



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

**Управљање квалитетом здравствене заштите у Институту за
јавно здравље Крагујевац**

Мастер рад

Ментор
Проф. др Стефан Милојевић

Студент
Снежана Радовановић

Крагујевац, 2025.

Сажетак

Квалитет здравствене заштите је једна од веома важних карактеристика система здравствене заштите, док је обезбеђивање сталног унапређења квалитета здравствене заштите као и безбедности пацијената једна од веома важних свакодневних активности здравствених радника, здравствених сарадника и осталих запослених у систему здравствене заштите. Како би унапређење квалитета здравствене заштите био континуирани процес неопходно је омогућити постизање одговарајућег степена ефикасности и успешности у раду, а сазмерно томе и веће задовољство корисника пруженом здравственом заштитом као и задовољство оних који пружају здравствене услуге. Унапређење квалитета је континуирани процес усмерен ка постизању већег нивоа ефикасности и ефективности, као и већег задовољства корисника и пружалаца здравствених услуга. Свака теоријска, практична и истраживачка импликација има потенцијал да боље разумемо које су акције потребне за унапређење пружања здравствене заштите. С тим у вези, циљ овог мастер рада је анализа показатеља квалитета рада и предлогом мера за унапређење квалитета здравствене заштите у овој здравственој установи. Управљање квалитетом здравствене заштите је одговорност сваког менаџмента здравственог система. Побољшани квалитет има користи за све, смањује трошкове и идентификује проблеме пре него што проузрокују штету. Континуирано побољшање квалитета услуга и обезбеђивање високих стандарда квалитета у здравственим установама доприноси задовољству корисника и задовољству запослених. Резултати овог истраживања су изнедрили конкретне предлоге и смернице за ефикасније управљање квалитетом здравствене заштите у Институту за јавно здравље Крагујевац.

Кључне речи: управљање, квалитет здравствене заштите, показатељи квалитета здравствене заштите

САДРЖАЈ

1. УВОД	5
1.1. Појам и дефиниција квалитета здравствене заштите	5
1.2. Димензије квалитета здравствене заштите.....	10
1.3. Стратешки оквир за побољшање квалитета	14
1.4. Активности на унапређењу квалитета у Републици Србији.....	20
2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	25
2.1. Циљ истраживања	25
2.2. Хипотезе истраживања	25
2.3. Методологија истраживања	26
3. РЕЗУЛТАТИ.....	27
3.1. ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНСТИТУТУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ КРАГУЈЕВАЦ (ИЗЈЗ).....	27
3.2. АКТИВНОСТИ НА УНАПРЕЂЕЊУ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНСТИТУТУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ КРАГУЈЕВАЦ.....	33
3.2.1. ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА ВОДЕЊИХ ХРОНИЧНИХ НЕЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ.....	33
3.2.2. АКТИВНОСТИ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА УСМЕРЕНЕ НА ОСЕТЉИВЕ ГРУПАЦИЈЕ СТАНОВНИШТВА (ТРУДНИЦЕ, МАЛА И ПРЕДШКОЛСКА ДЕЦА, ШКОЛСКА ДЕЦА ЛИЦА СТАРИЈА ОД 65 ГОДИНА ЖИВОТА И ОСОБЕ СА ИНВАЛИДИТЕТОМ)	34
3.2.3. ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ, УКЉУЧУЈУЋИ И НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ	36
3.2.4. ПРАЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ИСПРАВНОСТИ ВОДЕ ЗА ПИЋЕ, БАЗЕНСКИХ И ВОДА КОЈЕ СЕ КОРИСТЕ ЗА ВОДОСНАБДЕВАЊЕ И РЕКРЕАЦИЈУ.....	37
3.2.5. МИКРОБИОЛОГИЈА ЈАВНОГ ЗДРАВЉА	38
3.2.6. ОДРЖАВАЊЕ СПРЕМНОСТИ ЗА ВАНРЕДНА СТАЊА: ПРИРОДНЕ НЕСРЕЋЕ, ЕПИДЕМИЈЕ И НЕСРЕЋЕ И КАТАСТРОФЕ ИЗАЗВАНЕ ЉУДСКИМ ФАКТОРОМ	39
3.2.7. ПЛАНИРАЊЕ, ОРГАНИЗАЦИЈА И ПРАЋЕЊЕ СПРОВОЂЕЊА НАЦИОНАЛНИХ ПРОГРАМА ЗА ОРГАНИЗОВАНИ СКРИНИНГ РАКА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	39
4. ДИСКУСИЈА.....	41
5. ЗАКЉУЧАК	54
6. ЛИТЕРАТУРА.....	56

1. УВОД

1.1. Појам и дефиниција квалитета здравствене заштите

Забринутост због квалитета здравствене заштите вероватно је стара колико и порекло саме медицине. Што се тиче формализације питања квалитета здравствене заштите, претпоставља се да стандарди који регулишу ко је смео да се бави медицином у Египту и деловима Индије и Кине датирају из првог века нове ере. Током средњег века широм Европе, еснафи су наметали мере како би осигурали неке аспекте квалитета неге. На пример, крајем 15. века, у Единбургу, задаци „пуштања крви, убадања, бријања, превијања и лечења рана у бици“ били су признати као улога хирурга и бербера. Век касније, овим стручњацима су дата ексклузивна права да обављају операције и дозвољено им је да гоне оне који су кршили њихове привилегије, док су формални прописи за шегртовање створени. Ове иницијативе за обезбеђивање квалитета биле су још увек у повоју, јер нису значајно утицале на свакодневне активности стручњака које су регулисале. Углавном, активности обезбеђивања квалитета биле су под контролом појединачних практичара, који су тежили да раде по највишим стандардима као део своје посвећености Хипократовој заклетви (1).

Ови сценарији професионалне саморегулације су се променили 1950-их, а још више од 1980-их, како је управљање квалитетом здравствене заштите постепено постајало главна област забринутости у пружању неге. Неколико међусобно повезаних фактора допринело је овом феномену, што је на крају довело до усвајања мноштва приступа усмерених на побољшање квалитета здравствене заштите (2).

Управљање квалитетом у здравству био је увоз модела за побољшање квалитета из производних индустрија, што је допринело промени у равнотежи снага између клиничара и менаџера. Овај тренд је, заузврат, довео до низа критика које су тврдиле да је здравство постало менаџеризовано (3).

Да бисмо боље разумели недавно повећање нагласка на побољшању квалитета здравствене заштите, потребно је да ове активности контекстуализујемо у ширем историјском временском оквиру (4).

Посматрајући страну понуде здравствене заштите, поједини аутори сугеришу да се квалитет здравствене заштите коју пружају ове институције стално побољшавао откако су сеоске пијаце функционисале (5).

Каже се да се ова тенденција наставила током индустријске револуције, технолошке експлозије у другој половини двадесетог и почетком двадесет првог века. Аутори даље сугеришу да је, у смислу „тражње“, ниво квалитета здравствене заштите који су очекивали пацијенти био испод нивоа који се нудио у време сеоске пијаце. Они сугеришу да је овај ниво потражње остао релативно стабилан до почетка двадесетог века, када је квалитет здравствене заштите који се захтевао почео брзо да расте, на крају превазилазећи ниво понуде око средине двадесетог века. Један од закључака који се може извући из ове спекулативне анализе понуде и потражње квалитета здравствене заштите је да до средине двадесетог века пацијенти нису вршили притисак како би побољшали квалитет здравствене заштите (6).

У вези са тим, три су критична изазова: „управљање променама“, „управљање конфликтима“ и „присуство различитих генерација“.

Управљање променама и конфликтима су дуго познати изазови у организацијама. Како главни део организације чине људи са великим искуством, заједно са онима који су новозапослени, од виших менаџера се захтева да буду упознати са концептима управљања променама и конфликтима, јер такве вештине омогућавају менаџерима да усмеравају запослене са различитим демографским профилима (7).

На европском нивоу, закључци Европског савета о заједничким вредностима и принципима у здравственим системима Европске уније истичу да су свеобухватне вредности универзалности, приступа квалитетној нези, једнакости и солидарности широко прихваћене у раду различитих институција ЕУ. Европска комисија такође препознаје квалитет као важну компоненту учинка здравственог система (тј. степен у којем здравствени системи испуњавају своје циљеве) (8).

На међународном нивоу, квалитет добија све већу пажњу у контексту Циљева одрживог развоја, јер они укључују императив постизања универзалног здравственог осигурања, укључујући заштиту од финансијских ризика, приступ квалитетним основним здравственим услугама и приступ безбедним, ефикасним, квалитетним и приступачним основним лековима и вакцинама за све. Ово се огледа у два извештаја Светске здравствене организације (СЗО), приручнику за националне политике и

стратегије квалитета и водичу који има за циљ да олакша глобално разумевање квалитета као дела тежњи ка универзалном здравственом осигурању (9).

У студији о квалитету неге коју је спровела Европска опсерваторија за здравствене системе и политике примећено је да је литература о квалитету здравствене заштите у здравственим системима већ пре десет година била веома обимна и тешка за систематизацију а то је још тачније данас. Доступна су истраживања о широком спектру приступа или стратегија за обезбеђивање или побољшање квалитета неге, често фокусирајући се на одређене организације (болнице, здравствене центре, ординације) или одређене области неге (хитна помоћ, педијатрија итд.). Овај скуп доказа допринео је бољем разумевању ефикасности одређених интервенција у одређеним окружењима за одређене групе пацијената. Међутим, доступна литература ретко се бави питањем супериорности појединачних стратегија и обично не пружа смернице креаторима политике о томе коју стратегију треба применити у одређеном окружењу (10).

Поред тога, упркос огромној литератури и универзалном признању његовог значаја у здравственим системима, не постоји заједничко разумевање термина „квалитет здравствене заштите“ и постоји неслагање око тога шта он обухвата. Дефиниција квалитета се често разликује у зависности од контекста, дисциплинарних парадигми и нивоа анализе. Па ипак, како је прописано у капиталном раду Аведиса Донабедијана, процена и побољшање квалитета претпоставља разумевање шта он подразумева (11).

Ране дефиниције квалитета здравствене заштите обликовали су готово искључиво здравствени радници и истраживачи здравствених услуга. Међутим, све је више препознато да су преференције и ставови пацијената, јавности и других кључних актера такође веома релевантни. Неке од најутицајнијих дефиниција квалитета здравствене заштите из различитих контекста, почевши од дефиниције Донабедијана и завршавајући дефиницијом коју је дао приручник СЗО за националну политику и стратегију квалитета су (12):

Донабедијан (1980): Квалитет неге је врста неге за коју се очекује да максимизира инклузивну меру благостања пацијента, након што се узме у обзир равнотежа очекиваних добитака и губитака који прате процес неге у свим његовим деловима. Генерално, квалитет је способност постизања пожељних циљева коришћењем легитимних средстава.

Институт за медицину (1990): Квалитет здравствене заштите је степен у којем здравствене услуге за појединце и популације повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода и у складу су са тренутним стручним знањем.

Савет Европе (1997): Квалитет здравствене заштите је степен у којем пружени третман повећава шансе пацијента да постигне жељене резултате и смањује шансе за нежељене резултате, имајући у виду тренутно стање знања.

Европска комисија (2010): Квалитетна здравствена заштита је она која је ефикасна, безбедна и одговара на потребе и преференције пацијената.

СЗО (2018): Квалитетне здравствене услуге широм света треба да буду:

Ефикасне: пружање здравствених услуга заснованих на доказима онима којима су потребне.

Безбедне: избегавање штете по људе којима је нега намењена.

Усмерено на људе: пружање неге која одговара индивидуалним преференцијама, потребама и вредностима.

Да би се оствариле користи од квалитетне здравствене заштите, здравствене услуге морају бити благовремене, праведне, интегрисане и ефикасне (13).

Донабедијан је дефинисао квалитет у општим цртама као способност постизања пожељних циљева коришћењем легитимних средстава. Ова дефиниција одражава чињеницу да термин „квалитет“ није специфичан за здравствену заштиту и да га користе многи различити људи у различитим секторима друштва. Људи користе термин квалитет када описују низ позитивних аспеката болница и лекара – али и када говоре о храни или аутомобилима. У ствари, широко распрострањена употреба термина квалитет објашњава део забуне око концепта квалитета здравствене заштите када креатори политике или истраживачи користе тај термин за све врсте позитивних или пожељних атрибута здравствених система. Међутим, Донабедијан такође даје конкретнију дефиницију квалитета неге, наводећи да је то нега за коју се очекује да максимизира инклузивну меру добробити пацијента, након што се узме у обзир равнотежа очекиваних добитака и губитака који прате процес неге у свим његовим деловима (14).

Донабедијанова дефиниција прецизира да је квалитет неге повезан са процесом неге у свим његовим деловима и да је циљ висококвалитетне неге максимизирање добробити пацијента. Добробит пацијента свакако укључује здравствено стање пацијента. Међутим, концепт добробити пацијента је такође у складу са приступом

који разматра шта пацијенти сматрају важним. Донабедијанова дефиниција препознаје природно границе квалитета и његово побољшање, истичући да се добици и губици очекују у процесу здравствене заштите (15).

Деценију касније, Институт за медицину у САД дефинисао је квалитет здравствене заштите као степен у којем здравствене услуге за појединце и популације повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода и у складу су са тренутним стручним знањем. На први поглед, фокус ове дефиниције на „здравствене исходе“ делује рестриктивније од Донабедијановог појма „благостања пацијената“. Међутим, у разради дефиниције, прецизирано је да се очекује да ови „жељени“ здравствени исходи одражавају задовољство и благостање пацијената поред општег здравственог стања или мера квалитета живота. Ова дефиниција је инспирисала је разумевање квалитета од стране многих других организација у САД и међународно (16).

За разлику од других популарних дефиниција квалитета у здравству у то време (укључујући Донабедијанову), које су се углавном односиле на медицинску или негу пацијената, дефиниција Института за медицину у САД је ставила фокус на здравствене услуге уопште (јер здравствена заштита подразумева широк скуп услуга, укључујући акутну, хроничну, превентивну, рестауративну и рехабилитациону негу, које се пружају у многим различитим условима од стране многих различитих здравствених радника) и на појединце и популације (а не на пацијенте), чиме се јача веза квалитета са превенцијом и промоцијом здравља. Коначно, концепт „тренутног стручног знања“ је ојачао покрет за негу засновану на доказима и истакао да је концепт квалитета динамичан и континуирано се развија. У том смислу, пружаоци услуга могу бити процењени само у односу на тренутно стање знања, јер се услуга која се у било ком тренутку сматра „доброг квалитета“ може сматрати „лошим квалитетом“ двадесет година касније у светлу новијих увида и алтернатива (17).

Дефиниција квалитета Савета Европе, објављена седам година након дефиниције Института за медицину у САД као део препорука Савета о системима за побољшање квалитета за државе чланице ЕУ, прва је која експлицитно укључује разматрања о аспекту безбедности пацијената. У њој се тврди да квалитет неге није само степен у којем пружени третман повећава шансе пацијента да постигне жељене резултате, што у основи понавља дефиницију Института за медицину у САД, већ се даље наводи да висококвалитетна нега такође смањује шансе за нежељене резултате. У

истом документу, Савет Европе такође експлицитно дефинише низ димензија квалитета неге – али, изненађујуће, не укључује безбедност међу њима (18).

Последње две дефиниције од Европске комисије и од СЗО за разлику од претходних описују квалитет навођењем три главне димензије или атрибута: ефикасност, безбедност и одговорност или усмереност на пацијента. Није случајно што су обе дефиниције сличне, јер су обе биле под снажним утицајем рада ОЕЦД-овог пројекта Индикатори квалитета здравствене заштите. Ове последње две дефиниције су занимљиве и зато што наводе низ додатних атрибута здравствене заштите и здравствених система који су повезани са квалитетом неге, укључујући приступ, благовременост, правичност и ефикасност. Међутим, оне напомињу да су ови други елементи или део шире дебате (ЕК,) или неопходни за остваривање користи од квалитетне здравствене заштите (СЗО, 2018), експлицитно разликујући основне димензије квалитета од других атрибута добре здравствене заштите. Уствари, димензије квалитета здравствене заштите биле су у фокусу значајне дебате током протеклих четрдесет година (19).

1.2. Димензије квалитета здравствене заштите

Као што је раније поменуто, Донабедијан је претпоставио да процена и побољшање квалитета здравствене заштите претпоставља разумевање шта подразумева, а шта не. Различите дефиниције квалитета често наводе релативно дугачке листе различитих атрибута које препознају као део квалитета (20).

Ефикасност, безбедност пацијената и одговорност/усмереност на пацијента постали универзално прихваћени као основне димензије квалитета здравствене заштите. Међутим, многе дефиниције укључују атрибуте као што су прикладност, благовременост, ефикасност, приступ и правичност. Ово је збуњујуће и често замагљује границу између квалитета здравствене заштите и укупног учинка здравственог система. У покушају да се ови концепти сортирају, табела класификује своје ставке у основне димензије квалитета, поддимензије које доприносе основним димензијама квалитета и друге димензије учинка здравственог система (21).

Ова разлика је заснована на оквиру пројекта ОЕЦД, који је први пут објављен 2006. године. Сврха оквира била је да води развој индикатора за међународна поређења квалитета здравствене заштите. Пројекат је изабрао три димензије: ефикасност,

безбедност и усмереност на пацијента као основне димензије квалитета здравствене заштите, тврдећи да се други атрибути, као што су прикладност, континуитет, благовременост и прихватљивост, могу лако сместити у ове три димензије. На пример, прикладност се може мапирати у ефикасност, док се континуитет и прихватљивост могу апсорбовати у усмереност на пацијента. Приступачност, ефикасност и равноправност такође су сматрани важним циљевима здравствених система. Међутим, тим пројекта је тврдио позивајући се на дефиницију Института за медицину да су само ефикасност, безбедност и одговорност атрибути здравствене заштите који директно доприносе повећању вероватноће жељених исхода (22).

Неке дефиниције развијене су у посебне сврхе и то се одражава у њиховом садржају. Дефиниција Савета Европе је развијена да би водила развој система за побољшање квалитета. Стога није изненађујуће што она укључује процену процеса неге као елемента квалитета, поред приступачности, ефикасности, ефективности, ефикасности и задовољства пацијената (23).

Институт за медицину је 2001. године објавио утицајан извештај у којем је наведено да здравствена заштита треба да тежи шест главних циљева: треба да буде безбедна, ефикасна, усмерена на пацијента, благовремена, ефикасна и праведна. Ових шест принципа усвојиле су многе организације унутар и ван Сједињених Држава као шест димензија квалитета, упркос чињеници да их је сам Институт за медицину јасно дефинисао као очекивања у погледу учинка (листу карактеристика учинка које, ако се размотре и побољшају, доведу до бољег постизања тог свеобухватног циља) (24).

СЗО је прилагодила ове принципе као димензије квалитета у својим смерницама за доношење стратешких избора у здравственим системима, трансформишући концепт благовремености у приступачност како би укључила географску доступност и прогресивност пружања здравствених услуга. Међутим, ово је допринело забуни и дебати о квалитету у односу на друге димензије учинка (25).

Експертски панел Европске комисије за ефикасне начине улагања у здравствену заштиту се определио за широко разматрање квалитета, укључујући димензије прикладности, правичности и ефикасности у својим препорукама за будућу агенду ЕУ о квалитету неге 2014. године. Слично томе, СЗО је користила благовременост уместо приступачности и додала интеграцију у пружању здравствене заштите као димензију висококвалитетне неге, у складу са приступом који је усвојио Савет за здравствену заштиту Канаде. Разумевање интегрисане неге као дела усмерености на пацијента

може се наћи и у ажурираној верзији оквира квалитета коју је објавио ОЕЦД 2015. Године (26).

Ова дуга и недоследна листа различитих димензија неизбежно доприноси забуну око концепта квалитета неге. Међутим, концептуална јасноћа у вези са квалитетом је кључна, јер ће утицати на врсте политика и стратегија здравствене заштите које се усвајају ради његовог побољшања. Део забуне око разграничења између квалитета неге и учинка здравственог система потиче од недовољног разликовања између средњих и коначних циљева здравствених система и између различитих нивоа на којима се квалитет може решавати (27).

Бројни оквири су развијени током протеклих 20 година са циљем да се олакша боље разумевање здравствених система и омогући процена учинка здравствених система. Већина ових оквира имплицитно или експлицитно укључује квалитет као важан циљ здравственог система, али се разликују у начину на који дефинишу квалитет и како описују његов допринос укупним циљевима здравственог система. Посебно утицајан оквир је оквир „градивних блокова“ СЗО за јачање здравствених система. Оквир концептуализује здравствене системе у смислу градивних блокова, укључујући пружање услуга, здравствену радну снагу, информације, медицинске производе, финансирање и лидерство/управљање. Поред тога, оквир дефинише квалитет и безбедност као међуциљеве здравствених система, заједно са приступом и покривеношћу. Постизање ових међуциљева ће на крају допринети постизању укупних циљева здравственог система који се односе на побољшано здравље, брзину реаговања, финансијску заштиту и побољшану ефикасност (28).

Вреди напоменути да се квалитет и безбедност помињу одвојено у оквиру, док већина горе наведених дефиниција квалитета укључује безбедност као основну димензију квалитета.

Као што је поменуто, Донабедијан је дефинисао квалитет у општим цртама као способност постизања пожељних циљева коришћењем легитимних средстава. Комбиновањем Донабедијанове опште дефиниције квалитета са оквиром грађевинских блокова СЗО, могло би се тврдити да је здравствени систем високог квалитета када постиже ове опште и средње циљеве користећи легитимна средства. Поред тога, Донабедијан је истакао да је важно разликовати различите нивое приликом процене квалитета здравствене заштите. Он је разликовао четири нивоа на којима се квалитет може проценити – појединачни лекари, окружење неге, нега коју је пацијент примио и

спровео и нега коју је примила заједница. Други су концептуализовали различите нивое на којима се може одвијати развој политика у вези са квалитетом: ниво здравственог система (или „макро“), организациони („мезо“) ниво и клинички („микро“) ниво (29).

Иако тачна дефиниција нивоа није важна, неопходно је препознати да се дефиниција квалитета мења у зависности од нивоа на којем се процењује. Ради једноставности, Донабедијанова четири нивоа сажемо у два концептуално различита нивоа. Први, ужи ниво је ниво здравствених услуга, који може да укључује превентивну, акутну, хроничну и палијативну негу. На овом нивоу, чини се да постоји консензус да је квалитет неге степен у којем су здравствене услуге за појединце и популације ефикасне, безбедне и усмерене на људе (30).

Други ниво је ниво здравственог система у целини. Здравствени системи су високог квалитета када постижу опште циљеве побољшања здравља, брзине реаговања, финансијске заштите и ефикасности. Многе дефиниције квалитета здравствене заштите изгледа да се тичу квалитета здравственог система, јер укључују ове атрибуте међу наведене димензије квалитета. Међутим, тако широка дефиниција квалитета здравствене заштите може бити проблематична у контексту побољшања квалитета: иако је несумњиво важно обратити пажњу на приступ и ефикасност у здравственим системима, конфузија око фокуса иницијатива за побољшање квалитета може одвратити пажњу од оних стратегија које заиста доприносе повећању ефикасности, безбедности и усмерености неге на пацијента (31).

Да бисмо избегли конфузију и постигли концептуалну јасноћу, употреба термина „квалитет здравствене заштите“ треба да задржи први ниво, тј. ниво здравствених услуга. Што се тиче другог нивоа, тј. нивоа здравственог система, чини се да постоји међународни тренд ка коришћењу термина „перформансе здравственог система“ за описивање степена у којем здравствени системи постижу своје опште и средње циљеве. (32).

Оквири за процену учинка здравственог система од стране ОЕЦД-а и Европске комисије укључују квалитет здравствене заштите на нивоу услуга као основну димензију – поред других елемената учинка као што су приступачност, ефикасност и здравље становништва. Другим речима, учинак здравственог система је бољи термин за квалитет здравственог система према Донабедијановој широкој дефиницији

термина, а квалитет здравствених услуга је једна од његових основних компоненти (33).

Однос између квалитета и постизања коначних циљева здравственог система је прикладно илустрован у другом, релативно скорашњем оквиру за поређење учинка здравствених система. Оквир је сажео четири међуциља модела грађевинских блокова СЗО на само два: приступ (укључујући покривеност) и квалитет (укључујући безбедност). Он поставља да исходи здравља становништва и одговор система зависе од степена у којем целокупно становништво има приступ нези и степена у којем су здравствене услуге доброг квалитета (тј. ефикасне су, безбедне и усмерене на пацијента). Ресурси, финансијски или други, потребни за постизање коначних циљева здравственог система одређују ефикасност система (34).

Оквир истиче да здравствени системи морају да обезбеде и приступ здравственој заштити и квалитет како би постигли коначне циљеве здравственог система. Међутим, важно је концептуално разликовати приступ и квалитет јер су потребне веома различите стратегије за побољшање приступа (на пример, побољшање финансијске заштите, обезбеђивање географске доступности пружалаца услуга) од оних које су потребне за побољшање квалитета здравствене заштите (35).

1.3. Стратешки оквир за побољшање квалитета

Стратегија се може посматрати као приступ или план који је осмишљен или одабран да би се постигао жељени исход (на пример, постигао циљ или дошло до решења проблема). Приручник СЗО за националну политику и стратегију квалитета из 2018. године прави разлику између два основна концепта истичући да се политика односи на договорену амбицију за здравствени систем са експлицитном изјавом о намери, тј. ток акције. Сходно томе, обично би се углавном наводили широки приоритети којима треба посветити пажњу, а не конкретни кораци за њихово решавање. Одговарајућа стратегија, с друге стране, пружа јасан план за постизање ових приоритета. У овој концептуализацији, бројни алати или интервенције могу се користити за спровођење стратегије и помоћ у постизању њених прекретница (36).

Термин стратегија користи се у ужем смислу и на секторски начин да би се означио механизам деловања усмерен ка постизању специфичних циљева обезбеђивања или побољшања квалитета решавањем специфичних циљева у оквиру

пружања здравствене заштите (на пример, здравствени радници, организације пружалаца здравствених услуга или здравствене технологије). На пример, акредитацију пружалаца здравствених услуга и смернице за клиничку праксу сматрамо стратегијама квалитета, док би се исти концепти другде описали као интервенције квалитета, иницијативе за квалитет, алати за побољшање квалитета или активности побољшања квалитета. Стратегије или интервенције квалитета могу се груписати у стратегије на нивоу система, институционалне/организационе стратегије и стратегије на нивоу пацијента/заједнице (37).

Побољшање квалитета здравствене заштите широм земље је сложено и тешко. Земље се често ослањају на вишеструке програме на националном нивоу да би постигле напредак. Али кључно је користити оквир за развој уравнотежене свеобухватне стратегије и континуирано и током времена процењивати главне елементе. Да би се то постигло, потребна је критична маса лидера који колективно могу да виде ширу слику сада, замисле мапу пута за будућност како би трасирали интелигентан курс и редовно га исправљали. Ово је дугорочна агенда која захтева посвећеност, пажљиво управљање, различите перспективе, поверење и стицање знања и искуства током времена. Такође је готово потпуно у супротности са великим делом тренутних политика које су краткорочне, реактивне и захтевају тешке резултате. Многе земље напредују. Али брзо увођење нових врста неге током пандемије COVID-19, као што су онлајн и дигитална нега, употреба нових технологија које би ускоро могле револуционисати начин на који се нега пружа, доживљава и процењује и огромни притисци на трошкове здравствене заштите у будућности значе да ћемо морати да радимо боље. Постизање квалитета неге на нивоу целог система захтева критичну масу лидера који колективно могу да виде ширу слику сада, да замисле путоказ за будућност како би трасирали уравнотежен интелигентан курс (38).

Већина влада у развијеним земљама жели да осигура да њихово становништво има приступачну, висококвалитетну и приступачну здравствену заштиту. Основни елементи за постизање овог циља укључују обезбеђивање становништва неког облика универзалног покрића свеобухватних давања, инвестиције које омогућавају пружање пристојног нивоа квалитета неге и регулисање пружалаца неге, посебно медицинске струке (39).

Пошто квалитетна нега не произилази нужно из ових основних састојака, већина земаља је развила приступе како би покушала да је обезбеди. Једноставно

речено на једном крају спектра су оне које углавном настоје да ублаже најгоре безбедносне ризике по здравље, можда као одговор на значајне и добро објављене пропусте у квалитету. У средини је широк спектар иницијатива које настоје да побољшају негу, свака у специфичним областима високог приоритета. А на другом крају су земље са свеобухватном и кохерентном стратегијом која се састоји од више приступа. Многе земље теже овом другом, али су у средњем делу спектра. Способност осмишљавања свеобухватне стратегије је тешка, али способност њеног спровођења је још тешка, с обзиром на историјски контекст, средства и структуре моћи унутар земаља које постижу или прекидају напредак. Неким земљама недостаје способност да направе потребне промене, јер је моћ над различитим полугама широко распоређена међу различитим странама или различитим нивоима система – тако да је договор и спровођење националне стратегије могуће, али знатно теже (40).

Кључни приступи који се користе у одређеном систему здравствене заштите како би се побољшао квалитет и проценио напредак је подухват изузетно изазован јер је квалитет неге клизав вишеслојни концепт и тешко га је измерити. А иницијативе покривају мноштво димензија, од регулације до мерења, финансијских подстицаја, јавног извештавања, избора пацијената и још много тога. Како појединачне иницијативе треба да утичу на квалитет можда није посебно јасно, а још мање како би могле да интерагују са другима. Неке иницијативе могу имати индиректне и одложене ефекте и можда се уопште не сматрају иницијативама за квалитет. Док се директне и значајне националне иницијативе могу добро описати, како се оне уклапају у целину често није (41).

Лакши посао је упоредити са другим земљама – да ли скупу иницијатива једне земље недостаје нешто велико што се испробава негде другде? Да ли постоје очигледне разлике у исходима? Али тежи задатак је проценити да ли, гледано у целини, политике у једној земљи представљају кохерентну и уравнотежену стратегију. Ово је тежак задатак за било коју групу националних лидера да процени, било да су у министарству, универзитету, институту за квалитет или стручњацима у самом систему здравствене заштите. Па ипак, важно је покушати и наставити покушавати, јер то даје најбољу шансу за напредак. Концепти које треба размотрити при развоју кохерентне стратегије (42).

Један од начина за напредак јесте идентификовање неких основних концепата унутар стратегије, пре него што се политике категоризују у оквиру њих како би се

проценила равнотежа, идентификовале празнине и указало на то где би напори требало најбоље да буду усмерени (43).

Очигледан први корак је да се разјасни шта се подразумева под квалитетом неге и који су циљеви које треба постићи у било којој стратегији. Многе земље користе дефиницију Института за медицину од шест домена: безбедност, ефикасност, усмереност на пацијента, благовременост, ефикасност и правичност (једнак приступ за једнаке потребе) (44).

Друго је да се у стратегији размотри равнотежа три основне функције у постизању високог квалитета у било којој индустрији: планирање, побољшање, контрола. У контексту здравствене заштите, то значи ефикасно стратешко планирање квалитета на националном нивоу; подршка организацијама и стручњацима за побољшање неге (на пример, коришћење техника побољшања квалитета и механизми контроле за обезбеђивање напретка и ублажавање ризика (укључујући регулацију и инспекцију, а такође и одговорност кроз, на пример, управљање и коришћење метрика). Ове три основне функције су јасно повезане, а важно је не ослањати се ни на једну појединачну. Треће је да се користи оквир за класификацију и организовање активности везаних за квалитет како би се уочили потенцијални недостаци или слабости у националној стратегији, модификованој из висококвалитетне здравствене заштите за све (45).

1. Поставите јасне приоритете квалитета са жељеним исходима.
2. Поставите стандарде за то како изгледа висококвалитетна нега у кључним областима.
3. Користити информације за побољшање квалитета неге кроз системе извештавања о учинку и квалитету који пружају повратне информације пружаоцима неге на системском, институционалном или индивидуалном нивоу; и информације корисницима и наручиоцима услуга за одговорност и избор.
4. Препознати и наградити побољшање квалитета неге и услуга кроз финансијско и нефинансијско признање (нпр. побољшани углед или престиж).
5. Користити регулативу за побољшање здравствене заштите, гарантовати минималне прихватљиве стандарде и уверити јавност у квалитет неге.
6. Унапредити лидерство, управљање, професионалну и институционалну културу, вештине и понашање како би се обезбедило осигурање и побољшање квалитета.

7. Развијајте истраживање, иновације и планирање како бисте пружили прогресивну, висококвалитетну негу (46).

У свакој стратегији пажња је посветити изградњи капацитета за побољшање квалитета на различитим нивоима у земљи, на пример на различитим геополитичким или административним нивоима или институцијама (на пример, пружаоци услуга или професионалне чланске институције). Циљ је да се осигура да се способност за побољшање квалитета и одговорност развијају на сваком нивоу и да постоји синергија активности на сваком нивоу (47).

Описују се четири нивоа као они који функционишу на: индивидуалном нивоу (као што је образовање особља); групном или тимском нивоу (као што је развој тима и редизајн путање); организационом нивоу (као што је приступ побољшању и обезбеђивању квалитета); и већем системском нивоу (као што су регулација и јавно извештавање о учинку и резултатима) (48).

Мало другачији приступ категоризацији вишеструких нивоа где је потребна акција за побољшање квалитета, илустровано је пирамидом са 4 нивоа.

У пирамиди, четири нивоа се углавном односе на следеће:

- национални – формулисање политике, ресурси, инфраструктура и одговорност према јавности
- регионални/локални – превођење националне политике у локални контекст, макроменаџмент и праћење
- институционални – добро управљање, компетентно оперативно управљање и континуирано побољшање квалитета
- индивидуални – ово је ниво сусрета између пацијената и здравствених радника где се кључни атрибути квалитета морају остварити кроз индивидуално понашање (49).

Пети концепт јесте разматрање иницијатива према томе ко или шта је њихова циљна група – људи појединачно или колективно укључени у пружање здравствене заштите или организације на националном, регионалном и локалном нивоу које чине део здравственог система. С обзиром на мноштво иницијатива, од којих су неке само индиректно усмерене на квалитет, важно је да свака стратегија дефинише обим онога што може бити укључено. На пример, у којој мери су, рецимо, критеријуми за капитална улагања важни за побољшање квалитета или иницијативе за побољшање кодирања података који се користе за мерење квалитета (51).

Укратко, налази су открили веома велики број националних иницијатива директно усмерених на побољшање квалитета, многе као одговор на пропусте у нези у болницама и у великој мери усмерене на безбедност пацијената (52).

Више иницијатива било је усмерено на „систем“, пацијенте и јавност, а много мање на клиничко особље које пружа негу, али пратећа анкета националних лидера показала је да се иницијативе усмерене на радну снагу сматрају међу „најбољим опкладама“ за заштиту и побољшање квалитета (53).

Докази који подржавају дизајн и увођење иницијатива често су били слаби или одсутни, а такође није увек било јасно колики је био обим консензуса међу лидерима о њима када је доказа било мало. Међутим, било је примера када је влада свесно уложила напор да инсистира на образложењу, прикупи и оспори ставове кључних заинтересованих страна како би пронашла пут напред када су докази били непотпуни, на пример у раду на питању да ли треба увести контроверзни национални систем оцењивања пружалаца здравствених и социјалних услуга (54).

Јасно је да, без обзира на коначно осмишљену стратегију, шта је применљиво и када, подразумева сложен скуп избора, који делимично зависи од контекста (шта је могуће), као и од избора приоритета. Али с обзиром на динамичну интеракцију између различитих елемената стратегије квалитета приликом имплементације и време потребно за приказивање утицаја, праћење напретка и формална евалуација утицаја су кључни. Процена иницијатива за квалитет у Националној здравственој служби у Енглеској показала је да одговорност за њихову имплементацију (за разлику од одговорности за друге управљачке и клиничке обавезе) и праћење нису били јаки. Многе иницијативе су уведене у различито време и преклапале су се у ономе што је другде описано као „политичко шипражје“ (55).

Генерално, у једној трећини иницијатива је утврђено да је имплементација праћена, иако су само највеће, високопрофилне и националне иницијативе праћене и формално евалуиране. Дуго кашњење у имплементацији значило је да су се нове иницијативе често преклапале са старијима пре него што се њихов ефекат могао видети. Основна поента овде, пречесто понављана, јесте важност праћења имплементације, потреба за јачим системом независне евалуације и осмишљавање система у коме довољан број људи види ове информације да би изменио ток имплементације или целокупну стратегију (56).

Вреди нагласити да, пошто квалитет неге никада неће бити у потпуности мерљив, посебно неопипљивији људски аспекти неге попут емпатије, љубазности и разумевања, свака стратегија мора такође неговати основне професионалне вредности како би се радило оно што је у најбољем интересу њихових пацијената. Ово је дугорочна агенда сама по себи која захтева посвећеност, пажљиво управљање, различите перспективе, поверење и изградњу знања и искуства током времена. Такође је готово потпуно у супротности са великим делом тренутних политика које су краткорочне, реактивне и захтевају тешке резултате (57).

Земље су постигле и настављају да постижу огроман напредак, Али питање је да ли можемо да се крећемо брже? Агенда је хитнија с обзиром на брзо увођење нових врста неге током пандемије COVID-19, као што су онлајн и дигитална, појаву нових технологија које би ускоро могле револуционисати начин на који се нега пружа, доживљава и процењује, огромне притиске на трошкове здравствене заштите од стране влада, послодаваца и појединаца, као и променљиво оптерећење ризиком и лошим здрављем становништва. Мораћемо да урадимо више (58).

Јасно је да је постизање висококвалитетне здравствене заштите веома сложено и покретна мета. Фактори који ће помоћи напретку укључују јасноћу и равнотежу у елементима вишеслојне стратегије, мудар избор изводљивих иницијатива, инвестиције, компетентну и добро праћену имплементацију, солидну евалуацију и стрпљење у темпу напретка (59).

1.4. Активности на унапређењу квалитета у Републици Србији

У Републици Србији активности усмерене на процену и унапређење квалитета најпре су се обављале спровођењем надзора над стручним радом здравствених установа, здравствених радника и здравствених сарадника. Касније, 2003. су донета стратешка докумената Министарства здравља попут "Здравствене политике, Визије развоја система здравствене заштите и Стратегије реформе здравственог система до 2015. са акционим планом, обједињених у публикацији "Боље здравље за све у трећем миленијуму", која су препознала значај сталног унапређења квалитета здравствене заштите и поставиле унапређење квалитета здравствене заштите као један од веома значајних стратешких циљева, у који су укључене све здравствене установе на

примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене делатности. Републички фонд за здравствено осигурање, Министарство здравља, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и институти и заводи за јавно здравље у Републици Србији су задужени да континуирано прате показатеље квалитета и да их обједињују, анализирају и да о њима редовно извештавају (60).

Под утицајем знања и искустава експерата из области јавног здравља Министарство здравља Републике Србије, препознало је значај и корист начела сталног унапређења квалитета здравствене заштите. Овај концепт постаје пракса у здравственом систему Републике Србије од 1. јула 2004. године (60).

Министарство здравља је у априлу 2004. године објавило први званични документ у оквиру унапређења квалитета здравствене заштите под називом „Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама“, у складу са којим је Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ креирао Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета рада (61).

Усвајањем сета системских закона о здравственој заштити и осигурању, као и закон о коморама здравствених радника у децембру 2005. године, законску подршку је уједно добио и концепт сталног унапређења квалитета здравствене заштите (60).

У члану 23. Закона о здравственој заштити је од те године као једно од основних начела здравствене заштите у Републици Србији дефинисано „Начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите“ за које се подразумевало да се оствари уз помоћ мера и активности у складу са најсавременијим медицинским научним и практичним достигнућима како би се повећавала могућност достизања повољног здравственог исхода и смањили ризици и нежељене последице по здравље и здравствено стање појединаца али и заједнице као целине (60).

Ово је подразумевало да свака здравствена установа, како државна тако и приватна, почне да се бави сталним унапређењем квалитета здравствене заштите и формирањем комисија које ће да прате стално унапређење квалитета рада.

Посебна радна група за унапређење квалитета, која је формирана у Министарству здравља Републике Србије, донела је, на основу актуелне ситуације, предлог Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите. Овај предлог Министарство здравља усваја у јуну 2007.године (61).

У Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите дефинисани су показатељи квалитета као квантитативне мере које ће се користити за праћење и евалуацију квалитета неге и лечења пацијената, али уједно и као пружање подршке активностима здравствене заштите. У обавезне показатеље квалитета се убрајају, поред показатеља квалитета рада здравствених установа и показатељи квалитета безбедности пацијената, показатељи у вези са вођењем листа чекања, радом комисије за унапређење квалитета рада, стицањем и обновом знања и вештина запослених, задовољства корисника и задовољства запослених. Овим правилником су све здравствене установе биле у обавези да прате показатеље квалитета што се користи за вредновање у процесима евалуације рада сваке здравствене установе у испуњавању визије тежње ка сталном унапређењу квалитета здравствене заштите (61).

Значајно је стално преиспитивати карактеристике показатеља квалитета здравствене заштите: Валидност - да ли заиста приказују оно што мере; Објективност - да ли у истим или сличним околностима могу да обезбеде исти резултат; Осетљивост - да осликавају у области која се прати промене ситуације; Флексибилност - да ли се и колико могу прилагодити/променити у ситуацији измене приоритета у здравственој заштити (61).

За сваку врсту здравствених установа су дефинисани одређени показатељи квалитета који се прате према врсти и делатности коју обављају, дакле за установе примарног нивоa здравствене делатности (попут дома здравља, апотеке, завода за стоматологију, завода за здравствену заштиту радника, завода за здравствену заштиту студената, завода за геронтологију и палијативно збрињавање, завода за хитну медицинску помоћ, завод за кожно - венеричне болести, завода за плућне болести и туберкулозу); за установе секундарног нивоa здравствене делатности (попут опште и специјалне болнице); за установе терцијарног нивоa здравствене делатности (попут клинике, института, клиничко-болничког центра и клиничког центра); за установе у које обављају здравствена делатност на више нивоa (попут завода и института за јавно здравље, завода за судску медицину, завода за медицину рада, завода за трансфузију крви, завода за вирусологију, вакцине и серуме, завода за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију, завода за биоциде и медицинску екологију и завода за антирабичну заштиту) (60).

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ је креирао Методолошко упутство за извештавање здравствених установа о показатељима

квалитета здравствене заштите којим је дефинисан тачан начин како да се прикупљају, прате, израчунавају и извештавају обавезни показатељи квалитета рада здравствених установа (60).

Институти и заводи за јавно здравље имају обавезу да прате и обједињавају све показатеље квалитета на окружном нивоу и да извештавају о тим подацима у задатом року филијалу Републичког фонда за здравствено осигурање и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Републичка стручна комисија која је била задужена за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедност пацијената је формирана 2009. године, а Влада Републике Србије је 2009. године на предлог Министарства здравља донела Стратегију за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедност пацијената (60).

Затим је Влада Републике Србије у јуну 2010. године донела нови Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, који је ступио на снагу јануара 2011. године и данас је на снази. Овим правилником је укинут термин обавезних и препоручених показатеља квалитета. Он је донео измене појединих показатеља квалитета, а највећа измена у квалитету је увођење Интегрисаног извештаја о раду комисије за унапређење квалитета рада и Интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе. Комисија води рачуна о обезбеђивању сталног унапређења квалитета здравствене заштите у здравственим установама и у обавези је да изради Интегрисани план који мора да садржи:

- о активности које ће побољшати резултате који се односе на показатеље квалитета који се прате и прикупљају у здравственој установи
- о активности које се односе на унапређење задовољства корисника и унапређење задовољства запослених
- о предлоге мера и препоруке које се односе на спољну проверу квалитета стручног рада под Министарством здравља
- о Уколико је здравствена установа акредитована од стране наведене Агенције за акредитацију здравствених установа Србије предлог препорука од стране агенције (61).

Комисија за унапређење квалитета рада, након завршетка извештајног периода од једне године, израђује Интегрисани извештај о раду утврђеним смерницама из Интегрисаног плана, а здравствене установе су у обавези да у току једне календарске

године прикупе податке, да израчунају показатеље квалитета здравствене заштите и да их доставе окружном институту/заводу за јавно здравље који после детаљне контроле и евентуалних корекција и уз консултацију са здравственим установама за чију територију су основани, достављају податке о показатељима квалитета Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ који сачињава коначан Извештај о показатељима квалитета здравствене заштите у Републици Србији и доставља га Министарству здравља и Републичком фонду за здравствено осигурање Београд (61).

Од 2004. године, када су дефинисани први показатељи квалитета, посебан утицај на квалитет добијених података имала је чињеница да су све здравствене установе биле на различитом нивоу развоја информационог система. Институт и заводи су због своје најбоље информатичке опремљености имали улогу да након контроле и извештавања, одраде анализу показатеља квалитета за све здравствене установе у округу, као и тумачење добијених резултата и објављивање истих. Обавеза института и завода је била и да здравственим установама пружи подршку и предложи могућности за унапређење квалитета рада здравствене установе, као и квалитета здравствене заштите. Овако је било све до 2009. године, након чега је то постала обавеза сваке здравствене установе. Формирана је централна база података о показатељима квалитета на основу које Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ ради анализу и израђује годишњи извештај о показатељима квалитета здравствене заштите у Србији. Такође се одржава и конференција о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената у сарадњи Министарства здравља Републике Србије и Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. На овим конференцијама су предочени успеси и изазови у сталном унапређењу квалитета. Прављене су и ранг листе установа у Србији. Најбоље установе су у почетку добијале награде, док се последњих година додељују повеље, дипломе и захвалнице (62).

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

2.1. Циљ истраживања

Основни циљ истраживања је анализа показатеља квалитета здравствене заштите који се прате у Институту за јавно здравље Крагујевац и предлог мера за унапређење квалитета здравствене заштите у овој здравственој установи.

2.2. Хипотезе истраживања

У складу са постављеним циљевима истраживања, дефинисане су следеће хипотезе:

1. Евидентирана је континуирана едукација запослених здравствених радника и здравствених сарадника
2. Проценат обележених датума по календару здравља је адекватан планираном обиму
3. Постији обележавање датума ван календара здравља путем континуираног здравствено-васпитног рада у оквиру установе
4. Постоји редовно ажурирање интернет странице установе
5. Анализе и извештаји о раду и активностима института као и анализа показатеља квалитета рада су доступни на интернет страници установе
6. Континуирано се спроводи надзор над болничким инфекцијама
9. На вакциналним пунктовима се континуирано спроведи ревизија вакциналних картотека
10. Учешће потврда о смрти у регистру за рак је заступљено у задовољавајућем проценту
11. Квалитет рада у микробиолошким лабораторијама се контролише екстерном контролом квалитета
12. Евидентирана је успешност у међулабораторијским испитивањима и поређењима у лабораторијама за физичка и физичко-хемијска испитивања и у лабораторијама за санитарну микробиологију
14. Постоји одговарајући проценат стручних мишљења са предлогом мера за неисправне узорке у центру за хигијену и хуману екологију

15. Постоји план реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми
16. Омогућена је интерактивна комуникација запослених са корисницима на интернет страници установе
17. Постоји саветовалиште за добровољно и поверљиво тестирање (ДПСТ)

2.3. Методологија истраживања

У студији су коришћени подаци о обавезним показатељима квалитета здравствене заштите који се прате у Институтима за јавно здравље у Републици Србије, прописаних Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите ("Службени гласник РС", бр. 123/2021) као и предлог мера за унапређење квалитета рада здравствене заштите усмерене на превенцију и унапређење здравља становништва за територију за коју је Институт надлежан. Добијени подаци су приказани дескриптивно, табеларно и графички.

3. РЕЗУЛТАТИ

3.1. ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНСТИТУТУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ КРАГУЈЕВАЦ (ИЗЈЗ)

Табела 1. Показатељи квалитета здравствене заштите у ИЗЈЗ Крагујевац

Континуирана едукација запослених здравствених радника и здравствених сарадника у складу са планом стручног усавршавања
Континуирано обележавање датума по календару здравља
Континуирано обележавање датума ван календара здравља
Интернет страница установе се редовно ажурира и допуњује новим садржајима који осликавају рад установе
На интернет страници установе су доступне анализа и извештаји о раду установе
Континуирано се спроводи надзор над болничким инфекцијама
На вакциналним пунктовима се континуирано врши ревизија вакциналних картотека
Потврде о смрти у регистру за рак су процентуално заступљене са
Периодичним екстерним контролама врши се контрола квалитета рада у микробиолошким лабораторијама
Евидентирана су међулабораторијска испитивања и поређења у лабораторијама за физичка и физичко-хемијска испитивања и у лабораторијама за санитарну микробиологију
Континуирано се дају стручна мишљења за неисправне узорке у центру за хигијену и хуману екологију са предлогом мера
Постоји план реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми
Постоји континуирано интерактивна комуникација запослених са корисницима на интернет страници установе
У оквиру Центра за промоцију здравља постоји Саветовалиште за добровољно и поверљиво тестирање (ДПСТ)

Табела 2. Едукација здравствених радника и здравствених сарадника запослених у ИЗЈЗ Крагујевац

Обележавање датума по Календару здравља обавља се у складу са дефинисаним датумима путем манифестација у заједници, рад са мас медијима, путем конференција за штампу, медијских наступа (ТВ, Радио, писани чланци у новинама).

Табела 3. Обележавање датума по Календару здравља

<i>ТЕМА</i>
<i>Национални дан без дуванског дима</i>
<i>Месец борбе против малигних болести</i>
<i>Светски дан вода</i>
<i>Светски дан здравља</i>
<i>Недеља здравља уста и зуба</i>
<i>Светски дан без дуванског дима</i>
<i>Светска недеља дојења</i>
<i>Светски дан срца</i>
<i>Месец правилне исхране</i>
<i>Светски дан борбе против ХИВ/АИДС</i>

Табела 4. Обележавање датума ван Календара здравља

<i>Међународни дан живота</i>
<i>Светски дан болесника</i>
<i>Светски дан сексуалне и репродуктивне свести</i>
<i>Дан деце оболеле од рака</i>
<i>Светски дан социјалне правде</i>
<i>Светски дан ретких болести</i>
<i>Месец борбе против рака</i>
<i>Месец борбе против плућних болести и туберкулозе</i>
<i>Светски дан превенције карцинома</i>
<i>Дан женских права</i>
<i>Дан борбе против глаукома</i>
<i>Светски дан бубрега</i>
<i>Светски дан посвећен особама са Даун синдромом</i>
<i>Светски дан оралног здравља</i>
<i>Национални дан борбе против рака дојке</i>
<i>Светски дан вода</i>
<i>Светски дан борбе против туберкулозе</i>
<i>Недеља здравих уста и зуба</i>
<i>Светски дан аутизма</i>
<i>Светски дан Рома</i>
<i>Светски дан борбе против Паркинсонове болести</i>
<i>Недеља имунизације у Европи</i>
<i>Недеља превенције повреда у саобраћају</i>
<i>Међународни дан заштите од буке</i>
<i>Дан планете земље</i>

<i>Светски дан безбедности на раду</i>
<i>Месећ посвећен хепатитисима</i>
<i>Међународни месећ борбе против Multiple sclerosis</i>
<i>Међународни дан бабица</i>
<i>Светски дан астме</i>
<i>Светски дан хигијене руку у здравственим установама</i>
<i>Светски дан борбе против рака јажника</i>
<i>Светски дан Црвеног крста</i>
<i>Међународни дан физичке активности</i>
<i>Европски дан меланома</i>
<i>Међународни дан сестринства</i>
<i>Међународни дан породице</i>
<i>Дан сећања на преминуле од АИДС-а</i>
<i>Светски дан превенције хепатитиса</i>
<i>Европска недеља јавног здравља</i>
<i>Дан здравих градова</i>
<i>Међународни дан биолошке разноврсности</i>
<i>Међународни дан спорта</i>
<i>Јун, национални месећ менталног здравља</i>
<i>Светски дан борбе против поремећаја исхране</i>
<i>Међународни дан деце жртава насиља</i>
<i>Дан заштите животне средине</i>

Табела 5. Ажурирана интернет страница са одговарајућим садржајима који осликавају рад ИЗЈЗ Крагујевац

Ажурирана интернет страница	Омогућена интерактивна комуникација	Доступна анализа здравственог стања	Доступна анализа показатеља квалитета здравствене заштите	Постојање саветовалишта за ДПСТ
Континуирано током читаве календарске године				

Табела 6. Надзор над болничким инфекцијама на територији Шумадијског округа

Здравствена установа	Укупан број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције	Број лекара специјалиста епидемиолог ије у ИЗЈЗ који врше надзор над болничким инфекцијама	Број месеци спровођења епидемиолошког надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције
УКЦ Крагујевац	12	1	12
ОБ Аранђеловац	12	1	12

Табела 6а. Надзор над болничким инфекцијама УКЦ Крагујевац

Број хоспитализованих пацијената	Дужина хоспитализације пацијената (у данима)	Број пацијената са болничким инфекцијама	Број болничких инфекција	Стопа инциденције пацијената са болничким инфекцијама	Стопа инциденције болничких инфекција	Стопа инциденције болничких инфекција (на 1000 пацијената-дана хоспитализације)
2024. година						
26689	161479	321	369	1,20	1,38	2,29

Табела 6в. Надзор над болничким инфекцијама ОБ Аранђеловац

Број хоспитализованих пацијената	Дужина хоспитализације пацијената (у данима)	Број пацијената са болничким инфекцијама	Број болничких инфекција	Стопа инциденције пацијената са болничким инфекцијама	Стопа инциденције болничких инфекција	Стопа инциденције болничких инфекција (на 1000 пацијената-дана хоспитализације)
2024. година						
4605	24255	19	19	0,41	0,41	0,78

Табела 6с. Надзор над болничким инфекцијама по одељењима УКЦ Крагујевац праћењем инциденције

Назив одељења над којем је вршен надзор над болничким инфекцијама праћењем инциденције	Број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције на одељењу
Клиника за хирургију	12
Клиника за ортопедију	12
Клиника за неурологију	12
Центар за анестезију и реанимацију	12
Клиника за урологију, нефрологију	12
Центар за ургентну медицину	12
Клиника за педијатрију	12
Центар за неонатологију	12
Клиника за гинекологију	12
Клиника за инфективне болести	12

Табела 6d. Надзор над болничким инфекцијама по одељењима ОБ Аранђеловац праћењем инциденције

Назив одељења над којем је вршен надзор над болничким инфекцијама праћењем инциденције	Број месеци надзора над болничким инфекцијама праћењем инциденције на одељењу
Интензивна нега	12
Ортопедија/трауматологија	12
Општа хирургија	12
Гинекологија/акушерство	12
Неонатологија	12
Интерна медицина	12
Одељење продужене неге	12
Одсек коронарне јединице	12
Одсек неурологије	12
Одељење педијатрије	12

Табела 7. Ревизија вакциналних картотека на вакциналним пунктовима

Редни број	Назив општине	Број вакциналних пунктова	Број вакциналних пунктова на којима је спроведена ревизија	Проценат вакциналних пунктова
1	Крагујевац	6	6	100%
2	Аранђеловац	1	1	100%
3	Баточина	1	1	100%
4	Лапово	1	1	100%
5	Кнић	1	1	100%
6	Топола	1	1	100%
7	Рача	1	1	100%
УКУПНО ОКРУГ		12	12	100%

Табела 8. Учешће потврда о смрти у регистру за рак

Број новооболелих/умрлих случајева од рака у истој календарској години		Учешће потврда о смрти у регистру за рак
Број случајева рака пријављених Регистру само преко потврде о смрти	Укупан број случајева рака пријављених Регистру	
56	762	7,4

Табела 9. План реаговања у ванредним ситуацијама у писаној форми

План реаговања	Број мобилних тимова	Ажуриран план реаговања
1	5	1

Табела 10. Међулабораторијска испитивањима и поређења у лабораторијама за физичка и физичко-хемијска испитивања и лабораторијама за санитарну микробиологију

Број провераваних параметара	Број параметара у границама дозвољених одступања	Проценат успешности
1	2	3
Неколико пута током календарске године према потребама лабораторија		

Табела 11. Проценат стручних мишљења са предлогом мера за неисправне узорке у Центру за хигијену и хуману екологију

Број стручних мишљења за неисправне узорке	Број стручних мишљења за неисправне узорке са предлогом мера	Проценат стручних мишљења са предлогом мера
Континуирано током целе календарске године		

3.2. АКТИВНОСТИ НА УНАПРЕЂЕЊУ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНСТИТУТУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ КРАГУЈЕВАЦ

3.2.1. ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА ВОДЕЊИХ ХРОНИЧНИХ НЕЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

Табела 12. Активности усмерене на превенцију водећих ХНО и унапређење здравља становништва

ОПШТИ ЦИЉ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ	АКТИВНОСТИ
Превенција водећих ХНО и унапређење здравља становништва Шумадијског округа	Праћење оболевања и умирања од водећих ХНО у Шумадијском округу.	- Прикупљање, обрада и епидемиолошка анализа података о оболевању, умирању и факторима ризика одговорним за настанак водећих ХНО. Вођење регистра за рак, акутни коронарни синдром, дијабетес у округу. - Сагледавање учесталости, распрострањености, трајања, исхода, демографских, клиничких и других карактеристика водећих ХНО.
	Процена ризика по здравље становништва Шумадијског округа са становишта водећих ХНО.	- Процена ризика по здравље становништва Шумадијског округа са аспекта водећих ХНО - Процена оптерећења становништва Шумадијског округа водећим ХНО.
	Спровођење мера и активности за превенцију и контролу водећих ХНО у Шумадијском округу.	- Вођење регистара за малигне туморе, акутни коронарни синдром, шећерну болест, цереброваскуларне болести, срчану слабост, хр.бубрежну инсуфицијенцију, инвалидитет, психозе и децу са сметњама у развоју. - Сагледавање карактеристика регистрованих

		оболелих особа: учесталости, дистрибуција, трајања, исхода, демографских, клиничких и других карактеристика водећих ХНО
	Промоција здравих стилова живота.	- Спровођење активности на промоцији здравих стилова живота.

3.2.2. АКТИВНОСТИ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА УСМЕРЕНЕ НА ОСЕТЉИВЕ ГРУПАЦИЈЕ СТАНОВНИШТВА (ТРУДНИЦЕ, МАЛА И ПРЕДШКОЛСКА ДЕЦА, ШКОЛСКА ДЕЦА ЛИЦА СТАРИЈА ОД 65 ГОДИНА ЖИВОТА И ОСОБЕ СА ИНВАЛИДИТЕТОМ)

Табела 13. Активности усмерене на унапређење и очување здравља становништва, развој здравих окружења и афирмација здравих стилова живота

ОПШТИ ЦИЉ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ	АКТИВНОСТИ
Унапређење и очување здравља становништва, развој здравих окружења и афирмација здравих стилова живота.	Едукација становништва у здравственим установама	– Координација и праћење спровођења здравствено васпитног рада установа ПЗЗ – Координација и праћење спровођења здравствено васпитног рада ПЗЗ у циљу спречавања и сузбијања заразних болести – Израда извештаја о реализацији зв активности ПЗЗ – Сачињена компаративна анализа у спровођењу здравственог васпитања, као и унапређења знања становништва у односу на претходну годину и посета патронажних сестара у односу на претходну, као и за претходних пет година са препорукама

	Едукација едукатора и становништва	– Реализација едукације едукатора у области промоције здравља и спречавања и сузбијања заразних болести од стране сарадника ИЗЈЗ – Реализација едукација одраслог становништва у области промоције здравља и спречавања и сузбијања заразних болести од стране сарадника ИЗЈЗ – Израда извештаја о реализацији едукације едукатора и становништва – Спровођење активности у области промоције здравља које подразумевају мултисекторску сарадњу – Континуирана сарадња са мас медијима – Спровођење здравствено промотивних кампања у складу са Календаром здравља – Координација активности и пружање стручно методолошке помоћи установама ПЗЗ у реализацији активности кампање – Израда и дистрибуција здравствено промотивног материјала – Реализација наградних конкурса за кампање у предшколским установама и основним школама – Израда извештаја о реализованим активностима промоције здравља у заједници – Сачињена компаративна анализа унапређења знања становништва и едукатора у области промоције здравља и спречавању заразних болести у односу на претходну годину са препорукама
	Унапређење здравља вулнерабилних група	– Реализација здравствено васпитног рада са вулнерабилним групама у образовним и другим институцијама сарадника ИЗЈЗ – Израда извештаја о реализацији здравствено васпитног рада са вулнерабилним групама од стране сарадника ИЗЈЗ – Сачињена компаративна анализа унапређења знања ученика основних и средњих школа у области промоције здравља у односу на претходну, као и за претходних пет година са препорукама

3.2.3. ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ, УКЉУЧУЈУЋИ И НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ИМУНИЗАЦИЈЕ

Табела 14. Активности усмерене на унапређење здравља становништва у области превенције заразних болести

ОПШТИ ЦИЉ	СПЕЦИФИЧН И ЦИЉ	АКТИВНОСТИ
Унапређење здравља становништва у области заразних болести	Превенција и контрола заразних болести	– Прикупљање пријава заразних болести и пријава и одјава епидемија, укључујући грозницу Западног Нила – Сачињавање предлога противеписидемијских мера – Спровођење здравственог васпитања – Контрола пријављивања заразних болести на терену – Израда периодичних извештаја и анализа – Израда текућих извештаја и анализа у вези са актуелном епидемиолошком ситуацијом са предлогом мера – Елиминација и ерадикација приоритетних заразних болести (активан епидемиолошки надзор над болестима предвиђеним за ерадикацију и елиминацију)
	Превенција и контрола болничких инфекција	– Прикупљање пријава и одјава епидемија болничких инфекција – Сачињавање предлога противеписидемијских мера – Пружање стручно-методолошке помоћи здравственим установама – Надзор над болничким инфекцијама на одељењима под повишеним епидемиолошким ризиком за настанак и ширење болничких инфекција. – Праћење појаве и учесталости узročника болничких инфекција и антибиотске резистенције – Предузимање мера за превенцију и сузбијање мултирезистентних узročника. – Давање препорука за примену мера за спречавање појаве болничких инфекција и контрола њихове ефикасности. – Циљана епидемиолошка истраживања. – Учешће у раду комисија за болничке инфекције.
	Превенција и контрола болести превентабилних вакцинама	– Анализа периодичних извештаја здравствених установа (домова здравља) о спроведеној имунизацији – Надзор над нежељеним реакцијама након имунизације – Стручно-методолошка помоћ здравственим установама које спроводе имунизацију – Организација и координација рада Стручног тима

		за утврђивање трајних контраиндикација – -Планирање, организовање и учествовање у спровођењу додатних имунизационих активности; – Планирање, организовање и спровођење активности везаних за Недељу имунизације – - Сарадња са медијима.
	Превенција и контрола ХИВ инфекције и других ППИ.	– Рад саветовалишта за ДПСТ у циљу саветовања и тестирања на ХИВ инфекцију и друге ППИ према захтевима и индикацијама – Креирање и спровођење здравствено-васпитних програма за циљане популационе групе (млади, здравствени радници и др.). – Обрада, евидентирање и анализа појединачних пријава ХИВ инфекције, оболевања и умирања од АИДС-а и епидемиолошка испитивања код појаве случајева и кластера полнопреносивих инфекција у складу са Законом. – Успостављање сарадње са установама и удружењима активним на пољу превенције ХИВ инфекције и других ППИ. – Израда периодичних извештаја

3.2.4. ПРАЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ИСПРАВНОСТИ ВОДЕ ЗА ПИЋЕ, БАЗЕНСКИХ И ВОДА КОЈЕ СЕ КОРИСТЕ ЗА ВОДОСНАБДЕВАЊЕ И РЕКРЕАЦИЈУ

Табела 15. Активности усмерене на очување и унапређење здравља становништва праћењем фактора ризика у вези са водоснабдевањем, коришћењем базенских и вода за рекреацију и превенирање њиховог штетног утицаја на здравље

ОПШТИ ЦИЉ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ	АКТИВНОСТИ
Очување и унапређење здравља становништва праћењем фактора ризика у вези са водоснабдевањем, коришћењем базенских и вода за рекреацију и превенирање њиховог штетног утицаја на здравље	Обезбеђивање података о здравственој исправности вода за пиће	Евидентирање, прикупљање и формирање база података о здравственој исправности воде за пиће и израда извештаја
	Обезбеђивање података о здравственој исправности вода јавних базена	Евидентирање, прикупљање и формирање база података о здравственој исправности воде јавних базена и израда

		извештаја
	Обезбеђивање података о здравственој исправности и/или еколошком и хемијском статусу површинских вода које се захватају за водоснабдевање и користе за рекреацију	Евидентирање, прикупљање и формирање база података о микробиолошкој и физичко-хемијској исправности површинских вода које се захватају за водоснабдевање, о еколошком и хемијском статусу површинских вода која се користе за рекреацију и израда извештаја

3.2.5. МИКРОБИОЛОГИЈА ЈАВНОГ ЗДРАВЉА

Табела 16. Активности усмерене на микробиологију јавног здравља

ОПШТИ ЦИЉ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ	АКТИВНОСТИ
Спровођење и унапређење лабораторијски заснованог епидемиолошког надзора над заразним болестима према дефиницији случаја у РС	Благовремено утврђивање узрочника, извора и путева ширења заразне болести у случају епидемије као и код сумње на законски прописане заразне болести применом брзих и поузданих метода микробиолошке и молекуларне дијагностике и типизације	- Микробиолошка испитивања у циљу откривања узрочника, извора и начина ширења епидемије заразне болести - Микробиолошка испитивања особа у случају да постоји сумња од појаве заразних болести у складу са Законом о заштити становништва од заразних - Микробиолошка испитивања особа у оквиру рада ДПСТ саветовалишта
	Побољшање двосмерног функционисања ИЗЈЗ Крагујевац и мреже РЛ	- Транспорт узорака и култура микроорганизама у РЛ и/или извештавање података на захтев

3.2.6. ОДРЖАВАЊЕ СПРЕМНОСТИ ЗА ВАНРЕДНА СТАЊА: ПРИРОДНЕ НЕСРЕЋЕ, ЕПИДЕМИЈЕ И НЕСРЕЋЕ И КАТАСТРОФЕ ИЗАЗВАНЕ ЉУДСКИМ ФАКТОРОМ

Табела 17. Активности усмерене на одржавање спремности за ванредна стања и реаговање у ванредним и кризним ситуацијама

ОПШТИ ЦИЉ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ	АКТИВНОСТИ
Одржавање спремности за ванредна стања	Унапређење знања и опремљености екипа	Формирање екипа за ванредне ситуације у институтима/заводима
		Спремност и опремљеност екипа у ванредним ситуацијама
		Извештавање о активностима екипа у ванредним ситуацијама
		Стручно-методолошка помоћ здравственим установама у спровођењу акционих планова за ванредна стања
		Број сати приправности мобилних екипа
		Едукација учесника

3.2.7. ПЛАНИРАЊЕ, ОРГАНИЗАЦИЈА И ПРАЋЕЊЕ СПРОВОЂЕЊА НАЦИОНАЛНИХ ПРОГРАМА ЗА ОРГАНИЗОВАНИ СКРИНИНГ РАКА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Табела 18. Активности усмерене на имплементацију и унапређење спровођења организованог скрининга рака дојке, рака грлића материце и колоректалног карцинома на регионалном и локалном нивоу

ОПШТИ ЦИЉ	СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ	АКТИВНОСТИ
Имплементација и унапређење спровођења организованог скрининга рака	Организација и реализација програма организованих скрининга	Давање мишљења и сагласности на годишње акционе планове домова здравља за спровођење програма организованог скрининга рака за све три малигне болести

дојке, рака грлића материце и колоректалног карцинома на регионалном и локалном нивоу.	Праћење и евалуација програма организованих скрининга	Израда месечних извештаја о спроведеним активностима у оквиру програма организованог скрининга рака дојке, рака грлића материце и колоректалног карцинома
		Израда годишњих извештаја о реализацији програма организованог скрининга за све три малигне болести

Табела 19. SWOT анализа

Снаге: ИЗЈЗ Крагујевац нуди широк приступ здравственој заштити, опслужујући велике популације без обзира на приходе. Финансирање од стране владе и сарадња са универзитетима у области обуке додају стабилност и стручност.
Слабости: Ограничења финансирања често доводе до недостатка особља, дугих времена чекања и застареле инфраструктуре, што отежава пружање ефикасне здравствене заштите.
Мogućности: Растућа улагања у јавно здравство, дигиталне евиденције и телездравље могу помоћи у модернизацији система и достизању недовољно опслужених подручја.
Претње: Промене политика, смањења буџета и растући број пацијената врше све већи притисак на већ ограничене ресурсе и морал радне снаге.

Табела 20. Стратегије побољшања квалитета здравствене заштите

Идентификовање проблема и ефикасних решења
Репликација ефикасних промена/интервенција и процеса побољшања квалитета
Институционализација динамике побољшања.
Анализа података о процесу и исходима
Примена систематских напора за побољшање учинка
Систематска и континуирана акција која доводи до мерљивог побољшања здравствених услуга и здравственог стања циљаних група пацијената.

4. ДИСКУСИЈА

Квалитет здравствене заштите је степен у којем здравствене услуге за појединце и популације повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода. Заснован је на стручном знању заснованом на доказима и кључан је за постизање универзалног здравственог осигурања. Како се земље обавезују на постизање здравља за све, неопходно је пажљиво размотрити квалитет неге и здравствених услуга. Квалитетна здравствена заштита може се дефинисати на много начина, али све је више признање да квалитетне здравствене услуге треба да буду (63).

Ефикасне – пружање здравствених услуга заснованих на доказима онима којима су потребне. Безбедне – избегавање штете по људе којима је нега намењена; Усмерене на људе – пружање неге која одговара индивидуалним преференцијама, потребама и вредностима (64).

Да би се оствариле предности квалитетне здравствене заштите, здравствене услуге морају бити. Благовремене – смањење времена чекања, а понекад и штетних кашњења. Правичне – пружање неге чији се квалитет не разликује у зависности од пола, етничке припадности, географског положаја и социо-економског статуса. Интегрисане – пружање неге која омогућава приступ целом спектру здравствених услуга током целог животног века. Ефикасне – максимизирање користи од расположивих ресурса и избегавање расипњавања (65).

Здравствени системи широм света теже побољшању квалитета здравствене заштите коју пружају. Међутим, обезбеђивање предвидљивог системског побољшања је сложен задатак. Императив заснованости на доказима често је ограничен литературом, која је неуједначене научне ригорозности и није добро синтетизована нити контекстуализована (66).

Усвајање циљева одрживог развоја ставило је додатни нагласак на побољшање укупног људског развоја до 2030. године. Побољшање здравствених исхода је у првом плану ове глобалне обавезе, а позива све заинтересоване стране да осигурају здрав живот и промовишу благостање за све у свим узрастима. Циљеви одрживог развоја такође потврђују глобалну посвећеност унапређењу универзалног здравственог осигурања. Његов фокус је да се осигура да сви људи и заједнице имају приступ квалитетним здравственим услугама које су им потребне, без суочавања са финансијским потешкоћама. Да би се остварио циљ здравља за све и постигао универзални приступ квалитетним здравственим услугама (67).

Оквир СЗО за интегрисане здравствене услуге усмерене на људе позива на фундаментални помак са здравствених система осмишљених око болести и здравствених установа ка здравственим системима осмишљеним за људе.

Глобално, постоји потреба да се гледа даље од покривености услугама и финансијске заштите и да се нагласи побољшања у квалитету пружања услуга у сржи деловања земље. То је зато што ће квалитет здравствених услуга, заједно са покривеношћу услугама, играти кључну улогу у јачању националних здравствених система и побољшању здравствених исхода (68).

Постоји све веће колективно признање да квалитетне здравствене услуге треба да буду: ефикасне- пружање здравствених услуга заснованих на доказима онима којима су потребне; безбедне- избегавање штете по људе којима је нега намењена и смањење ризика од непотребне штете повезане са здравственом негом на прихватљив минимум; усмерене на људе - усвајање перспектива појединаца, неговатеља, породица и заједница као учесника и корисника поузданих здравствених система који су организовани око свеобухватних потреба људи, а не око појединачних болести, и који поштују друштвене преференције. Поред тога, да би се постигле користи од квалитетне здравствене заштите, здравствене услуге би такође требало да буду: благовремене- смањење времена чекања и

понекад штетних кашњења и за оне који примају и за оне који пружају негу; праведне - пружање неге чији се квалитет не разликује на основу старости, пола, рода, расе, етничке припадности, географског положаја, религије, социоекономског статуса, језичке или политичке припадности; интегрисане - пружање неге која је координисана у целом спектру здравствених услуга и пружалаца и чини доступним цео спектар здравствених услуга током тог животног века; ефикасне - максимизирање користи од расположивих ресурса и избегавање расипњавања (69).

Побољшање квалитета здравствене заштите је кључна почетна тачка за јачање здравствених система. Приступи побољшању квалитета играју улогу у побољшању квалитета здравствених услуга које се пружају на различитим нивоима здравственог система – примарном, секундарном и терцијарном. QI приступи подржавају идентификацију различитих празнина у пружању услуга, производе решења за решавање идентификованих празнина и ублажавање потенцијалних уских грла у пружању услуга (70).

Искуство у приступима у побољшању здравствене заштите у специфичним областима као што су здравље мајки, неонаталног и дечијег здравља, програми за ХИВ/СИДУ, туберкулозу/маларију је добро документовано. Технички програми и развојне агенције су се придржавале различитих дефиниција побољшања квалитета.

Сређивање ових дефиниција указује на консензус о одређеним битним принципима за ефикасно и одрживо побољшање квалитета (71).

Принципи посвећеност вишег руководства, одговорност људи и тимова, развој локално идентификованих решења, побољшање структура улагања, јасно дефинисане улоге и одговорност чланова тима, континуирано праћење и учење, ради побољшања, механизми за повратне информације и подстицаје (72).

Надовезујући се на ово брзо скенирање и основне принципе, интервенција за побољшање квалитета може се дефинисати на различитим нивоима здравственог система. Фокусирајући се на процесе промена, интервенција за побољшање квалитета може се дефинисати као процес промена у здравственим системима, услугама или добављачима у сврху повећања, вероватноће оптималног клиничког квалитета неге мереног позитивним здравственим исходима за појединце и популације (73).

На организационом нивоу, интервенција за побољшање квалитета може се дефинисати као „организациона стратегија која формално укључује анализу података о процесу и исходима и примену систематских напора за побољшање учинка.

Даље надограђујући, радна дефиниција дефиниције побољшања квалитета коју је заједнички развио тим за унапређење Стратегије безбедности седишта СЗО гласи. Побољшање квалитета је акција сваке особе која ради на спровођењу итеративних, мерљивих промена, како би здравствене услуге биле ефикасније, безбедније и усмерене на људе (74).

Објављена литература о побољшању квалитета демонстрира његове користи у различитим окружењима, посебно онима са ограниченим ресурсима. Наука о побољшању се развијала током времена. Добро познати Донабедијанов модел описује три параметра за квалитет неге: структуру (или унос), процес и исходе. Ово може бити користан приступ за концептуализацију широког спектра потенцијалних метода и интервенција за побољшање. Структуре, или уноси, односе се на окружење у којем се нега пружа, на пример, здравствену установу и људске и финансијске ресурсе који је подржавају; процес се односи на пружање неге самог, укључујући све аспекте трансакције између прималаца и пружалаца неге; а исход је мерљиви ефекат на

здравствено стање, на које може утицати широк спектар фактора. Улази, индикатори процеса и мере резултата делују као кључни покретачи за постизање побољшаног квалитета неге, задовољства особа, позитивног искуства и жељених здравствених исхода. Често цитирани концепт у напорима за побољшање здравствене заштите јесте Јуранова трилогија. Јуранова трилогија обухвата три одвојена, али повезана приступа који се морају узети у обзир приликом размишљања о напорима за побољшање (75).

Ово може бити корисна структура за концептуализацију различитих домена који се могу обрадити при избору интервенција квалитета. Овај приступ истиче како намерни напори свих заинтересованих страна кроз фазу дизајнирања и имплементације интервенције могу побољшати здравствене услуге и довести до побољшаних исхода. Планирање квалитета укључује укључивање свих заинтересованих страна у фазу дизајнирања интервенције. Управо у овој фази се развијају циљеви, процеси и задаци. Контрола квалитета укључује праћење успостављених процеса како би се осигурала њихова функционалност. Побољшање квалитета је дисциплинован приступ који побољшава ниво учинка процеса (76).

Побољшање квалитета састоји се од систематских и континуираних акција које доводе до мерљивих побољшања у здравственим услугама и здравственог стања циљаних група пацијената.

Побољшање квалитета је постизање, или процес постизања, новогнивоа учинка или квалитета који је супериорнији од било ког претходног нивоа квалитета.

Континуирано побољшање квалитета је управљачки приступ који укључује континуирано проучавање и побољшање процеса пружања здравствених услуга како би се увек боље задовољиле потребе пацијената и других особа.

Побољшање квалитета / континуирано побољшање квалитета је збир свих активности које стварају жељену промену у квалитету. У здравственом окружењу, побољшање квалитета захтева повратну спрегу која укључује идентификацију образаца неге појединаца (или учинка других система укључених у негу), анализу тих образаца како би се идентификовале могућности за побољшање (или случајеви одступања од стандарда неге), а затим предузимање мера за побољшање квалитета неге за будуће пацијенте. Ефикасан систем побољшања квалитета резултира постепеним повећањем квалитета неге (77).

Унапређење квалитета је приступ побољшању система и процеса услуга кроз рутинску употребу здравствених и програмских података како би се задовољиле потребе пацијената и програма.

Унапређење квалитета подразумева разумевање сложеног окружења здравствене заштите, примену систематског приступа, пројектовање, тестирање и имплементација промена коришћењем мерења у реалном времену ради побољшања, како би се направила разлика за пацијенте побољшањем безбедности, ефикасности и искуства неге (78).

Обезбеђивање квалитета здравствених услуга је кључна брига система законског здравственог осигурања. Стога не чуди што су недавне иницијативе за дигитализацију здравственог система, без изузетка, оправдане потребом да се обезбеди или чак побољша квалитет пружања услуга. Ово се односи, на пример, на увођење електронских картона пацијената и других апликација телематске инфраструктуре у складу са Законом о заштити података о пацијентима, али и на увођење дигиталних апликација за здравствену заштиту (79).

Очигледно је да су дигитална решења фундаментално погодна за обезбеђивање квалитета. То је због две карактеристике дигиталних решења: могућности прикупљања свеобухватних података и могућности да се подаци учине доступним било када и било где. Међутим, такође показује да предности дигиталних решења зависе од специфичне примене (80).

Поред законских обавеза, многе здравствене установе могу имати и суштински интерес за практиковање управљања квалитетом. Обезбеђивање квалитета и управљање квалитетом су методе развијене и коришћене у другим индустријама ради повећања ефикасности, чиме се подстиче конкурентност. Штавише, оне могу смањити ризик од потенцијалних грађанских тужби за накнаду штете (од пацијената). Стога не чуди што су се, поред законски прописаних механизма обезбеђивања квалитета, и приватне иницијативе обавезале на овај циљ (81).

Висококвалитетна здравствена заштита осигураних лица стога се може сматрати једним од основних циљева здравственог система. У светлу овога, и у контексту недавних законских мера за промоцију дигитализације здравственог система, поставља се питање да ли дигитализација у здравственом систему служи и за побољшање квалитета здравствене заштите. Ово се, барем, често постулира, али се понекад и пориче. У јавној дискусији, термин „побољшање квалитета“ се понекад

дефинише веома широко, међутим, без заснивања на конкретним концептима концепта квалитета у здравственом систему (82).

Најстарија дефиниција квалитета у здравству која се и данас користи потиче од Донабедијана и веома је слична горе поменутој дефиницији ИСО стандарда: Квалитет здравствене заштите је степен у којем је стварна здравствена заштита у складу са унапред дефинисаним критеријумима за добру здравствену заштиту. Ове дефиниције квалитета деле три битне компоненте: дефинисано циљно стање („захтеви“, „унапред постављени критеријуми“), стварно стање које треба мерити („скуп инхерентних карактеристика“, „стварна брига“) и постепено мерење односа између стварног и циљног стања („степен усаглашености“, „обим усаглашености“) (83).

Према Донабедијану се обично прави разлика између структурног квалитета, квалитета процеса и квалитета исхода. Структурни квалитет се односи на доступност и квалитет структура у оквиру којих се пружају услуге. Ово укључује квалификације и број расположивог медицинског особља, постојећу дигиталну инфраструктуру, финансијске и друге ресурсе, доступност релевантних информација у медицинским базама података итд. Квалитет процеса односи се на конкретне процесе, конкретан начин пружања услуга, нпр. усклађеност са утврђеним или прописаним процедуралним стандардима као што су медицинске смернице, коришћење специфичних токова рада, контролних листа итд. (84).

Коначно, квалитет исхода односи се на конкретан исход лечења, посебно на објективно мерљиво побољшање здравственог стања или субјективно задовољство пацијената. Ова тродимензионална класификација заснива се на претпоставци узрочне везе: висококвалитетне структуре стварају услове за висококвалитетне процесе, који су заузврат предуслов за висококвалитетни исход – при чему је овај други стварни циљ. Мерење и процена квалитета исхода су посебно тешки, због чега се структурни и процесни квалитет често користе као сурогатни параметри (85).

Дигитална решења се дуго користе за побољшање структурног квалитета здравствених услуга. Пре свега, ово подразумева употребу софтвера за обраду података релевантних за негу који омогућава дигиталне процесе. Ово укључује дигитално управљање матичним подацима о пацијентима, комуникацију између пружалаца услуга путем (шифроване) е-поште, употребу софтвера за управљање квалитетом, дигиталну документацију о лековима и употребу интерфејса између

система за управљање праксом и система медицинских лабораторија за размену лабораторијских података (85).

Такође су укључени инфраструктура за пружање телемедицинских услуга (које су посебно важне током пандемије COVID-19), приступ дигиталним базама података за приступ актуелним клиничким испитивањима и дигитални системи извештавања за анонимно пријављивање критичних инцидената (86).

Конкретно, електронски картони пацијената и други системи за размену здравствених података већ се налазе у болницама и лекарским ординацијама – у различитим облицима. Директни мрежни ефекти повезани са употребом таквих решења стварају основу за бржу и безбеднију размену информација између укључених пружалаца услуга и тиме за ефикасније процесе пружања услуга. Потоњи, заузврат, доприносе побољшању квалитета неге (87).

Међутим, ови ефекти су и даље углавном ограничени, као што је комуникација између лекара који наручују и медицинских лабораторија или унутар болнице. Штавише, дигиталне инфраструктуре се и даље претежно користе за пренос и обраду административних података. Тренутни изазов лежи у стварању инфраструктуре која обухвата све услуге и пружаоце услуга, посебно за лонгитудиналну обраду медицинских података релевантних за лечење. Стварање инфраструктуре за обраду таквих података могло би послужити за побољшање квалитета здравствене заштите, како благовременим пружањем података релевантних за лечење, тако и њиховом доступношћу за истраживање. Ови циљеви се такође теже, између осталог, стварањем телематске инфраструктуре и електронског картона пацијената (88).

Када је реч о квалитету процеса здравствених услуга, употреба дигиталних технологија је посебно важна за обезбеђивање усклађености са стандардима. То се првенствено односи на медицинске смернице и друге регулаторне оквире, за које је показано да усклађеност, углавном у клиничким студијама заснованим на доказима, корелира или чак узрочно повезана са бољим клиничким исходима. Поред дигиталних контролних листа, које се користе уместо папирних листа, постоје различита решења, као што је општа употреба контролних табли (графичких корисничких интерфејса за визуелизацију података) ради повећања придржавања смерница, а такође и за специфичне случајеве употребе, као што су хитне службе. Штавише, могућа је и употреба дигиталних алата за обезбеђивање квалитета специфичних за индикације и процедуре, посебно тамо где се већ користе дигитално контролисани медицински

уређаји или где су процеси већ окарактерисани употребом софтвера, као што је у патологији (89).

И овде постоји изазов обезбеђивања квалитета процеса код свих пружалаца услуга. Иако постоје приступи нези усмерени на квалитет, „аналогни“ са структурираним програмима лечења, употреба дигиталних решења у овим случајевима још увек није експлицитно предвиђена (89).

Према Светској здравственој организацији, универзално здравствено осигурање се постиже када сви људи и заједнице могу да користе промотивне, превентивне, куративне, рехабилитационе и палијативне здравствене услуге које су им потребне, довољног квалитета да буду ефикасне, а истовремено осигуравају да коришћење ових услуга не излаже корисника финансијским тешкоћама (90).

Универзално здравствено осигурање је поново привукао пажњу истраживача и креатора политике након што је укључен у Агенду за одрживи развој до 2030. Године који се позива на постизање универзалног здравственог осигурања, укључујући заштиту од финансијског ризика, приступ квалитетним основним здравственим услугама и приступ безбедним, ефикасним, квалитетним и приступачним основним лековима и вакцинама за све (91).

Иако постоји све више доказа који повезују универзално здравствено осигурање са различитим здравственим, економским и друштвеним исходима, недавне процене сугеришу да око 800 милиона људи широм света још увек нема приступ пуном финансијском осигурању основних здравствених услуга, укључујући, али не ограничавајући се на земље са високим приходима (92).

СЗО идентификује три димензије универзалног здравственог осигурања: (1) становништво (ко је покривен); (2) услуге (услуге које су покривене); (3) директни трошкови (део трошкова који су покривени).

Међутим, без пажње на квалитет пружене здравствене заштите, повећање покривености услугама само по себи вероватно неће довести до бољих здравствених исхода. Као такав, квалитет неге је кључан за постизање јединствене здравствене заштите. Висококвалитетни здравствени систем је дефинисан као онај који оптимизује здравствену заштиту у датом контексту доследним пружањем неге која побољшава или одржава здравствене исходе, тиме што га сви људи цене и верују му, и тиме што реагује на променљиве потребе становништва (93).

С обзиром на растућу глобалну економску конкуренцију и друге спољне притиске, организације су приморане да теже трајном квалитету и управљању квалитетом, што ће, заузврат, побољшати њихову конкурентску предност. Квалитет као концепт се метаморфозирао током година и подразумева објективни квалитет који се граничи са карактеристикама и квалитетом робе и услуга које задовољавају имплицитне и експлицитне захтеве купаца. Такође укључује субјективни квалитет који означава способност производње робе и услуга на најбољи, ефикасан и делотворан начин (94).

Посматрајући контекст здравствене заштите, квалитет је увек био циљ још од времена Флоренс Најтингејл. С обзиром на то да је обезбеђивање квалитета неопходан услов за економски опстанак и да је то етичко, правно и питање социјалних права,⁴ здравствени сектор је забринут због тога више од деценије. Обезбеђивање квалитета је значајно јер се тиче задовољства купаца и смањења ризика повезаних са здравственом заштитом на минимум. У садашње време, здравствена заштита је постала професија у развоју са приступом квалитету неге путем процене и регулације структурних, процесних и резултатских компоненти неге (95).

С обзиром на све веће конкурентно и динамично окружење у којем болнице послују и потребу за побољшањем учинка болница и квалитета здравствене заштите, истраживачи су спровели значајна истраживања о побољшању квалитета здравствене заштите. Истраживања су показала да се здравствени систем суочава са мноштвом изазова који укључују високе трошкове здравствене заштите, брзо растућу зависност од технологије, економски притисак на здравствене организације, смањење квалитета здравствене заштите, задовољавање потреба пацијената, повећан број пацијената који пате од вишеструких болести, повећану потражњу за висококвалитетном негом, повећане трошкове здравствене заштите и притиске на ограничавање трошкова. Неке студије су показале да је активан начин превазилажења изазова у здравству интервентни програм који ће се граничити са управљањем квалитетом - управљање тоталним квалитетом (96).

Значај управљања тоталним квалитетом као стратегијом за побољшање организационих перформанси порастао је у овој ери глобализације. Бројна истраживања су открила улогу управљања тоталним квалитетом у обогаћивању квалитета система и побољшању перформанси и запослених и организације. Управљање укупним квалитетом је познато по континуираном побољшању квалитета,

управљању квалитетом и тоталној контроли квалитета. Управљање тоталним квалитетом се сматра иновативним приступом управљању организацијама. У медицинском сектору, управљање тоталним квалитетом интегрише оријентацију на квалитет у све процесе и процедуре у пружању здравствене заштите. Сада се широко усваја у медицинском сектору многих земаља. А у потпуности је усвојен у неким здравственим установама (97).

Имплементација управљања тоталним квалитетом, од које зависи успех управљања тоталним квалитетом је сложена и комплексна. Зависи од добре комбинације одређених предиктора (тј. критичних фактора успеха), а његове користи је тешко остварити. У литератури су се појавили различити начини интеграције предиктора управљања тоталним квалитетом иако недоследни. Неки предиктори се сматрају кључним за успех управљања тоталним квалитетом и стога изузетним предикторима које организације могу усвојити, без обзира на њихову индустрију, тип, величину или локацију. Ови предиктори се сматрају детерминантама учинка путем ефикасне имплементације управљања тоталним квалитетом (98).

Тренутни докази указују на то да је квалитет здравствене заштите неоптималан, посебно у земљама са ниским и средњим приходима. Док је ера Миленијумских циљева развоја проширила приступ основним здравственим услугама у земљама са ниским и средњим приходима, лош квалитет неге остаје значајан проблем и објашњава стално високе нивое смртности мајки и деце. Поред тога, процењује се да лош квалитет здравствене заштите узрокује између 5,7 и 8,4 милиона смртних случајева годишње у земљама са ниским и средњим приходима. Нискоквалитетне услуге су такође проблем у земљама са високим приходима, посебно за угрожене популације као што су имигрантске и староседелачке групе (99).

Као такви, напори да се постигне јединствена здравствена заштита усмерена искључиво на проширење приступа здравственој заштити нису довољни. Постизање јединствене здравствене заштите захтеваће промишљенији фокус на квалитет неге у свим њеним различитим димензијама, укључујући ефикасност, безбедност, усмереност на људе, благовременост, правичност, интеграцију неге и ефикасност (100).

Побољшање квалитета може се дефинисати као комбиновани и непрекидни напори свих — здравствених радника, пацијената и њихових породица, истраживача, платилаца, планера и едукатора — да се направе промене које ће довести до бољих

исхода за пацијенте (здравље), бољих перформанси система (нега) и бољег професионалног развоја.

Континуирано побољшање квалитета је уграђено у пет главних компоненти:

1. Побољшање организационих процеса;
2. Коришћење структурираних процеса решавања проблема који укључују статистичке методе и мерења за дијагностиковање проблема и праћење напретка;
3. Коришћење тимова, укључујући запослене из више одељења и са различитих организационих нивоа, као механизам за увођење побољшања у организационе процесе;
4. Оснаживање запослених да идентификују проблеме са квалитетом и могућности за побољшање и да предузму акције у вези са овим проблемима и могућностима;
5. Експлицитни фокус на „купце“ – и екстерне и интерне (101).

Побољшање квалитета у јавном здравству је употреба намерног и дефинисаног процеса побољшања, који је фокусиран на активности које одговарају потребама заједнице и побољшавају здравље становништва. Односи се на континуирани напор да се постигну мерљива побољшања у ефикасности, ефективности, перформансама, одговорности, исходима и другим индикаторима квалитета услуга или процеса који постижу равноправност и побољшавају здравље заједнице (102).

Процеси побољшања квалитета користе системско размишљање, анализу података и тимове стручњака како би се постигли бољи исходи за пацијенте и побољшали клинички процеси.

Може се укратко дефинисати као свеобухватна филозофија управљања која се фокусира на континуирано побољшање применом научних метода за стицање знања и контроле над различитим радним процесима. Пружање здравствене заштите захтева структуру (нпр. људе, опрему, образовање, прикупљање података) и процесе (нпр. политике, протоколе, процедуре), који, када се интегришу, производе систем (нпр. програме, организације, културу) који води до одређених исхода као што су безбедност пацијената, квалитет, задовољство (103).

Континуирано побољшање квалитета је управљачки приступ или скуп принципа који има за циљ стално повећање ефикасности и ефективности организационих система како би се боље задовољиле потребе и очекивања пацијената и других заинтересованих страна. Ови принципи укључују позитиван фокус на стварање боље функционишућих организационих система, а не изолованих проблема

или личне кривице и укључивање целе организације у подстицање одговорности и изградњу капацитета за побољшање квалитета (104).

Континуирано побољшање квалитета може се дефинисати као планирани приступ трансформацији организација евалуацијом и побољшањем система ради постизања бољих резултата. Унапређење квалитета у здравству је структурирана анализа здравственог система са циљем побољшања његових перформанси. Активности намењене смањењу јаза између жељених процеса и исхода неге и онога што се заправо пружа. Унапређење квалитета је посебан процес управљања и скуп алата и техника које су координисане како би се осигурало да одељења доследно задовољавају здравствене потребе својих заједница (105).

Континуирано побољшање квалитета је прелазак са стандардних дефиниција квалитета, које су се осврнуле на већ обављени посао, ка методу превенције. Ово подразумева дефинисање и задовољавање потреба купаца, што води ка узорној услузи. Побољшање квалитета и континуирано побољшање квалитета фокусирају се на проактивно побољшање и континуирано унапређење квалитета неге и услуга комбиновањем стручног знања са знањем о побољшањима. Њихова филозофија је усмерена на континуирано побољшање процеса повезаних са услугама које испуњавају или превазилазе очекивања пацијента или лекара који упућује. За побољшање квалитета и континуирано побољшање квалитета, јасни стандарди треба да буду идентификовани за сваку активност или процес у установи. Ови стандарди треба да буду мерљиви како би се омогућило континуирано побољшање процеса (106).

Побољшање квалитета састоји се од систематских и континуираних акција које доводе до мерљивих побољшања у здравственим услугама и здравственог стања циљаних група пацијената.

Побољшање квалитета је постизање, или процес постизања, новог нивоа учинка или квалитета који је супериорнији од било ког претходног нивоа квалитета.

Континуирано побољшање квалитета је управљачки приступ који укључује континуирано проучавање и побољшање процеса пружања здравствених услуга како би се увек боље задовољиле потребе пацијената и других особа.

Побољшање квалитета / континуирано побољшање квалитета је збир свих активности које стварају жељену промену у квалитету. У здравственом окружењу, побољшање квалитета захтева повратну спрегу која укључује идентификацију образаца неге појединаца (или учинка других система укључених у негу), анализу тих

образаца како би се идентификовале могућности за побољшање (или случајеви одступања од стандарда неге), а затим предузимање мера за побољшање квалитета неге за будуће пацијенте. Ефикасан систем побољшања квалитета резултира постепеним повећањем квалитета неге (107).

Унапређење квалитета је приступ побољшању система и процеса услуга кроз рутинску употребу здравствених и програмских података како би се задовољиле потребе пацијената и програма.

Унапређење квалитета подразумева разумевање сложеног окружења здравствене заштите; примену систематског приступа; пројектовање, тестирање и спровођење промена коришћењем мерења у реалном времену ради побољшања, како би се направила разлика за пацијенте побољшањем безбедности, ефикасности и искуства неге.

Побољшање квалитета здравствених услуга: алати и ресурси. Напори за побољшање квалитета имају за циљ да уведу промене у здравственом систему које се баве узроцима лошег квалитета. Да би се то постигло, потребно је спровођење стратегије побољшања са три фазе:

- Идентификовање проблема и ефикасних решења кроз пилот пројекат побољшања малог обима;
- Репликација ефикасних промена/интервенција и процеса побољшања квалитета на цео систем здравствене заштите
- Институционализација динамике побољшања.

Унапређење квалитета је организациона стратегија која формално укључује анализу података о процесу и исходима и примену систематских напора за побољшање учинка.

Унапређење квалитета састоји се од систематских и континуираних акција које доводе до мерљивог побољшања здравствених услуга и здравственог стања циљаних група пацијената (108).

Наука о побољшању се развијала током времена. Добро познати Донабедијанов модел описује три параметра за квалитет здравствене заштите: структуру (или унос), процес и исходе. Ово може бити користан приступ за концептуализацију широког спектра потенцијалних метода и интервенција за побољшање. Структуре, или уноси, односе се на окружење у којем се нега пружа, на пример, здравствену установу и људске и финансијске ресурсе који је подржавају; процес се односи на пружање

здравствене заштите, укључујући све аспекте трансакције између прималаца и пружалаца здравствене заштите; а исход је мерљиви ефекат на здравствено стање, на које може утицати широк спектар фактора. Улази, индикатори процеса и мере резултата делују као кључни покретачи за постизање побољшаног квалитета здравствене заштите, задовољства особа, позитивног искуства и жељених здравствених исхода (109).

Често цитирани концепт у напорима за побољшање здравствене заштите јесте Јуранова трилогија. Јуранова трилогија обухвата три одвојена, али повезана приступа који се морају узети у обзир приликом размишљања о напорима за побољшање квалитета: планирање квалитета, контрола квалитета и побољшање квалитета. Ово може бити корисна структура за концептуализацију различитих домена којима се може приступити при избору квалитетних интервенција. Приступ истиче како намерни напори свих заинтересованих страна кроз фазу дизајнирања и имплементације интервенције могу побољшати здравствене услуге и довести до побољшаних исхода (110).

Планирање квалитета укључује укључивање свих заинтересованих страна у фазу дизајнирања интервенције. Управо у овој фази се развијају циљеви, процеси и задаци. Контрола квалитета укључује праћење успостављених процеса како би се осигурала њихова функционалност. Побољшање квалитета је дисциплинован приступ који побољшава ниво учинковитих процеса. Исте принципе понавља и Едвард Деминг, који је предложио да фокусирањем на менаџмент, организације могу побољшати продуктивност, квалитет и ефикасност (111).

5. ЗАКЉУЧАК

Лоше управљање је уобичајен проблем у здравственим системима и он је и узрок и показатељ лошег квалитета здравствене заштите. Узроци и облици лошег управљања укључују слаб надзор и неадекватне подстицаје и накнаде за здравствене раднике, недостатак транспарентности и одговорности у доношењу одлука и недовољан финансијски капацитет поред фрагментираних прописа и политика. Утврђено је да лоше управљање такође доводи до ниског поверења пацијената у здравствени систем, расипања ресурса и лоших исхода пацијената. Насупрот томе,

снажно управљање као кључно за ефикасне здравствене услуге и основу за постизање квалитета здравствене заштите.

Интервенције за побољшање управљања укључују децентрализацију, механизме друштвене одговорности, као што су социјалне ревизије, и реформе политика за јачање подстицаја за пружаоце услуга и интеграцију услуга. Истиче се потреба да се обезбеди адекватно лидерство и организациони капацитет пре интеграције услуга, као кључни фактор успеха.

Управљање квалитетом здравствене заштите је одговорност сваког менаџмента здравственог система. Побољшани квалитет има користи за све, смањује трошкове и идентификује проблеме пре него што проузрокују штету. Континуирано побољшање квалитета услуга и обезбеђивање високих стандарда квалитета у здравственим установама доприноси задовољству корисника и задовољству запослених.

Побољшање квалитета здравствене заштите је кључна почетна тачка за јачање здравствених система. Приступи побољшању квалитета играју улогу у побољшању квалитета здравствених услуга које се пружају на различитим нивоима здравственог система. Побољшање квалитета је акција сваке особе која ради на спровођењу итеративних мерљивих промена.

Ово истраживање је омогућило детаљну анализу и сагледавање у којој мери је испоштована процедура праћења показатеља квалитета здравствене заштите у ИЗЈЗ Крагујевац. Такође, резултати овог мастер рада дају смернице и препоруке за унапређење квалитета здравствене заштите и постизање одговарајућег степена ефикасности и успешности у раду, а сазмерно томе и веће задовољство корисника пруженом здравственом заштитом као и задовољство запослених који пружају здравствене услуге у ИЗЈЗ Крагујевац. За ефикасније управљање квалитетом здравствене заштите у ИЗЈЗ Крагујевац неопходно је и на даље пратити прописане показатеље и на време евидентирати евентуалне потешкоће и спровести одговарајуће корективне мере које ће водити унапређењу квалитета здравствене заштите у овој установи. Резултати овог истраживања су изнедрили конкретне предлоге и смернице за ефикасније управљање квалитетом здравствене заштите у ИЗЈЗ Крагујевац како би здравствене услуге биле ефикасније, безбедније и усмерене на људе.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Aggarwal A, Aeran H, Rathee M. Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2019;9(2):180-182.
2. Министарство здравља Републике Србије. Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, „Службени гласник РС“, број 15/2009.
3. Цуцић В, Симић С, Бјеговић В, Живковић М, Вуковић Д, Стефановић Докнић Д. и ост. Социјална медицина. Београд: Савремена администрација, 2000.
4. Симић С, Бабић М, Бјеговић Микановић В, Вуковић Д, Ђикановић Б, Јанковић Ј и ост. Социјална медицина. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду, 2012.
5. Legio-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union-A case for action. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
6. Tello JE, Barbazza E, Waddell K. Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy.* 2020;124(1):12-24.
7. Busse R, Panteli D, Quentin W. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.* Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/>
8. Yanful B, Kirubarajan A, Bhatia D, Mishra S, Allin S, Di Ruggiero E. Quality of care in the context of universal health coverage: a scoping review. *Health Res Policy Syst.* 2023;21(1):21.
9. Rezapour R, Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Saadati M, Abdolahi HM. Developing Iranian primary health care quality framework: a national study. *BMC Public Health.* 2019;19(1):911.
10. Lê G, Morgan R, Bestall J, Featherstone I, Veale T, Ensor T. Can service integration work for universal health coverage? Evidence from around the globe. *Health Policy.* 2016;120(4):406–419.

11. van Hees SGM, O’Fallon T, Hofker M, Dekker M, Polack S, Banks LM, et al. Leaving no one behind? Social inclusion of health insurance in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):134.
12. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Universal health coverage. WHO; 2023. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/uhc/index.html>
13. Busse R. High Performing Health Systems: Conceptualizing, Defining, Measuring and Managing. Presentation at the “Value in Health Forum: Standards, Quality and Economics”; Edmonton. 19 January 2017. 2017.
14. Arah OA, et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006;18 S1:5–13.
15. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan, USA: Health Administration Press; 1980.
16. Carinci F, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015;27(2):137–46.
17. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care*. 1982;20(10):975–92.
18. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *Journal of the American Medical Association*. 1988;260(12):1743–8. [PubMed]
19. EC. Communication from the Commission – On effective, accessible and resilient health systems. European Commission. Brussels: European Commission; 2014.
20. EC. EU Actions on Patient Safety and Quality of Healthcare. European Commission, Healthcare Systems Unit. Madrid: European Commission; 2010.
21. EC. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. European Commission (EC). Brussels: European Commission; 2016. So What? Strategies across Europe to assess quality of care.
22. Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.

23. European Council. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. Official Journal of the European Union. 2006;C146:1–2.
24. Gharaveis A, et al. The Impact of Visibility on Teamwork, Collaborative Communication, and Security in Emergency Departments: An Exploratory Study. HERD: Health Environments Research & Design Journal. 2018;11(4):37–49.
25. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Pomey MP. External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2016;12:CD008992. Health Council of Canada. Better health, better care, better value for all: refocussing health care reform in Canada. Toronto: Health Care Council of Canada; 2013. 2013.
26. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите и о провери квалитета стручног рада. (Сл. гласник РС бр. 123/21). Београд; 2021.
27. IOM. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Washington (DC), US: National Academies Press; 1990.
28. Houle SK, et al. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care? A systematic review. Annals of Internal Medicine. 2012;157(12):889–99.
29. Ivers N, et al. Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. Journal of General Internal Medicine. 2014;29(11):1534–41.
30. IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC), US: National Academies Press; 2001.
31. Legido-Quigley H, et al. Observatory Studies Series, 12. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A case for action.
32. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality. Paris: OECD Publishing; 2017. Caring for Quality in Health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>
33. Øvretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. International Journal of Health Planning Management. 2001;16:229–41.
34. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017.

35. Papanicolas I. International frameworks for health system comparison. In: Papanicolas I, & Smith P (eds.), editors. Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press; New York: 2013.
36. WHO. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2006a.
37. The Council of Europe. The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17 and explanatory memorandum. Strasbourg: The Council of Europe; 1997.
38. WHO. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006b.
39. WHO. Handbook for national quality policy and strategy – A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018.
40. WHO. WHO global strategy on people centred and integrated health services. Interim Report. Geneva: World Health Organization; 2016.
41. WHO/OECD/World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
42. Dreier D, Blagorazumnaya O, Balicer R, Dreier J. National initiatives to promote quality of care and patient safety: achievements to date and challenges ahead. Israel J Health Policy Res. 10.1186/s13584-020-00417-x.
43. Molloy A, Martin S, Gardner T, Leatherman S. A Clear Road Ahead. The Health Foundation, 2016. <https://www.health.org.uk/publications/a-clear-road-ahead>.
44. Leatherman S, Sutherland K. Designing national quality reforms: a framework for action. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):334–340. doi: 10.1093/intqhc/mzm049.
45. Department of Health (DH) High quality care for all: NHS Next Stage Review final report. London: Department of Health; 2008.
46. Institute of Medicine (IOM) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. London: IOM; 2001.

47. Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, Dawson J, et al. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:106–115. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001947.
48. Quality Improvement Made Simple. The Health Foundation, 2013. <https://www.health.org.uk/publications/quality-improvement-made-simple>.
49. Rating providers for quality: a policy worth pursuing? Nuffield Trust 2013. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/rating-providers-for-quality-a-policy-worth-pursuing>.
50. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and United States. *Millbank Q.* 2001;79(2):281–315. doi: 10.1111/1468-0009.00206.
51. Chang C-S, Chen S-Y, Lan Y-T. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):22. doi: 10.1186/1472-6963-13-438
52. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717
53. Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim J-S. Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. *Asian Nurs Res.* 2015;9(3):200–206. doi: 10.1016/j.anr.2015.03.002
54. Mosadeghrad AM. Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations. *TQM J.* 2015;27(5):544–564. doi: 10.1108/TQM-04-2013-0051
55. El-Tohamy AE-MA, Al Raoush AT. The impact of applying total quality management principles on the overall hospital effectiveness: an empirical study on the HCAC accredited governmental hospitals in Jordan. *Eur Sci J.* 2015;11(10).
56. Day A, Navarroli JE, Riwitis CL. Access to Quality Health Care. *J Emerg Nurs.* 2024;50(4):484-490. doi: 10.1016/j.jen.2024.05.001.
57. Koru G. Bringing Quality Health Care Home via Technology Innovations. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22(5):979-980. doi: 10.1016/j.jamda.2021.03.028.
58. Министарство здравља Републике Србије. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, „Службени гласник РС“, број 49/2010.

59. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите, Београд, 2011.
60. Frølich A. Identifying organisational principles and management practices important to the quality of health care services for chronic conditions. *Dan Med J.* 2012;59(2):B4387.
61. Huston CJ. Quality health care in an era of limited resources. Challenges and opportunities. *J Nurs Care Qual.* 2003;18(4):295-301. doi: 10.1097/00001786-200310000-00008.
62. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, Sweeney J. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(2):223-31. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133.
63. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *West J Nurs Res.* 2019;41(2):279-304. doi: 10.1177/0193945917747416.
64. Etchegaray JM, Thomas EJ. Engaging Employees: The Importance of High-Performance Work Systems for Patient Safety. *J Patient Saf.* 2015;11(4):221-7. doi: 10.1097/PTS.0000000000000076.
65. Etchegaray JM, St John C, Thomas EJ. Measures and measurement of high-performance work systems in health care settings: Propositions for improvement. *Health Care Manage Rev.* 2011;36(1):38-46. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181f685a4.
66. Leggat SG, Bartram T, Stanton P. High performance work systems: the gap between policy and practice in health care reform. *J Health Organ Manag.* 2011;25(3):281-97. doi: 10.1108/14777261111143536.
67. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. *Int J Health Care Qual Assur.* 2013;26(3):203-19. doi: 10.1108/09526861311311409.
68. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur.* 2009;22(4):366-81. doi: 10.1108/09526860910964834.
69. Khan AJ, Malik MA. Regulation, quality reporting and third-party certification of healthcare providers. *J Pak Med Assoc.* 2020;70(10):1811-1818. doi: 10.47391/JPMA.910.

70. Otokiti A. Using informatics to improve healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur.* 2019;32(2):425-430. doi: 10.1108/IJHCQA-03-2018-0062.
71. Sukumar SR, Natarajan R, Ferrell RK. Quality of Big Data in health care. *Int J Health Care Qual Assur.* 2015;28(6):621-34. doi: 10.1108/IJHCQA-07-2014-0080.
72. Araujo CAS, Siqueira MM, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2020;32(8):531-544. doi: 10.1093/intqhc/mzaa090.
73. Howell MD. Generative artificial intelligence, patient safety and healthcare quality: a review. *BMJ Qual Saf.* 2024;33(11):748-754. doi: 10.1136/bmjqs-2023-016690.
74. Burstin H, Leatherman S, Goldmann D. The evolution of healthcare quality measurement in the United States. *J Intern Med.* 2016;279(2):154-9. doi: 10.1111/joim.1247.
75. McGlynn EA. An evidence-based national quality measurement and reporting system. *Med Care.* 2003;41(1 Suppl):I8-15. doi: 10.1097/00005650-200301001-00002.
76. Galvin RS, McGlynn EA. Using performance measurement to drive improvement: a road map for change. *Med Care.* 2003;41(1 Suppl):I48-60. doi: 10.1097/00005650-200301001-00006.
77. Donnelly C, Janssen A, Shah K, Harnett P, Vinod S, Shaw TJ. Qualitative study of international key informants' perspectives on the current and future state of healthcare quality measurement and feedback. *BMJ Open.* 2023;13(6):e073697. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073697.
78. Hysong SJ, Kell HJ, Petersen LA, et al. Theory-based and evidence-based design of audit and feedback programmes: examples from two clinical intervention studies. *BMJ Qual Saf* 2017;26:323–34. 10.1136/bmjqs-2015-004796.
79. Gude WT, Roos-Blom M-J, van der Veer SN, et al. Health professionals' perceptions about their clinical performance and the influence of audit and feedback on their intentions to improve practice: a theory-based study in Dutch intensive care units. *Implement Sci* 2018;13:33. 10.1186/s13012-018-0727-8
80. Tuti T, Nzinga J, Njoroge M, et al. A systematic review of electronic audit and feedback: intervention effectiveness and use of behaviour change theory. *Implement Sci* 2017;12:61. 10.1186/s13012-017-0590-z
81. Landis-Lewis Z, Brehaut JC, Hochheiser H, et al. Computer-supported feedback message Tailoring: theory-informed adaptation of clinical audit and feedback for

- learning and behavior change. *Implement Sci* 2015;10:12. 10.1186/s13012-014-0203-z
82. Brown B, Balatsoukas P, Williams R, et al. Interface design recommendations for computerised clinical audit and feedback: hybrid usability evidence from a research-led system. *Int J Med Inform* 2016;94:191–206. 10.1016/j.ijmedinf.2016.07.010
83. Colquhoun HL, Carroll K, Eva KW, et al. Advancing the literature on designing audit and feedback interventions: identifying theory-informed hypotheses. *Implement Sci* 2017;12:117. 10.1186/s13012-017-0646-0
84. Francis JJ, Stockton C, Eccles MP, et al. Evidence-Based selection of theories for designing behaviour change interventions: using methods based on theoretical construct domains to understand Clinicians' blood transfusion behaviour. *Br J Health Psychol* 2009;14(Pt 4):625–46. 10.1348/135910708X397025.
85. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, et al. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health* 2015;42:533–44. 10.1007/s10488-013-0528-y
86. Wagner DJ, Durbin J, Barnsley J, et al. Measurement without management: qualitative evaluation of a voluntary audit & feedback intervention for primary care teams. *BMC Health Serv Res* 2019;19:419. 10.1186/s12913-019-4226-7
87. Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, et al. Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. *J Gen Intern Med* 2014;29:1534–41. 10.1007/s11606-014-2913-y
88. Atkins L, Francis J, Islam R, et al. A guide to using the theoretical domains framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci* 2017;12:77. 10.1186/s13012-017-0605-9.
89. Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and Operationalization. *Qual Quant* 2018;52:1893–907. 10.1007/s11135-017-0574-8.
90. Lasch KE, Marquis P, Vigneux M, et al. PRO development: rigorous qualitative research as the crucial foundation. *Qual Life Res* 2010;19:1087–96. 10.1007/s11136-010-9677-6.
91. Glowacki D. Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Crit Care Nurse*. 2015;35(3):33-41; quiz 43. doi: 10.4037/ccn2015440.

92. Carmo Filho RD, Borges PP. Financial management, efficiency, and care quality: A systematic review in the context of Health 4.0. *Health Serv Manage Res.* 2025;38(2):107-119. doi: 10.1177/09514848241275783.
93. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD008451. doi: 10.1002/14651858.CD008451.pub2.
94. Nandy B. Hospital Investment Decisions and Prioritization of Clinical Programs. *Cureus.* 2025;17(3):e79998. doi: 10.7759/cureus.79998.
95. Peacock SJ, Richardson JRJ, Carter R, Edwards D. Priority setting in health care using multi-attribute utility theory and programme budgeting and marginal analysis (PBMA) *Soc Sci Med.* 2007;64(4):897–910. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.09.029.
96. McDonald J, Ollerenshaw A. Priority setting in primary health care: a framework for local catchments. *Rural Remote Health.* 2011;11(2):1714.
97. Gallego G, Taylor SJ, Brien JE. Priority setting for high cost medications (HCMs) in public hospitals in Australia: a case study. *Health Policy.* 2007;84(1):58–66. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.05.008.
98. Mentzakis E, Paolucci F, Rubicko G. Priority setting in the Austrian healthcare system: results from a discrete choice experiment and implications for mental health. *J Ment Health Policy Econ.* 2014;17(2):61–73.
99. Peacock SJ, Mitton C, Ruta D, Donaldson C, Bate A, Hedden L. Priority setting in healthcare: towards guidelines for the program budgeting and marginal analysis framework. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2010;10(5):539–552. doi: 10.1586/erp.10.66.
100. Waldau S, Lindholm L, Wiechel AH. Priority setting in practice: participants opinions on vertical and horizontal priority setting for reallocation. *Health Policy.* 2010;96(3):245–254. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.02.007.
101. Cornelissen E, Mitton C, Davidson A, Reid C, Hole R, Visockas A-M, et al. Fit for purpose? Introducing a rational priority setting approach into a community care setting. *J Health Organ Manag.* 2016;30(4):690–710. doi: 10.1108/JHOM-05-2013-0103.

102. Urquhart B, Mitton C, Peacock S. Introducing priority setting and resource allocation in home and community care programs. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13 Suppl 1(c34, 9604936):41–45. doi: 10.1258/jhsrp.2007.007064.
103. Stafinski T, Menon D, McCabe C, Philippon DJ. To fund or not to fund. *Pharmacoeconomics*. 2011;29(9):771–780. doi: 10.2165/11539840-000000000-00000.
104. Mitton C, Dionne F, Donaldson C. Managing healthcare budgets in times of austerity: the role of program budgeting and marginal analysis. *Appl Health Econ Health Policy*. 2014;12(2):95–102. doi: 10.1007/s40258-013-0074-5.
105. Dionne F, Mitton C, Smith N, Donaldson C. Evaluation of the impact of program budgeting and marginal analysis in Vancouver Island health authority. *J Health Serv Res Policy*. 2009;14(4):234–242. doi: 10.1258/jhsrp.2009.008182.
106. Mitton C, Dionne F, Damji R, Campbell D, Bryan S. Difficult decisions in times of constraint: criteria based resource allocation in the Vancouver coastal health authority. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:169. doi: 10.1186/1472-6963-11-169.
107. Greenberg D, Siebzehner MI, Pliskin JS. The process of updating the National List of health Services in Israel: is it legitimate? Is it fair? *Int J Technol Assess Health Care Camb*. 2009;25(3):255–261. doi: 10.1017/S026646230999016X.
108. Choe YJ, Han OP, Cho H, Bae G-R, Chun B-C, Kim J-H, et al. Prioritization of the introduction of new vaccines to the national immunization program in the Republic of Korea. *Vaccine*. 2014;32(46):6049–6053. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.09.009.
109. Waldau S. Bottom-up priority setting revised. A second evaluation of an institutional intervention in a Swedish health care organisation. *Health Policy*. 2015;119(9):1226–1236. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.02.003.
110. Barasa EW, Molyneux S, English M, Cleary S. Setting healthcare priorities in hospitals: a review of empirical studies. *Health Policy Plan*. 2015;30(3):386–396. doi: 10.1093/heapol/czu010
111. Marsh K, Dolan P, Kempster J, Lugon M. Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. *J Public Health*. 2013;35(3):460–466. doi: 10.1093/pubmed/fds099.