

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА  
КОМИСИЈЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ  
КВАЛИТЕТА РАДА  
У БОЛНИЦАМА У БЕОГРАДУ  
2011-2019

Мр сц. мед. др Анђелија Нешковић



Градски завод  
за јавно здравље  
Београд

## САДРЖАЈ

|   |    |
|---|----|
| Показатељи квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада.....                    | 2  |
| УВОД.....   | 3  |
| Постојање интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе.... | 4  |
| Постојање интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређења квалитета .....          | 4  |
| Постојање ажуриране интернет презентације установе .....                                | 5  |
| Број одржаних састанака Комисије.....   | 5  |
| Процент унапређених показатеља квалитета.....   | 6  |
| Број спроведених ванредних провера квалитета стручног рада.....                         | 8  |
| Број поднетих приговора пацијената заштитнику пацијентових права... ..                  | 10 |
| Остале активности Комисије за унапређење квалитета рада.....                            | 11 |
| ЗАКЉУЧАК.....   | 15 |

## Комисија за унапређење квалитета рада

**Показатељи квалитета који се прате у области рада Комисије за унапређење квалитета рада су:**

1. Постојање интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе
2. Постојање интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређења квалитета
3. Постојање ажуриране интернет презентације установе

## УВОД

Обавеза формирања комисије за унапређење квалитета рада за све здравствене установе је уведена 1. јула 2004. године, актом министра здравља „Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама“. Комисија је имала задатак да доноси Програм за унапређење квалитета рада установе и стара се о његовој реализацији.

Законом о здравственој заштити из 2005. године („Службени гласник РС“ бр. 107/05) потврђена је обавеза оснивања Комисије за унапређење квалитета здравствене заштите, као стручног органа који се стара о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите која се спроводи у здравственој установи. Активности Комисије су прецизније дефинисане и уређене 2019. године (Закон о здравственој заштити, „Службени гласник РС“ бр. 25/19).

Комисија за унапређење квалитета здравствене заштите:

- 1) доноси годишњи план праћења показатеља квалитета здравствене заштите у здравственој установи до 31. децембра текуће године за наредну годину;
- 2) прати показатеље квалитета здравствене заштите у здравственој установи;
- 3) сачињава годишњи извештај о показатељима квалитета здравствене заштите, који се доставља директору и надлежном заводу за јавно здравље до 15. фебруара текуће године за претходну годину;
- 4) предлаже мере за унапређење квалитета пружања здравствене заштите у здравственој установи и унапређење квалитета рада здравствене установе;
- 5) доноси годишњи план унапређења квалитета здравствене заштите у здравственој установи, на основу годишњег извештаја о показатељима квалитета здравствене заштите и годишњег плана унапређења квалитета стручног рада који је сачинио Стручни савет установе. Наведени план се доставља директору здравствене установе до 1. марта текуће године.

Од 1. јула 2007. године, Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“ бр. 57/2007), уведено је праћење 4 показатеља квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада: постојање плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе; број активности на нивоу установе које су предузете у циљу сталног унапређења квалитета рада; број интерних провера квалитета стручног рада и постојање извештаја о раду Комисије за унапређење квалитета рада.

Доношењем новог Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“ бр. 49/2010), који се примењује од 1. јула 2011. године измењени су показатељи квалитета рада Комисије, тако да се прате 3 показатеља: Постојање интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе; постојање интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређења квалитета и постојање ажуриране интернет презентације установе.

У овом поглављу су анализирани показатељи квалитета рада комисија за унапређење квалитета рада у болницама у Београду 2019. години. Такође су анализирани подаци и трендови у деветогодишњем периоду, од 2011. до 2019. године. Подаци су приказани збирно за све болнице у Београду, као и по појединачним установама. Извор података био је Сумарни извештај о раду Комисије за унапређење квалитета здравствене установе, а поред прописаних показатеља квалитета, анализом су обухваћене и друге активности комисија наведене у извештају.

## 1. Постојање интегрисаног плана сталног унапређења квалитета рада здравствене установе

- *Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе представља показатељ квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе који збирно и свеобухватно приказује све планиране активности на унапређењу квалитета рада здравствене установе у периоду од једне године.*

Комисија за унапређење квалитета рада доноси за сваку календарску годину Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе. Овај план садржи пет целина:

1. Планиране активности ради побољшања показатеља квалитета здравствене заштите и квалитета рада које здравствена установа прикупља и прати;
2. Планиране активности ради унапређења задовољства корисника;
3. Планиране активности ради унапређења задовољства запослених;
4. Препоруке и предлози мера утврђених током последње спољне (редовне) провере квалитета стручног рада коју спроводе стручни надзорници Министарства здравља и унутрашње провере квалитета стручног рада и
5. Препоруке Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, а уколико је здравствена установа акредитована од стране Агенције за акредитацију здравствених установа Србије.

### Резултати

Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе за 2019. годину донет је у 24 болнице. Клинички центар Србије и КБЦ “Бежанијска коса” нису доставили извештај о раду Комисије, па нема података да ли ове установе имају интегрисани план.

## 2. Постојање интегрисаног извештаја о раду Комисије за унапређења квалитета

- *Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада представља показатељ квалитета рада Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе који збирно и свеобухватно приказује остварене резултате предузетих активности на унапређењу квалитета здравствене заштите и рада здравствене установе у периоду од једне године.*

Комисија за унапређење квалитета рада доноси за сваку календарску годину Интегрисани извештај о раду у току године. Интегрисани извештај о раду Комисије садржи шест целина:

1. Остварени резултати на унапређењу показатеља квалитета здравствене заштите и рада здравствене установе ;
2. Остварени резултати у области унапређења задовољства корисника здравственом заштитом
3. Остварени резултати у области задовољства запослених;
4. Поступање по препорукама и предлозима мера утврђених током последње спољне (редовне) провере квалитета стручног рада коју спроводе стручни надзорници Министарства здравља и унутрашње провере квалитета стручног рада;
5. Поступање по препорукама Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, а уколико је здравствена установа акредитована од стране Агенције за акредитацију здравствених установа Србије;
6. Сумарни извештај о активностима Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе и оствареним резултатима у односу на Интегрисани план сталног унапређења квалитета рада здравствене установе.

### Резултати

Интегрисани извештај о раду Комисије за унапређење квалитета рада здравствене установе за 2019. годину донет је у 24 болнице. КЦС и КБЦ „Бежанијска коса“ нису доставили извештај о раду Комисије, па нема података да ли ове установе имају интегрисани извештај о раду Комисије.

### 3. Постојање ажуриране интернет презентације установе

- *Извештава се са ДА или НЕ. Ако здравствена установа има ажурирану интернет презентацију у извештајни образац се уноси ДА и обрнуто.*

Здравствене установе својом презентацијом на интернету омогућавају пацијентима корисне информације о: здравственим услугама које пружају, радном времену појединих лекара и служби, начину и времену заказивања прегледа, потребној документацији за преглед, времену када су дозвољене посете болеснику и др. На тај начин омогућавају да пацијенти лакше и брже добију здравствену услугу, односно већу приступачност здравствене заштите.

### Резултати

У свим болницама, које су доставиле извештај, постоји ажурирана интернет презентација установе.

### 4. Број одржаних састанака Комисије

- *Извештава се као број састанака који је комисија одржала у току календарске године.*

Састав Комисије, број чланова и начин рада уређује се статутом здравствене установе. Чланови Комисије одржавају састанке у складу са процењеним потребама и планираним активностима.

### Резултати

Број састанака које су одржале Комисије за унапређење квалитета рада у 24 болнице у Београду (без КЦС и КБЦ „Бежанијска коса“, које нису доставили податке) у току 2019. године износи 141. Број одржаних састанака се разликује у различитим болницама и има вредности од 1 до 12, а у просеку по 5,9 састанака.

У 4 болнице чланови Комисије су се састајали једном месечно и одржали 12 састанака и то: у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“, Клиници за рехабилитацију „Др М. Зотовић“ и Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију. У Специјалној болници за болести зависности Комисија је одржала 10 састанака. По 8 састанака одржале су Комисије у Клиници за неурологију и психијатрију за децу и омладину и Специјалној болници за ендемску нефропатију; 7 у КБЦ „Звездара“; 6 у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“; а по 5 састанака у Институту за неонатологију и Институту за рехабилитацију.

На свака три месеца Комисија је одржавала састанке у:

- КБЦ „Др Драгиша Мишовић“
- ГАК „Народни фронт“
- Институту за ментално здравље

- Институту за реуматологију
- Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“
- Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“
- Специјалној болници за интерне болести Младеновац
- Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију.

Укупно 3 састанка у 2019. години, Комисија је одржала у Универзитетској дечјој клиници, Специјалној болници за рехабилитацију и ортопедску протетику и Институту за медицину рада Србије “Др Драгомир Карајовић”; 2 састанка у Институту за онкологију и радиологију Србије; а 1 у КБЦ „Земун“.

Већи број састанака од просека за све београдске болнице, одржале су Комисије у 8 болница.

## 5. Процент унапређених показатеља квалитета

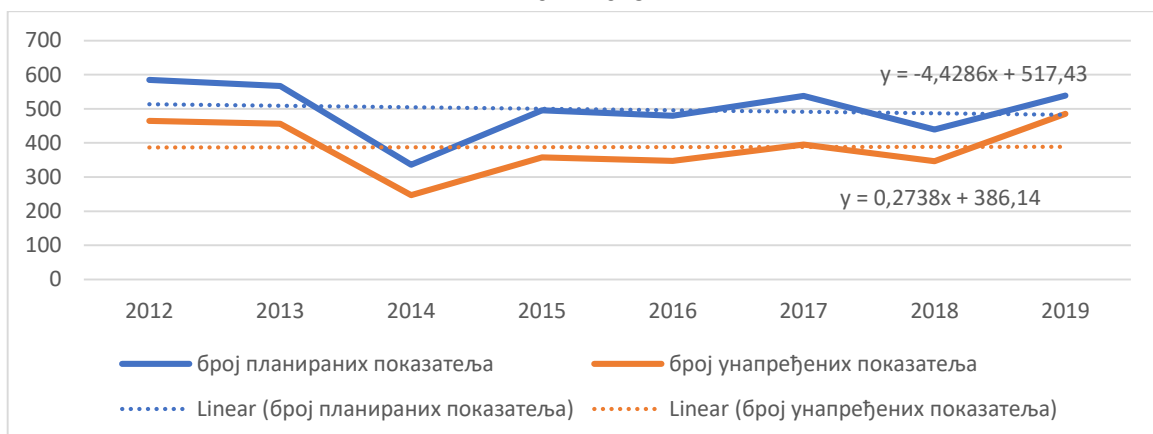
- *Израчунава се као број унапређених показатеља квалитета у току календарске године, подељен са бројем планираних показатеља.*

Комисија за унапређење квалитета рада прати показатеље квалитета које је прописало Министарство здравља, али и друге показатеље по избору, а који су важни за здравствену установу. За сваку календарску годину Комисија бира показатеље и дефинише мере и активности, као и одговорне особе за унапређење тих показатеља. Такође дефинише и очекиване вредности показатеља. На крају године Комисија оцењује у којој мери су планиране активности остварене, које су биле препреке и тешкоће за остварење мера и да ли су постигнуте дефинисане вредности показатеља

### Резултати

Комисије за унапређење квалитета рада у болницама у Београду (без КЦС и КБЦ „Бежанијска коса“, који нису доставили ове податке), су планирале да ће током 2019. године унапредити укупно 593 различита показатеља квалитета рада (графикон 1) . Иако је то знатно више у односу на претходну годину (439), број показатеља квалитета које болнице планирају да унапреде у току године има опадајући тренд у периоду од 2012. до 2019. године, али без статистичке значајности ( $p=0,984$ ).

Графикон 1. Број планираних и број унапређених показатеља квалитета у болницама у Београду, 2012-2019

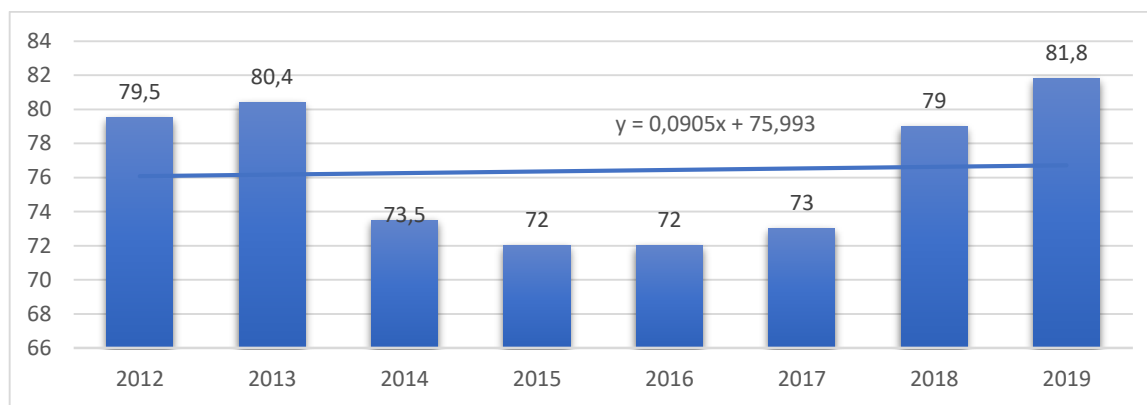


Према врсти показатеља, у 2019. години, највише су за унапређење планиране препоруке и мере из последњег извештаја о редовној унутрашњој провери квалитета (161 или 29,9% свих планираних показатеља), а потом, показатељи квалитета здравствене заштите -без показатеља безбедности пацијената (планирано 157 или 29%). У најмањем броју за унапређење су планиране препоруке и мере из последњег извештаја о редовној спољној провери квалитета, само 5 што је очекивано, с обзиром да је ова провера рађена у малом броју болница. (табела 1)

Истиче се да је Универзитетска дечја клиника планирала за унапређење чак 100 препорука и мера из последњег извештаја о редовној унутрашњој провери квалитета показатеља, док су све остале болнице планирале 61. Од реализованих укупно 137 мера и препорука из унутрашње провере квалитета рада, чак 95 је било у Универзитетској дечјој клиници.

У току 2019. године унапређено је 485, односно 81,8% планираних показатеља квалитета (графикон 2). У анализираном периоду овај показатељ има лагано растући тренд, без статистичке значајности ( $b=0,032$ ,  $r=0,900$ ) и највећу вредност у 2019. години.

Графикон 2. Процент унапређених показатеља квалитета у болницама у Београду, 2012-2019



У највећем проценту су реализоване препоруке из завршног извештаја Агенције за акредитацију здравствених установа (90,7%), потом препоруке и мере из последњег извештаја о редовној унутрашњој провери квалитета (85,1%) и показатељи квалитета здравствене заштите (без показатеља безбедности пацијената (82,2%). Најмањи проценат реализације, је остварен код активности везаних за унапређење задовољства корисника (70,8%).

Посматрано по појединачним болницама, највише показатеља за унапређење је планирано у акредитованим болницама: Универзитетској дечјој клиници (143) и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (72), а потом у Специјалној болници за ЦВБ „Свети Сава“ (46), Институту за КВБ „Дедиње“ (45) и Институту за рехабилитацију (42). Најмање показатеља су планирали КБЦ „Земун“, Институт за реуматологију (по 3) и Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић“ (1).

Сви планирани показатељи (100%) су унапређени у 8 болница: КБЦ „Земун“ (3 показатеља), Институту за КВБ „Дедиње“ (45), ГАК „Народни фронт“ (10), Институту за ментално здравље (4), Институту за реуматологију (3), Клиници за психијатријске болести „Др Л. Лазаревић“ (15), Специјалној болници за болести зависности (9) и Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ (26). Најмањи проценат унапређених показатеља је у Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић“, где није унапређен ниједан показатељ (планиран 1), и у Специјалној болници за ендемску нефропатију (16,7%) (табела 42 у табеларном прилогу).



Табела 1. Сумарни извештај о активностима комисија за унапређење квалитета рада у болницама у Београду, 2014-2019

| АКТИВНОСТИ<br>КОМИСИЈЕ   | 2014.      |               |             | 2015.      |               |           | 2016.      |               |           | 2017.      |               |           | 2018.      |               |           | 2019.      |               |           |
|--|------------|---------------|-------------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|-----------|
|  | План       | Извр-<br>шено | %           | План       | Извр-<br>шено | %         | План       | Извр-<br>шено | %         | План       | Извр-<br>шено | %         | План       | Извр-<br>шено | %         | План       | Извр-<br>шено | %         |
| Број унапређених показатеља квалитета здравствене заштите (без показатеља безбедности пацијента) | 77         | 52            | 68          | 143        | 93            | 65        | 161        | 105           | 65        | 173        | 122           | 71        | 132        | 110           | 83        | 157        | 129           | 82        |
| Број унапређених показатеља безбедности пацијента  | 24         | 17            | 71          | 46         | 36            | 78        | 40         | 30            | 75        | 63         | 51            | 81        | 48         | 28            | 70        | 58         | 46            | 79        |
| Број унапређених аспеката задовољства корисника  | 42         | 29            | 69          | 66         | 48            | 73        | 63         | 48            | 76        | 65         | 46            | 71        | 64         | 47            | 73        | 65         | 46            | 70        |
| Број унапређених аспеката задовољства запослених   | 46         | 28            | 61          | 62         | 49            | 79        | 65         | 47            | 72        | 63         | 51            | 81        | 65         | 57            | 88        | 72         | 54            | 75        |
| Број спроведених препорука и мера из последњег извештаја о редовној спољној провери квалитета    | 8          | 8             | 100         | 36         | 26            | 72        | 16         | 16            | 100       | 7          | 7             | 100       | 8          | 6             | 75        | 5          | 5             | 100       |
| Број спроведених препорука и мера из последњег извештаја о редовној унутрашњој провери квалитета | 90         | 72            | 80          | 91         | 68            | 75        | 87         | 67            | 77        | 78         | 63            | 81        | 79         | 58            | 73        | 161        | 137           | 85        |
| Број спроведених препорука из завршног извештаја Агенције за акредитац. здрав. установа          | 49         | 41            | 84          | 52         | 38            | 73        | 48         | 34            | 71        | 87         | 54            | 62        | 51         | 40            | 78        | 75         | 68            | 90        |
| <b>УКУПНО</b>  | <b>336</b> | <b>247</b>    | <b>73,5</b> | <b>496</b> | <b>358</b>    | <b>72</b> | <b>480</b> | <b>347</b>    | <b>72</b> | <b>538</b> | <b>395</b>    | <b>73</b> | <b>439</b> | <b>346</b>    | <b>79</b> | <b>593</b> | <b>485</b>    | <b>81</b> |

## 6. Број спроведених ванредних провера квалитета стручног рада

- *Извештава се као број спроведених ванредних провера квалитета стручног рада у току календарске године.*

Ванредну спољну проверу квалитета стручног рада спроводи Министарство здравља, на захтев грађанина, привредног друштва, установе, организације здравственог осигурања и државног органа. Наведена лица и институције подносе захтев, најчешће због нежељеног исхода у лечењу, односно незадовољства пруженом здравственом услугом.

Проверу квалитета обављају стручни надзорници чији је задатак да оцене да ли су мере, активности и поступци који се примењују у здравственој заштити, у погледу врсте, индикације, начина извођења, обима и других својстава, у складу са:

- 1) савременим медицинским и другим научним достигнућима и важећим, односно утврђеним стручно медицинским доктринама и упутствима;

2) потребном, односно прописаном здравственом заштитом;

3) тежином, сложености, почетком и трајањем болести, односно повреде;

4) прописаним условима и стандардима за обављање здравствене делатности, односно за пружање здравствених услуга.

Здравствена установа, друго правно лице, односно приватна пракса, као и здравствени радник, односно здравствени сарадник, дужни су да сарађују са стручним надзорницима, као и да им доставе све потребне податке и другу документацију потребну за спровођење редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада.

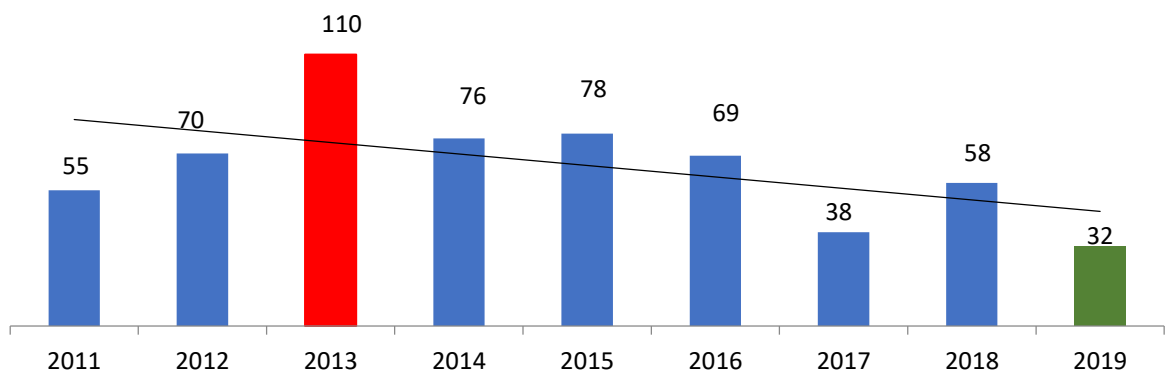
Министар разматра извештај о спроведеној спољној провери квалитета стручног рада, предложене мере стручних надзорника и зависно од утврђеног стања предузима мере, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита (Правилник о провери квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника, „Службени гласник РС“ бр. 35/11).

С обзиром да је свака ванредна провера квалитета стручног рада повезана са незадовољством корисника здравствене установе и сумњом у квалитет пружених услуга, Комисија за унапређење квалитета рада прати број спроведених ванредних провера квалитета, као и резултате тих провера и предлаже мере и активности да би се спречило понављање истих узрока незадовољства корисника.

### Резултати

Према добијеним извештајима, ванредне провере квалитета стручног рада обављене су у 13 болница (без података за КЦС и КБЦ „Бежанијска коса“) и то укупно 32 (графикон 3). То је најмањи број од 2011. године, с тим да, у претходним годинама недостају подаци за Клинички центар Србије.

Графикон 3. Број ванредних провера квалитета стручног рада у болницама у Београду у периоду од 2011. до 2019. године



Напомена: КЦС и КБЦ „Бежанијска коса“ нису доставили податке за 2019. годину.

Највише ванредних провера квалитета стручног рада је било у ГАК „Народни фронт“, 9, затим у КБЦ „Звездара“ 6, у Институту за онкологију и радиологију Србије 5, Универзитетској дечјој клиници 3, Институту за КВБ „Дедиње“ 2 и по 1 ванредна контрола квалитета стручног рада била је у 7 болница (КБЦ „Земун“, Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Институту за ментално здравље, Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“, Специјалној болници за интерне болести Младеновац, Специјалној болници за болести зависности и Институту за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић“). У осталим болницама није обављена ни једна ванредна провера квалитета стручног рада.

## 7. Број поднетих приговора пацијената заштитнику пацијентових права

- *Извештава се као број поднетих приговора пацијената заштитнику пацијентових права у току календарске године.*

Закон о здравственој заштити из 2005. године је дефинисао право пацијената на приговор. Пацијент коме је ускраћено право на здравствену заштиту, односно пацијент који није задовољан пруженом здравственом услугом или поступком здравственог или другог радника здравствене установе, може поднети приговор здравственом раднику који руководи процесом рада или лицу запосленом у здравственој установи које обавља послове заштите пацијентових права (у даљем тексту: заштитник пацијентових права).

У складу са законом, здравствене установе су биле дужне да организују рад заштитника пацијентових права, а од 1. јула 2011. године, као показатељ квалитета здравствене заштите прати се и број поднетих приговора пацијената. Извештај о овом показатељу попуњавали су заштитници права пацијента, који су постојали у свим здравственим установама.

Закон о правима пацијената („Службени гласник РС“ бр. 45/13), који је донет 22. маја 2013. године, је прописао да заштиту права пацијента обезбеђује јединица локалне самоуправе, одређивањем лица које обавља послове саветника за заштиту права пацијента, док заштиту права осигураног лица обезбеђује и организација здравственог осигурања, преко заштитника права осигураних лица. Републички фонд за здравствено осигурање је донео Правилник о начину и поступку заштите права осигураних лица РФЗО („Службени гласник РС“ број 68/13, који се примењивао од 01.11.2013.године).

Доношење ових прописа је, од 2014. године, здравственим установама онемогућило да имају информације о броју поднетих приговора, јер саветник за заштиту права пацијента у јединици локалне самоуправе, иако има обавезу достављања извештаја здравственој установи, своје извештаје доставља директно Министарству здравља. Такође, заштитници права осигураних лица (који су укинута 2019. године), из редова запослених радника Републичког фонда за здравствено осигурање, који су били смештени у здравственој установи, нису имали обавезу достављања извештаја о поднетим приговорима менаџменту здравствене установе.

Тако је од 2014. године вредност овог показатеља квалитета, односно број поднетих приговора пацијената, веома инсуфицијентан јер већина болница нема тачне податке о броју поднетих приговора.

На основу доступних података, Комисија за унапређење квалитета рада је пратила број и врсту приговора пацијената, с обзиром да су приговори повезани са незадовољством корисника здравствене установе и предлагала мере за уклањање и спречавање узрока незадовољства пацијената.

### *Резултати*

Укупан број **поднетих приговора пацијената** заштитнику пацијентових права у овом извештајном периоду био је 64 и скоро је дупло већи у односу на претходну годину. О броју поднетих приговора 13 болница је доставило извештај. Највећи број поднетих приговора пацијената био је у Институту за рехабилитацију (19), КБЦ „Звездара“ (12), Универзитетској дечјој клиници (7), Институту за медицину рада Србије „Др Д. Карајовић“ (6), а по 5 у ГАК „Народни фронт“ и Институту за онкологију и радиологију Србије, Мањи број приговора био је у: Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (3), Институту за реуматологију (2) и по 1 у КБЦ „Земун“, Клиници за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Клиници за психијатријске болести „Др Л. Лазаревић“, Специјалној болници за интерне болести Младеновац и Специјалној болници за болести зависности. Детаљнији подаци о врсти приговора, као и о спроведеним мерама, доступни су Комисији за унапређење квалитета рада здравствене установе.

## 7. Остале активности Комисије за унапређење квалитета рада

Комисија за унапређење квалитета рада доставља податке и о осталим активностима које су предузете у здравственој установи у циљу унапређења квалитета, а такође има могућност да предложи мере и активности за унапређење квалитета.

### Резултати

У свим болницама постоје **извештаји о раду Комисије, који су доступни свим запосленима**. Такође, у свим болницама Комисија подноси извештај о раду директору болнице и управном одбору.

Према добијеним извештајима, ни у једној болници није наплаћена новчана казна због **непоштовања закона о заштити од дуванског дима** у току 2019. године.

Према добијеним извештајима у свим стационарним здравственим установама на видно место је истакнуто:

- Обавештење о врсти здравствених услуга које се пружају на терет РФЗО;
- Обавештење о услугама које не плаћа РФЗО;
- Обавештење о услугама за које се плаћа партиципација и висини партиципације;
- Ценовник услуга које плаћају пацијенти;
- Књига за примедбе и жалбе пацијената;
- Подаци о заштитнику пацијентових права.

**Истраживање задовољства корисника** услугама здравствене службе обављено је у свим здравственим установама у којима је било предвиђено методолошким упутством (све болнице изузев педијатријских и психијатријских) и урађена је анализа резултата истраживања.

**Истраживање задовољства запослених** је обављено у свим болницама и урађена је анализа добијених резултата.

Поред наведених активности, Комисија, у сумарни извештај има могућност да упише и све друге активности које су током године спроведене у здравственој установи у циљу унапређења квалитета. **Додатне активности на сталном унапређењу квалитета здравствене заштите** су спроведене у 18 болница и описане су у даљем тексту.

У **Специјалној болници за ендемску нефропатију** је окречен цео стационар и обезбеђене нове наткасне у болесничким собама. У чекаоници специјалистичке службе су реновиран плафони и осветљење. Сређен је мокри чвор у целој згради и регулисан део грејања. Набављена су 2 сува стерилизатора за стационар. Поправљен је кардиолошки ултразвук.

У **Специјалној болници за интерне болести Младеновац**: уведено је вођење евиденције унутрашње контроле у свим организационим јединицама и редовни састанци са шефовима и главним сестрама интерних одељења.

У **Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“** стално се ради на уређењу ентеријера и набавци нових савремених средстава за рад (опреме и материјала) у циљу безбедности пацијената и запослених; уведен је у рад нови информациони систем - Heliant. Болница је добила сертификат о акредитацији на период од 7 година.

У **Специјалној болници за рехабилитацију и ортопедску протетику** су се ангажовали на проширењу скупа извештаја у оквиру ИЗИС-а и Heliant-а.

У **Клиничко болничком центру „Др Драгиша Мишовић“** Комисија за унапређење квалитета рада је донела годишњи програм провере квалитета стручног рада у здравственој установи. У КБЦ-у је формирана Комисија за координацију и контролу рада акредитационих комисија која се бави увођењем и праћењем примене процедура у болници. У 2019. години је ревидирано 13 и усвојене нове 23 процедуре, тако да је у примени укупно 505 процедура. Уведена је месечна контрола стања залиха лекова и санитетског и потрошног материјала по организационим јединицама. Примена ИЗИС-а је унапредила систем заказивања прегледа у специјалистичко-консултативним амбулантама. Комисија за квалитет прати ангажованост лекара појединачно у односу на прописане мере извршења и предузима корективне мере. У току је интеграција радиолошког информационог система са БИС-ом у оквиру националне платформе за медицинску превентиву и дијагностику. Урађена је ревизија Стратешког плана 2016-2021.

У **КБЦ „Звездара“** су иновирани садржаји појединих процедура и упутстава за лекаре и медицинске сестре у складу са најновијим достигнућима медицине.

У **Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије** је спроведено испитивање задовољства корисника, урађена је анализа и предложене су мере за унапређење, иако прописаном методологијом ова установа није имала обавезу испитивања задовољства корисника.

**Универзитетска дечја клиника** је акредитована на 7 година. Унапређена је инфраструктура болнице (адаптиране су амбуланте у Служби за хитну и амбулантну дечју хирургију, адаптиран је простор за одлагање прљавог веша и др.). Израђено је 318 процедура, усаглашавана је медицинска документација са постојећом регулативом, ревидиран је образац за месечни извештај о унутрашњој провери квалитета стручног рада; израђене су сервисне књижице за сву медицинску опрему, а у области безбедности су спроведене бројне активности (постављени су рукохвати и антиклизне траке на степеништу, заштита на свим прикључцима, направљен нови начин контроле и одлагања лекова, едуковани су запослени за поступање са оштрим предметима и њихово одлагање и др.).

**Гинеколошко акушерска клиника „Народни фронт“:** спроведе се континуиране контроле стручног рада од стране начелника и директора Клинике, мере за унапређење евиденције медицинских процедура и дијагноза (именовани помоћници начелника за медицинску евиденцију, мере за побољшање информисаности пацијената (штампани материјал и објаве на интернет страницама Клинике, директна електронска и телефонска комуникација на захтев пацијената) и мере за унапређење показатеља који су одређени од стране ДСГ пројекта (број првих прегледа у амбуланти, просечна дужина болничког лечења, стопа леталитета на нивоу болнице 48 сати након пријема, стопа услуга пружених у дневној болници и стопа пацијената третираних резервним антибиотцима).

**Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину:** скраћено је време чекања за читавање ЕЕГ снимка, едукација медицинског особља и безбедност пацијената.

**Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“** је акредитована на период од 7 година. Усвојено је преко 100 процедура које су у примени. Клиника перманентно ради на јавно-здравственим активностима у области менталног здравља, те је у јануару 2019. године отворила националну СОС линију за превенцију самоубиства, а у оквиру Националног центра за превенцију самоубиства. У Клиници је формиран велики број комисија које се редовно састају: Комисија за индиковане и рационалну употребу дугоделујућих антипсихотика, Комисија за процес акредитације клинике, Комисија за оправданост индикација за пријем у одељења психо-социјалне рехабилитације и др.

**Институт за неонатологију:** остварено је смањење дужине примене механичке вентилације, повећана је примена неинвазивних облика вентилације, смањена дужина боравка на интензивној нези, а планира се наставак примене PICCLINE, рад на мерама за спречавање болничких инфекција, повећање стопе преживљавања новорођенчади испод 1500г, а посебно испод 1000г.

**Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“** је увео 15 процедура нове технологије у лечењу кардиохируршких, васкуларних и кардиолошких болесника. Набављени су антидекубитални душеци и уведена преоперативна исхрана чиме се спречило изгладњавање пацијената пред операцију. Набавком ноћних посуда за једнократну употребу и фиксних дозатора за дезинфекцију руку у свакој болесничкој соби је унапређена ефикасност сузбијања интрахоспиталних инфекција

У **Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“** у току је разматрање пријављених нежељених догађаја и израда анализе; праћење и рационализација потрошње лекова, санитетског и другог потрошног материјала; подела упутстава, процедура, водича, протокола, образаца и сличних докумената (ревизије постојећих и рад на новим верзијама); унапређење безбедности и заштита вулнерабилних категорија и активно учешће у раду Радне групе за безбедност, Тима за заштиту жена које су изложене насиљу и Тима за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Израда електронског информативног часописа Института. Израда, прикупљање и контрола анализа, извештаја и планова. Израда и штампа књиге Интерни стандарди здравствене неге и медицинско-техничких радњи у ИОХБ „Бањица“, ажурирање едукативног и информативног садржаја; унапређење функционалности веб сајта Института; уведена су 3 клиничка пута и започета дигитализација; уведена дневна хирургија; имплементација дефинирања према систему ДСГ и низ других активности.

**Институт за реуматологију:** у току је осмишљавање и примена стандардних оперативних процедура за дијагностику и лечење најчешћих реуматских болести.

**Институт за ментално здравље:** Предузете су активности на сталном праћењу и повећању степена безбедности пацијената и смањењу ризичних догађаја, као и одржавање тимских састанака и састанака Стручног савета.

У **Институту за онкологију и радиологију Србије** је уведена терапија радиоактивним јодом; израђена је ОНКО апликација за мобилне телефоне са водичем за Институт и 21 брошуром са информацијама о раку, лечењу рака и подршци; уведена је рутинска биопсија дојке са патохистолошком дијагнозом пре отпочињања лечења; скраћење времена чекања на операцију; успостављање сарадње са Институтом за онкологију у Москви; имунизација запослених у складу са одредбама Правилника, провера вакциналног статуса новозапослених и обука за заштиту од микробиолошких агенаса.

У **Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију** су набављене 53 столице за амбуланту, 6 клима за стационар, 2 рачунара и 2 монитора, завршена поправка расвете испред стационара, ново дечје игралиште је опремљено у стационару, извршена је уградња архивског плакара, премошћавање водоводних цеви на одељењу стоматологије, набавка новог апарата за полимеризацију за одељење стоматологије, завршен је ремонт котларнице у стационару, уређење немедицинске архиве, израда безбедоносних брава на кровним прозорима у стационару, ревизија електро-ормана у стационару, поправка телефонске централе у амбуланти, набавка новог ЕЕГ апарата, нови венецијанери у стационару на кровним прозорима, завршетак радова организованих од стране Министарства здравља, осликавање зида дворишта амбуланте, санација кишне цеви у дворишту амбуланте, нових 10 стабала посађених у дворишту стационара, обезбеђени пакетићи за децу у стационару за Божић и празник „Свети Сава“.

У **Институту за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић“** је спроведена имплементација информационог система ИЗИС, а у току је процес акредитације.

**Предлоге за стално унапређење квалитета рада је доставило 7 болница.**

У **Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“** сматрају да треба обезбедити сталну контролу, континуирано праћење, и евалуацију постигнутих резултата и планско остваривање постављених циљева. Потребна је боља сарадња на свим нивоима, вертикална и хоризонтална

комуникација и проток информација су циљеви којима се тежи, а све у корист и за интерес пацијената и запослених.

У **Специјалној болници за интерне болести Младеновац** сматрају да су неопходни чешћи састанци свих здравствених установа и размена искуства, као и чешћи састанци са ГЗЈЗ.

У **Специјалној болници за рехабилитацију и ортопедску протетику** сматрају да је потребна промена питања у анкетама за кориснике здравствене заштите, јер су постојећа преопширна и контрадикторна. Такође, запослени доводе у питање смисао анкете јер се не чини ништа по питању унапређења задовољства од стране виших инстанци.

У **Институту за ментално здравље** сматрају да је потребно константно водити рачуна о пријему пацијената у заказано време применом ИЗИС-а, као и унапредити квалитет и свеобухватност медицинске документације.

У **Институту за неонатологију** сматрају да је потребно смањење смртности, повећање стопе преживљавања и повећање броја медицинских сестара по постељи.

У **Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“** предлози за унапређење квалитета рада су: увођење дневне болнице и смањење болничких дана, смањење листе чекања за све процедуре које се раде у болници, изградња „Дедиња 2“. Институт је у процесу научне акредитације.

У **Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију** је у плану замена крова стационара, уређење соба стационара, унапређење информатичке мреже, организовање и одржавање семинара за ширу стручну јавност од стране тима за неуропсихолошку рехабилитацију, набавка техничко-технолошких дијагностичких и терапијских средстава.

## ЗАКЉУЧАК

Комисије за унапређење квалитета рада су организоване у свим болницама у Београду. Оне организују испитивање задовољства корисника и запослених у здравственој установи, прикупљају и анализирају показатеље квалитета, израђују годишњи план за унапређење квалитета рада здравствене установе и дефинишу мере потребне за успешну реализацију плана. Комисије се старају да у болници на видна места буду истакнута обавештења за пацијенте о услугама које се плаћају, партиципацији, заштитнику права пацијента и др.

Комисије за унапређење квалитета рада у болницама у Београду, су планирале да ће током 2019. године унапредити укупно 593 (439 у претходној години) различитих показатеља (без КЦС и КБЦ „Бежанијска коса“, који нису доставили ове податке). Према врсти показатеља, највише су за унапређење планиране препоруке и мере из последњег извештаја о редовној унутрашњој провери квалитета (161), а потом, унапређење показатеља квалитета здравствене заштите (без показатеља безбедности пацијената) (157).



Од укупно 593 показатеља, које су комисије планирале да ће унапредити током 2019. године у свим болницама у Београду, унапређено је 485, или 81,8%. У највећем проценту су реализоване препоруке из завршног извештаја Агенције за акредитацију здравствених установа (90,7%), потом препоруке и мере из последњег извештаја о редовној унутрашњој провери квалитета (85,1%) и показатељи квалитета здравствене заштите (без показатеља безбедности пацијената (82,2%)). Најмањи проценат реализације, је остварен код активности везаних за унапређење задовољства корисника (70,8%).

Постоје разлике у раду комисија између болница, како у броју одржаних састанака комисије у току године, тако и у спроведеним активностима, односно у броју унапређених показатеља квалитета рада у току године.

Највећи обим рада оствариле су комисије у акредитованим болницама. Због тога је значајно што је, поред 11 болница које су акредитоване (КБЦ „Др Д. Мишовић“, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, Институт „Бањица“, КБЦ „Звездара“, Институт за онкологију и радиологију Србије, Институт за рехабилитацију, Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, Универзитетска дечја клиника, Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Специјална болница за цереброваскуларне болести „Свети Сава“, Институт за реуматологију), још неколико болница у поступку акредитације.