCG	Zavod za hitnu medicinu KBC Zagreb
12. Informacioni sistem	Ambulante su opremljene komjuterima koji služe za unos podataka. U funkciji je neodgovarajuća baza podataka koja nije umrežena sa centralnom bazom podataka. Postoji PACS sistem preko koga se dobijaju snimci RTG dijagnostike, bez opisa.	Računari na nadzornim pultovima su umreženi sa trijažom, laboratorijom i RTG dijagnostikom čime je postignuto brzo dobijanje nalaza.
13. Ljudski resursi	9 ljekara, od čega 5 hirurg, 4 spec.interne medicine. Nedovoljan broj smjenskih medicinskih sestara i tehničara 4 transportna radnika 5 higijeničarki 6 administratora	57 smjenskih medicinskih sestara i tehničara (13 sa višom ili visokom školom) 11 pomoćnih radnika
14. Hijerarhijska struktura	Direktor UC Glavni tehničar Vođa smjene Smjenske medicinske sestre i tehničari Pomoćni radnici	Direktor zavoda Glavna sestra Voditelji smjena Smjenske medicinske sestre i tehničari Pomoćni radnici
15. Raspored smjena	12-24-12-48 U svakoj smjeni prisutno 8-9 medicinskih sestara i tehničara.Organizovano po principu timskog rada.U svakoj smjeni po jedan specijalista u hirurgskoj, internističkoj i ortopedskoj ambulanti.	12-24-12-48 U svakoj smjeni prisutno 10 medicinskih sestara i tehničara.Organizovano po principu timskog rada.
16. Edukacija Srednjeg kadra	Nema organizovane kontinuirane edukacije srednjeg medicinskog kadra.	Svakog mjeseca interna predavanja. Prezentacije opreme i pribora za akutno zbrinjavanje se vrši u jednoj od sala za reanimaciju. Svake godine se određeni broj zaposlenih šalje na međunarodne kurseve u organizaciji ERC-a(European resuscitation council). Gotovi svi zaposleni su položili ILS(International Trauma Life Support) , ALS(Advanced Life Support) i ITLS (International Trauma Life Support) kurseve.
17.Statistika	Tokom 24 h:180-280 prijema pacijenata. Od ukupnog broja 1-5 dovežena kolima Hitne pomoći.U prosjeku 1 reanimacija dnevno.	Tokom 24 h: 250-300 bolesnika. Od ukupnog broja ¼ dovežena kolima hitne pomoći. Broj reanimacija 1-5 u smjeni.

Nastavak tabele benchmarking u odnosu na organizacionu strukturu

Reper	Urgentni centar KCCG	Zavod za hitnu medicinu KBC Zagreb
18.Primopredaja	Na početku svake smjene primopredaja (ukupno pacijenata, ukupno prijema, ukupno opservacija, ukupno reanimacija, pacijenti u obradi, pacijenti koji čekaju). Nakon obavljene primopredaje medicinske sestre i tehničari od kolega i koleginica preuzimaju bolesnike koji su u obradi i ukratko se upoznaju sa dijagnozom, terapijom, zahvatima, dijagnostici) Ispravnost opreme i prisutnost potrebnog pribora provjerava vođa smjene na početku i na kraju smjene što potvrđuje svojim potpisom u protokolu nadzora reanimacijskih sala.	Na početku svake smjene primopredaja (ukupno pacijenata, ukupno prijema, ukupno opservacija, ukupno reanimacija, pacijenti u obradi, pacijenti koji čekaju). Nakon obavljene primopredaje medicinske sestre i tehničari od kolega i koleginica preuzimaju bolesnike koji su u obradi i ukratko se upoznaju sa dijagnozom, terapijom, zahvatima, dijagnostici) Ispravnost opreme i prisutnost potrebnog pribora provjerava vođa smjene na početku i na kraju smjene što potvrđuje svojim potpisom u protokolu nadzora reanimacijskih sala.

5.a. Anketa o zadovoljstvu pacijenata

Molimo Vas da odvojite par minuta i popunite ovaj upitnik. Na osnovu odgovora ćemo dobiti informacije o pravovremenosti i kvalitetu usluge koju ste dobili u Urgentnom centru KCCG.

Opšte informacije o pacijentu

1.Pol :

- ☐ Ženski ☐ Muški

2.Vaša starosna grupa ?

- ☐ manje od 20 godina ☐ 21-40 godina ☐ 41-60 godina ☐ više od 60 godina

3.Stručna sprema :

- ☐ bez kvalifikacija ☐ srednja SS ☐ Visoka SS

4.Vrsta posla koji obavljate?

- ☐ poljoprivreda ☐ zanatstvo ☐ administrativni poslovi

- ☐ poslovi koji nose visok rizik za zdravlje i bezbjednost radnog mjesta

5.Kakvo je bilo Vaše opšte zdravstveno stanje prije nego što se ukazala potreba za odlazak u Urgentni centar ?

- ☐ veoma loše ☐ loše ☐ bolujem od hroničnih bolesti
☐ dobro ☐ veoma dobro

6.Koliko često ste posjetili Urgentni centar u posljednjih godinu dana?

- ☐ Prva posjeta ☐ 2-5 posjeta ☐ Više od 5 posjeta

Dolazak u Urgentni centar

7.Na koji način ste upućeni u Urgentni centar ?

- ☐ uput izabranog ljekara ☐ uput ljekara iz hitne pomoći ☐ samoinicijativno

8.Koji je razlog zbog koga ste zatražili medicinsku pomoć u Urgentnom centru ?

- ☐ Povreda ☐ Iznenadni zdravstveni problem ☐ Drugo
☐ Pogoršanje hronične bolesti

9.Da li je Vam je osoba sa kojom ste ostvarili prvi kontakt dala potpunu informaciju o Vašem daljem kretanju kroz UC ?

- ☐ Dobio/la sam jasne instrukcije ☐ Dobio/la sam nepotpunu informaciju
☐ Potpunu informaciju sam dobio/la tek nakon ličnog insistiranja

10.Koliko dugo ste čekali na prvi kontakt sa ljekarom ?

- ☐ do 5 minuta ☐ 5 do 10 minuta ☐ 10 do 30 minuta ☐ Duže

11.Da li ste po Vašem mišljenju čekali duže nego što je u tom trenutku bilo neophodno?

- ☐ Da | ☐ Ne

12. Koliko vremena ste ukupno proveli u UC ?

☐ do 1 sata ☐ od 1 do 2 sata ☐ od 2 do 3 sata ☐ Duže od 3 sata

13. Da li su tokom boravka u UC Vaša porodica ili pratioci imali potpunu i pravovremenu informaciju o Vašem zdravstvenom stanju ?

☐ ne uopšte ☐ nedovoljno ☐ djelimično ☐ dovoljno

☐ u potpunosti su bili informisani

Medicinsko osoblje

14. Kako biste kategorisali stručnost medicinske sestre/ tehničara koji su Vam pružali medicinsku uslugu?

☐ loša ☐ mogla bi biti bolja ☐ adekvatna
☐ dobra ☐ odlična

15. Kako biste opisali humanost koju je medicinska sestra / tehničar pokazala u odnosu na Vaš problem?

☐ loše ☐ moglo je bolje ☐ adekvatno
☐ dobro ☐ odlično

16. Kako su se medicinske sestre / tehničari odnosili prema Vama?

☐ neljubazno ☐ nezainteresovano ☐ korektno
☐ ljubazno ☐ izuzetno ljubazno

Ljekar

17. Da li Vas je ljekar informisao o Vašem zdravstvenom stanju?

☐ uopšte ne ☐ nedovoljno ☐ djelimično
☐ dovoljno ☐ potpuno

18. Kako bi ste okarakterisali odnos ljekara prema Vama:

☐ pažljiv ☐ zabrinut ☐ prijateljski
☐ rastrojen ☐ užurban ☐ bezobziran

19. Kako biste kategorisali stručnost ljekara koji Vas je pregledao?

☐ loša ☐ mogla bi biti bolja ☐ adekvatna
☐ dobra ☐ odlična

20. Da li mislite da li Vas je ljekar pregledao temeljito?

☐ da ☐ ne

21. Molimo da ocijenite koliko jasno Vam je ljekar objasnio Vaše zdravstveno stanje i metode liječenje koje će preduzeti:

☐ loše ☐ moglo je bolje ☐ adekvatno
☐ dobro ☐ odlično

22. Koliko Vas je ljekar uključio u donošenje odluka u vezi sa Vašim liječenjem ?

☐ loše ☐ trebalo bi bolje ☐ adekvatno
☐ dobro ☐ odlično

23. Da li ste zadovoljni pruženom zdravstvenom uslugom?

- ☐ potpuno nezadovoljan/na ☐ nezadovoljan/na ☐ djelimično zadovoljan/na
☐ zadovoljan/na ☐ potpuno zadovoljan/na

Objekat i oprema

24. U koje doba dana ste zatražili medicinsku pomoć u Urgentnom centru ?

- ☐ 00 h - 06 h ☐ 06h – 12h ☐ 12 h – 18 h
☐ 18 h - 24 h

25. Da li ste se u Urgentnom centru osjećali sigurno i zaštićeno ?

- ☐ nesigurno ☐ trebalo bi biti sigurnije ☐ adekvatno
☐ sigurno ☐ veoma sigurno

26. Kako procjenjujete organizaciju rada Urgentnom centru?

- ☐ neorganizovano ☐ moglo bi biti organizovanije ☐ organizovano ☐ veoma organizovano

27. Kako procjenjujete higijenu u Urgentnom centru?

- ☐ niska ☐ srednja ☐ visoka

28. Što bi po Vašem mišljenju u najvećoj mjeri unaprijedilo kvalitet zdravstvene usluge u Urgentnom centru?

- ☐ veći broj ljekara ☐ veći broj srednjeg med. kadra ☐ savremena oprema
☐ jasna pravila i procedure

Dodatne informacije :

Navedite bilo koje područje u kome se po Vašem mišljenju može poboljšati zdravstvena usluga u UC:

Ukoliko želite možete ostaviti dodatni komentar.

Lične Informacije učesnika ankete:

Ukoliko želite možete ostaviti Vaše lične podatke :

Ime	Prezime	Pol	Godište
Email	Telefon	Grad	

Da li želite da Vas neko kontaktira povodom ovih istraživanja?

- ☐ Da | ☐ Ne

Hvala što ste izdvojili vrijeme da ispunite ovu anketu. Vaša mišljenja i komentari će biti uzeti u obzir kako bismo poboljšali kvalitet zdravstvene usluge.

Datum anketiranja: _____

5.b. Anketa o zadovoljstvu ljekara

Molimo Vas da odvojite par minuta i popunite ovaj Upitnik o motivaciji i mjeri Vašeg zadovoljstva na radnom mjestu.

Cilj ankete je da se uoče problemi sa kojima se zaposleni susreću na poslu, kako bi se mogao ponuditi model poboljšanja uslova rada i efikasnosti procesa pružanja zdravstvene usluge. Zahvaljujemo se na informacijama koje će biti iskorišćene samo za svrhu istraživanja za potrebe ovog magistarskog rada.

Opšte informacije o zaposlenom

1. Pol :

☐ Ženski

☐ Muški

2. Dužina radnog staža :

☐ do 7 godina

☐ 8 do 15 godina

☐ 16 do 22 godine

☐ 23 do 30 godina

☐ više od 30 godina

3. Stručna sprema :

☐ subspecijalista

☐ specijalista

☐ specijalizant

☐ stažista

4. Položaj na radnom mjestu ?

☐ rukovodeći

☐ nije rukovodeći

Zadovoljstvo radnim mjestom (molimo da na skali od 1 do 5 izrazite svoje zadovoljstvo odnosno nezadovoljstvo):

5. Da li ste zadovoljni Vašim radnim mjestom ?

☐ 1- potpuno nezadovoljan/a

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 - potpuno zadovoljan/a

6. Kako se osjećate na radnom mjestu?

☐ 1-potpuno nesigurno

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 –potpuno sigurno

7. Kako ste zadovoljni organizacijom posla u Vašoj ustanovi?

☐ 1-potpuno nezadovoljstvo

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 –potpuno zadovoljstvo

8. Da li su tehnika, metode i uređaji odgovarajući za predviđeni medicinski tretman?

☐ 1-potpuno nezadovoljavajući

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 –potpuno zadovoljavajući

9. Da li se pomagala i tehnički uređaji adekvatno održavaju?

☐ 1- ne ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 - da

10. Ukoliko ste organizaciju posla ocijenili ocjenama od 1 do 3 , navedite razloge nezadovoljstva (možete označiti do 3 odgovora) ?

- ☐ organizacija radnog vremena
- ☐ odnos prema sredstvima za rad (aparatura, potrošni material,...)
- ☐ raspodjela poslova
- ☐ način komunikacije s pacijentima
- ☐ rješavanje problema s pretpostavljenima
- ☐ saradnja sa kolegama i osobljem

Hijerarhija i napredovanje

11. Da li znate kome odgovarate za svoj rad na radnom mjestu?

☐ da ☐ ne

12. Dobijate li povratnu informaciju od svog nadređenog o uspješnosti Vašeg rada ?

☐ 1-nikada ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –uvijek

13. Ocijenite Vaš odnos sa nadređenima :

☐ 1-potpuno nezadovoljstvo ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno zadovoljstvo

14. Ocijenite vaš odnos sa ostalim saradnicima:

☐ 1-potpuno nezadovoljstvo ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno zadovoljstvo

15. Da li smatrate da ste izloženi diskriminaciji na poslu?

☐ da ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ ne

16. Da li su Vaši stručni potencijali dovoljno iskorišćeni na radnom mjestu?

☐ 1 ne ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 da

17. Smatrate li da možete napredovati u okviru svoje stručne spreme?

☐ 1-ne ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –da

18. Da li su Vam poznati kriterijumi napredovanja na poslu ?

☐ da ☐ ne ☐ to me ne zanima

19. Što su po Vašem mišljenju glavne prepreke u procesu napredovanja :

- ☐ nema dovoljno raspoloživih radnih mjesta za napredovanje
- ☐ postoji velika konkurencija
- ☐ ne napreduje se prema zaslugama i kvalifikacijama
- ☐ nešto drugo, navedite _____

Edukacija, informisanost i motivacija

20. Koliko često idete na edukativna predavanja, seminare i kongrese?

- ☐ nikada ☐ jednom godišnje ☐ više puta godišnje
☐ barem jednom mjesečno

21. Smatrate li da je to dovoljno za uspješno obavljanje Vašeg posla i Vaš profesionalni razvoj?

- ☐ 1-potpuno nedovoljno ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno dovoljno

22. Da li smatrate da ste dobro informisani o važnim stvarima u Vašoj ustanovi ?

- ☐ 1-potpuno neinformisan/a ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno informisan/a

23. Koji bi Vam način informisanja o događajima u Vašoj ustanovi najviše odgovarao?

- ☐ usmeno od nadređenog ☐ oglasna tabla ☐ intranet
☐ web stranica ustanove ☐ nešto drugo, navedite _____

24. Kad bi Vam se ponudio posao sličan sadašnjem u drugoj ustanovi, biste li ga prihvatili ?

- ☐ 1- ne, ostao/la bih u ovoj ustanovi ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5-da, odmah bi ga prihvatio/la

25. Zbog kojih razloga biste prešli na rad u drugu ustanovu (možete označiti do 3 odgovora)?

- ☐ loših međuljudskih odnosa
☐ nesigurnosti radnog mjesta
☐ loših uslova rada
☐ male plate
☐ nemogućnosti ispunjenja Vaših radnih potencijala
☐ nešto drugo, navedite _____

26. Koji su glavni problemi koje imate na poslu (možete označiti do 3 odgovora)?

- ☐ raspoloživost vremena za obavljanje poslova
☐ nepravedna raspodjela posla
☐ zarada za uloženi rad
☐ mogućnost stručnog usavršavanja
☐ mogućnost iznošenja ideja rukovodiocima
☐ podrška pretpostavljenih i uvažavanje ideja
☐ saradnja sa kolegama
☐ loša organizacija posla
☐ neadekvatna oprema za rad
☐ neuređen prostor za odmor
☐ nedostatak radne odjeće i sredstava zaštite na radu
☐ loša hrana
☐ nešto drugo, navedite _____

27. Što bi Vas motivisalo da radite bolje i kvalitetnije (možete označiti do 3 odgovora)?

- ☐ kvalitetan i obziran rukovodilac
☐ veća plata i stimulativno nagrađivanje
☐ mogućnost obrazovanja i usavršavanja
☐ napredovanje u poslu na temelju uspješnosti u dosadašnjem radu
☐ ugodnija radna okolina
☐ bolja organizacija rada
☐ dovoljno bi bilo da me neko pohvali za dosadašnji rad
☐ nešto drugo, navedite _____

Dodatne informacije:

Navedite bilo koje područje u kome se po Vašem mišljenju može poboljšati efikasnost i motivacija zaposlenih u Urgentnom centru:

Ukoliko želite možete ostaviti dodatni komentar.

Lične informacije učesnika ankete:

Ukoliko želite možete ostaviti Vaše lične podatke :

Ime	Prezime	Pol	Godište
Email	Telefon		

Da li želite da Vas neko kontaktira povodom ovih istraživanja?

☐ Da | ☐ Ne

Hvala što ste izdvojili vrijeme da ispunite ovu anketu. Vaša mišljenja i komentari, zahtjevi i očekivanja će nam biti od najveće važnosti u postupku mjerenja i analize stepena zadovoljenja potreba i zahtjeva zaposlenih .

Datum anketiranja:_____

5.c. Anketa o zadovoljstvu medicinskih sestara / tehničara

Molimo Vas da odvojite par minuta i popunite ovaj upitnik o motivaciji i mjeri Vašeg zadovoljstva na radnom mjestu. Cilj ankete je da se uoče problemi sa kojima se zaposleni susreću na poslu, kako bi se mogao ponuditi model poboljšanja uslova rada i efikasnosti procesa pružanja zdravstvene usluge.

Opšte informacije o zaposlenom

1.Pol :

☐ Ženski

☐ Muški

2.Dužina radnog staža :

☐ do 7 godina

☐ 8 do 15 godina

☐ 16 do 22 godine

☐ 23 do 30 godina

☐ više od 30 godina

3.Stručna sprema :

☐ SSS

☐ viša SS

☐ Visoka SS

4.Položaj na radnom mjestu ?

☐ rukovodeći

☐ nije rukovodeći

Zadovoljstvo radnim mjestom (molimo da na skali od 1 do 5 izrazite svoje zadovoljstvo odnosno nezadovoljstvo):

5.Da li ste zadovoljni Vašim radnim mjestom ?

☐ 1-potpuno nezadovoljan/a

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 –potpuno zadovoljan/a

6.Kako se osjećate na radnom mjestu?

☐ 1-potpuno nesigurno

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 –potpuno sigurno

7.Kako ste zadovoljni organizacijom posla u Vašoj ustanovi?

☐ 1-potpuno nezadovoljstvo

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 –potpuno zadovoljstvo

8.Ukoliko ste organizaciju posla ocijenili ocjenama od 1 do 3 , navedite razloge nezadovoljstva? (možete označiti najviše 3 odgovora)

- ☐ organizacija radnog vremena
- ☐ odnos prema sredstvima za rad (aparatura, potrošni material,...)
- ☐ raspodjela poslova
- ☐ način komunikacije s pacijentima
- ☐ rješavanje problema s pretpostavljenima
- ☐ saradnja sa kolegama i osobljem

Hijerarhija i napredovanje

9.Da li znate kome odgovarate za svoj rad na radnom mjestu?

- ☐ da ☐ ne

10.Dobijate li povratnu informaciju od svog nadređenog o uspješnosti Vašeg rada ?

- ☐ 1-nikada ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –uvijek

11.Ocijenite Vaš odnos sa nadređenima :

- ☐ 1-potpuno nezadovoljstvo ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno zadovoljstvo

12.Ocijenite vaš odnos sa ostalim saradnicima:

- ☐ 1-potpuno nezadovoljstvo ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno zadovoljstvo

13.Da li smatrate da ste izloženi diskriminaciji na poslu?

- ☐ da ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ ne

14.Da li su Vaši stručni potencijali dovoljno iskorišćeni na radnom mjestu?

- ☐ 1 ne ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 da

15.Smatrate li da možete napredovati u okviru svoje stručne spreme?

- ☐ 1-ne ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –da

16.Da li su Vam poznati kriterijumi napredovanja na poslu ?

- ☐ da ☐ ne ☐ to me ne zanima

17.Što su po Vašem mišljenju glavne prepreke u procesu napredovanja : (možete označiti najviše 2 odgovora)

- ☐ nema dovoljno raspoloživih radnih mjesta za napredovanje
- ☐ postoji velika konkurencija
- ☐ ne napreduje se prema zaslugama i kvalifikacijama
- ☐ nešto drugo, navedite _____

Edukacija, informisanost i motivacija

18. Koliko često idete na edukativna predavanja, seminare i kongrese?

- ☐ nikada ☐ jednom godišnje ☐ više puta godišnje
☐ barem jednom mjesečno

19. Smatrate li da je to dovoljno za uspješno obavljanje Vašeg posla i Vaš profesionalni razvoj?

- ☐ 1-potpuno nedovoljno ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno dovoljno

20. Da li smatrate da ste dobro informisani o važnim stvarima u Vašoj ustanovi ?

- ☐ 1-potpuno neinformisan/a ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 –potpuno informisan/a

21. Koji bi Vam način informisanja o događajima u Vašoj ustanovi najviše odgovarao?

- ☐ usmeno od nadređenog ☐ oglasna tabla ☐ intranet
☐ web stranica ustanove ☐ nešto drugo, navedite _____

22. Kad bi Vam se ponudio posao sličan sadašnjem u drugoj ustanovi, biste li ga prihvatili ?

- ☐ 1- ne, ostao/la bih u ovoj ustanovi ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5-da, odmah bi ga prihvatio/la

23. Zbog kojih razloga biste prešli na rad u drugu ustanovu (možete označiti do 3 odgovora)?

- ☐ loših međuljudskih odnosa
☐ nesigurnosti radnog mjesta
☐ loših uslova rada
☐ male plate
☐ nemogućnosti ispunjenja Vaših radnih potencijala
☐ nešto drugo, navedite _____

24. Koji su glavni problemi koje imate na poslu (možete označiti do 3 odgovora)?

- ☐ raspoloživost vremena za obavljanje poslova
☐ nepravedna raspodjela posla
☐ zarada za uloženi rad
☐ mogućnost stručnog usavršavanja
☐ mogućnost iznošenja ideja rukovodiocima
☐ podrška pretpostavljenih i uvažavanje ideja
☐ saradnja sa kolegama
☐ loša organizacija posla
☐ neadekvatna oprema za rad
☐ neuređen prostor za odmor
☐ nedostatak radne odjeće i sredstava zaštite na radu
☐ loša hrana
☐ nešto drugo, navedite _____

25.Što bi Vas motivisalo da radite bolje i kvalitetnije (možete označiti do 3 odgovora)?

- ☐ kvalitetan i obziran rukovodilac
☐ veća plata i stimulativno nagrađivanje
☐ mogućnost obrazovanja i usavršavanja
☐ napredovanje u poslu na temelju uspješnosti u dosadašnjem radu
☐ ugodnija radna okolina
☐ bolja organizacija rada
☐ dovoljno bi bilo da me neko pohvali za dosadašnji rad
☐ nešto drugo, navedite _____

Dodatne informacije

Navedite bilo koje područje u kome se po Vašem mišljenju može poboljšati efikasnost i motivacija zaposlenih u Urgentnom centru:

Ukoliko želite možete ostaviti dodatni komentar.

Lične Informacije učesnika ankete

Ukoliko želite možete ostaviti Vaše lične podatke :

Ime	Prezime	Pol	Godište
Email	Telefon		

Da li želite da Vas neko kontaktira povodom ovih istraživanja?

☐ Da | ☐ Ne

Hvala što ste izdvojili vrijeme da ispunite ovu anketu. Vaša mišljenja, komentari, zahtjevi i očekivanja će biti od najveće važnosti u postupku mjerenja i analize stepena zadovoljenja potreba i zahtjeva zaposlenih .

Datum anketiranja: _____