

Институт за јавно здравље Србије

„Др Милан Јовановић Батут“

Праћење показатеља квалитета здравствене заштите

Приказ изабраних показатеља,
Србија 2005–2009.

Београд, 2010.

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ

„Др Милан Јовановић Батут”

Др Суботића 5, Београд

www.batut.org.rs

ПРАЋЕЊЕ ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Приказ изабраних показатеља, Србија 2005–2009.

Главни и одговорни уредник

Др сц. мед. Тања Кнежевић

Аутори

Др сц. мед. Весна Кораћ

Мр сц. мед. Весна Хорозовић

Др Мирјана Живковић-Шуловић

Мр сц. мед. Маја Крстић

Др сц. мед. Јасмина Грозданов

Др сц. мед. Милена Васић

Припрема података

Неда Стојановић, дипл. математичар

Мр Лидија Станковић, дипл. инж. орг. наука

Соња Митов-Шћекић, дипл. математичар

Лектура и коректура

Мр Тамара Груден, спец. књижевне публицистике

Рецензент

Проф. др Снежана Симић

Институт за социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду

Графички дизајн и штампа

Папирграф

ПРЕДГОВОР

Свеобухватан и веома захтеван концепт квалитета здравствене заштите у Републици Србији се реализује већ неколико година. Међу многобројним учесницима у његовом спровођењу, од свих здравствених установа и њихових запослених до Министарства здравља и Републичког завода за здравствено осигурање, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” и институти и заводи за јавно здравље у Републици Србији имају посебну улогу. Она се огледа у обједињавању и извештавању о свим показатељима квалитета здравствене заштите на нивоу Србије који се систематично прате од 2005. године.

У циљу информисања стручне и шире јавности Институт за јавно здравље Србије издао је публикацију „Праћење показатеља квалитета здравствене заштите, Приказ изабраних показатеља, Србија 2005–2009.” која представља покушај да се након првих година искуства укаже на значај самих показатеља, напора на њиховом дефинисању, као и успостављању процеса праћења и анализе.

Директор



Др сц. мед. Тања Кнежевић

УВОД

Праћење квалитета здравствене заштите обухвата дефинисање обележја и критеријума који одређују шта чини добру здравствену заштиту. Највећи изазов за стално унапређење квалитета здравствене заштите је систематски приступ његовом мерењу, које нам омогућава да боље разумемо шта под квалитетом подразумевамо. То је сложен процес који почиње консензусом о томе шта ће се мерити, идентификовањем одговарајућих показатеља укључујући и изворе података за њихово добијање, наставља се анализом, синтезом и тумачењем добијених резултата, а завршава њиховом дисеминацијом.

У Републици Србији, опредељење за организовани, системски приступ сталном унапређењу квалитета здравствене заштите присутно је од 2004. године. Томе су претходили напори стручњака из области јавног здравља да се концепт квалитета здравствене заштите и његовог сталног унапређења примени и заживи у пракси. Уједно, то је захтевало да широк спектар и сви аспекти квалитета здравствене заштите буду препознати у Министарству здравља и самим тим се омогући не само израда и усвајање низа припремних докумената, законских и подзаконских аката, већ и њихово прилагођавање, мењање и развијање до данашњих дана.

Први документ у области унапређења квалитета здравствене заштите, који је Министарство здравља Републике Србије објавило у 2004. години, био је „Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама”, на основу кога је Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” израдио Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета рада, листама чекања, обуци запослених и задовољству пацијената. Већ 2005. године стално унапређење квалитета здравствене заштите налази своје место у Закону о здравственој заштити, чиме су створени предуслови за формулисање показатеља квалитета и формирање комисија за стално унапређење квалитета у здравственим установама. У 2007. години, при Министарству здравља, оснива се Посебна радна група за унапређење квалитета која започиње праћење и анализу актуелне ситуације на пољу сталног унапређења квалитета здравствене заштите и квалитета рада здравствених установа на свим нивоима делатности, као и рад на припреми Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, који Влада Републике Србије усваја јуна 2007. године. Овим Правилником су дефинисани показатељи квалитета који се прате у: установама примарне здравствене заштите (*дом здравља, завод за здравствену заштиту радника, студентата, старих лица, оболелих од туберкулозе и других плућних болести, оболелих од полно преносивих инфекција и болести коже, завод за стоматоло-*

гију, завод за хитну медицинску помоћ и апотека); установама секундарне и терцијарне здравствене заштите (*општа болница, специјална болница, клиничко-болнички центар, институт, клиника и клинички центар*); установама у којима се здравствена делатност обавља на више нивоа (*институти и заводи за јавно здравље, Институт за вирусологију, вакцине и серуме, Завод за антирабичну заштиту, Институт за трансфузију крви, заводи и службе трансфузије крви, Институт за медицину рада, Завод за судску медицину, Завод за психопсихолошке поремећаје и говорну патологију*). Посебна пажња је усмерена на области: листе чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника и задовољство запослених у здравственој установи, стицање и обнова знања и вештина запослених и рад комисија за унапређење квалитета. Прикупљање података неопходних за праћење показатеља садржаних у напред наведеном Правилнику дефинисано је Методолошким упутством за поступак извештавања здравствених установа о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите, које је сачинио Институт за јавно здравље Србије.

У 2009. години формирана је Републичка стручна комисија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, а на предлог Министарства здравља Влада Републике Србије је донела Стратегију за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената. У јулу 2010. године Влада је донела нови Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите који ће бити у примени од јануара 2011. године.

Током целог овог периода, све здравствене установе, као и институти и заводи за јавно здравље, улагали су велике напоре усмерене ка евидентирању, контроли података и извештавању о показатељима квалитета здравствене заштите. Наиме, од 2004. године, када су дефинисани први показатељи квалитета, здравствене установе су биле у обавези да прикупљене и обрађене податке са израчунатим показатељима квалитета достављају, преко надлежних института и завода за јавно здравље, Институту за јавно здравље Србије. На овај начин је формирана централна база података о показатељима квалитета, на основу које се радила анализа и припремао годишњи Извештај о показатељима квалитета здравствене заштите у Србији. Анализирање вредности показатеља и њихово коришћење у оцењивању квалитета здравствене заштите и рада здравствених установа, поред ове основне функције имало је за циљ и преиспитивање карактеристика самих показатеља, њихове валидности, односно да ли стварно приказују појаву коју мере, објективности – да ли су у стању да обезбеде исти резултат у сличним или истим околностима, осетљивости – да ли осликавају промене ситуације у посматраној области, и флексибилности – да ли и колико се могу прилагодити/применити у случајевима промене приоритета у областима здравствене заштите.

Интензиван рад на унапређењу показатеља довео је и до измена постојећих и увођења нових показатеља у 2007. години, што је условило и делимично ограничило одабир показа-

теља за ову публикацију. Основни критеријуми којима су се аутори публикације руководили при избору били су: (1) заступљеност показатеља квалитета свих нивоа здравствене заштите и области за које су дефинисани показатељи квалитета, (2) могућност вишегодишњег сагледавања вредности показатеља, односно промена које говоре о унапређењу квалитета здравствене заштите или са друге стране о неопходности измена у раду здравствене службе (3) задовољавајући квалитет података неопходних за израчунавање показатеља. Као извор података за израду ове публикације коришћена је база података о показатељима квалитета Института за јавно здравље Србије.

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ КОЈУ ОБАВЉАЈУ ИЗАБРАНИ ЛЕКАРИ

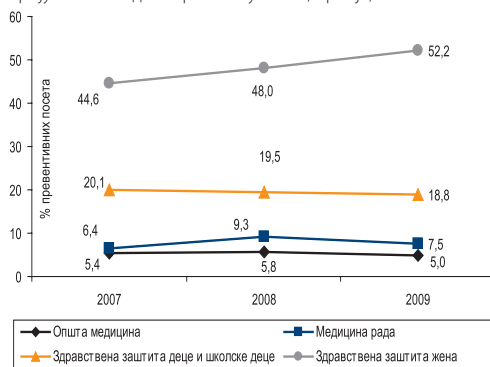
Примарна здравствена заштита (ПЗЗ) је изузетно значајан део система здравствене заштите, чија развијеност, ефикасност и квалитет рада доприносе успешности функционисања виших нивоа система здравствене заштите. У примарној здравственој заштити се реализује први контакт корисника са здравственим радницима и здравственом службом и обезбеђује успостављање континуитета пружања здравствене заштите. Управо због важности ових елемената највећи изазов је био развијање показатеља који одражавају квалитет рада лекара и медицинских сестара у ПЗЗ.

У јулу 2004. године дефинисани су показатељи којима се пратио квалитет рада лекара у домовима здравља. Континуирано праћење показатеља путем анализирања њихових карактеристика, као и развој здравственог информационог система (увођење електронског картона и електронских фактура) омогућили су установљавање нових показатеља квалитета рада изабраних лекара који ће бити у примени од 2011. године.

Пружање превентивних услуга једна је од главних активности здравствених радника примарне здравствене заштите.

Учешће превентивних прегледа у укупном броју прегледа је показатељ чија се вредност у периоду 2007–2009. године углавном одржавала на приближно истом нивоу у свим службама, изузев у служби здравствене заштите жена где је забележен пораст (графикон 1).

Графикон 1. Процент превентивних посета у укупном броју посета код лекара по службама, Србија, 2007–2009.



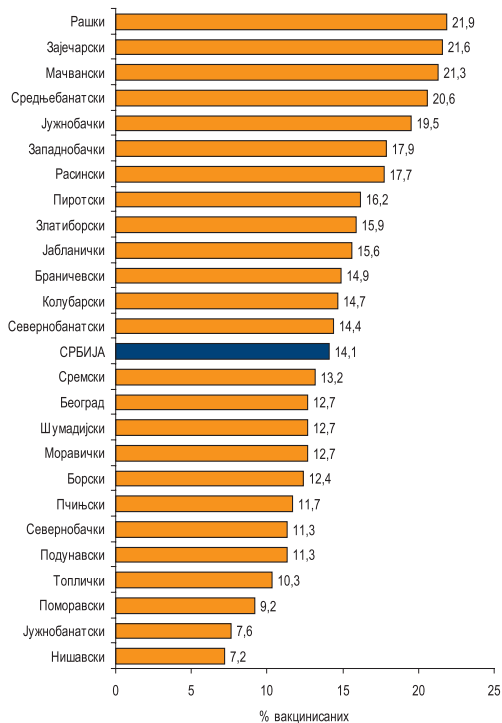
Један од значајних показатеља квалитета рада у ПЗЗ је и проценат особа старијих од 65 година обухваћених вакцинацијом против грипа.

Вакцинација против сезонског грипа, посебно особа старијих од 65 година представља значајну превентивну меру којом се спречава настанак самог обољења и компликација до којих оно може довести у овој популацији у којој су, више него у другим популационим групама, распрострањене хроничне незаразне болести.

У Србији се у последње три године бележи пораст вакцинисаног становништва старијег од 65 година од 11,7% колико је износио у 2007, до 14,1% у 2009. години. Иначе низак обухват ове популационе групе

вакцинацијом против грипа у 2009. години, пратиле су и велике варијације према окрузима (графикон 2). Тако је у пет округа у којима је забележен највећи обухват, сваки пети, а у два округа са најмањим обухватом тек сваки 14. становник ове узрасне групе био вакцинисан.

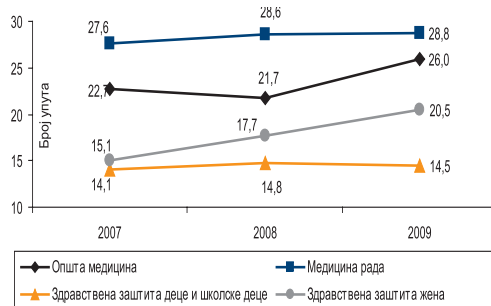
Графикон 2. Процент особа старијих од 65 година обухваћених вакцинацијом против грипа према окрузима, Србија, 2009.



Квалитет рада у примарној здравственој заштити огледа се и у пракси упућивања на више нивое здравствене заштите, што се прати преко просечног броја упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару на 100 куративних посета. Овај показатељ у периоду 2007–2009. године бе-

лежи пораст у служби здравствене заштите жена и опште медицине, док је углавном непромењен у службама здравствене заштите деце и школске деце и медицине рада (графикон 3).

Графикон 3. Просечан број упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару на 100 куративних посета према службама, Србија, 2007–2009.



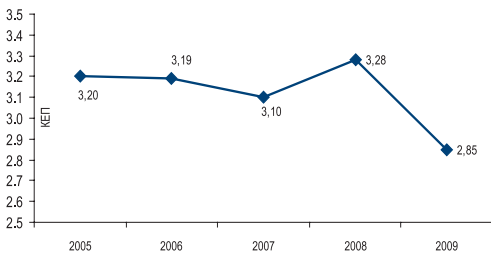
Праћење кретања вредности овог показатеља треба да послужи као основ за постављање стандарда упућивања на више нивое здравствене заштите.

СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

У стоматолошкој здравственој заштити, један од најчешће коришћених показатеља за процену каријес преваленције и утврђивање потреба за стоматолошким лечењем различитих популационих група је индекс кариозних, екстрахираних и пломбираних зуба (КЕП). То је кумулативни и иреверзибилни показатељ јер мери присуство каријеса и у прошлости и у садашњости. Као општи показатељ здравља уста и зуба, КЕП се код деце у дванаестој години живота сматра поузданим показатељем њиховог оралног здравља.

У Србији, овај показатељ од 2005. године достављају све стоматолошке службе домова здравља и заводи за стоматологију. Његова вредност била је најповољнија у 2009. години. И поред тога, неопходно је спровођење превентивних стоматолошких мера од најранијег детињства како би се достигао циљ Националног програма превентивне стоматолошке заштите 2009–2015. године, да КЕП код деце у дванаестој години живота не прелази вредност 2,0 (графикон 4).

Графикон 4. Кариозни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота, Србија, 2005–2009.

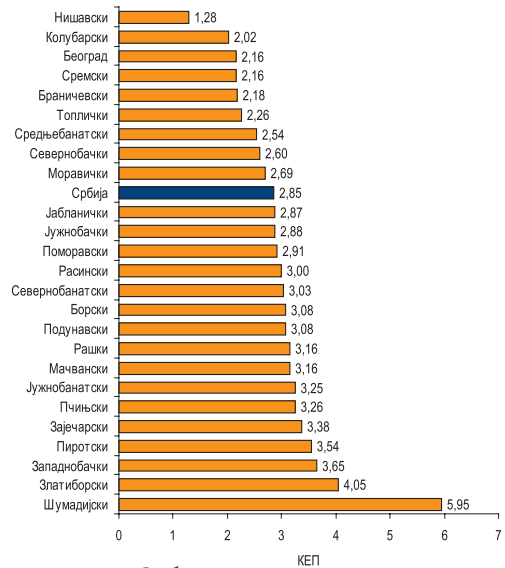


Када се посматрају вредности овог показатеља по окрузима, очигледне су значајне разлике (графикон 5). Стоматолошке службе Шумадијског и Златиборског округа треба да уложе додатне напоре у пружању стоматолошких услуга и организацији промотивних активности којима ће се обезбедити боље орално здравље деце овог узраста.

ХИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЋ

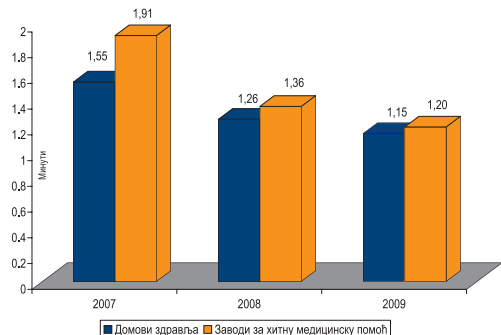
Квалитет рада хитне медицинске помоћи, као посебне области здравствене заштите која се обавља на примарном нивоу у заводима за хитну медицинску помоћ и службама хитне помоћи при домовима

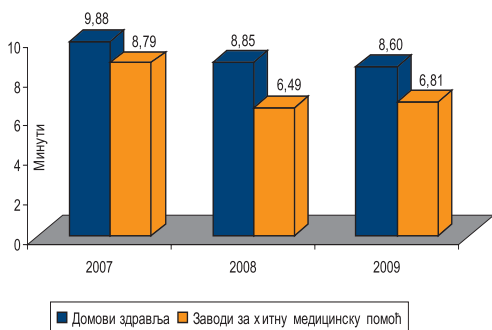
Графикон 5. Кариозни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота према окрузима, Србија, 2009.



здравља, у Србији се прати од 2007. године. Посматрајући показатеље који се односе на време одзива екипе за интервенцију на позив пацијента (време које је протекло од пријема за први ред хитности у диспечерском центру до предаје позива екипи за интервенцију – реакционо време I и време које је протекло од пријема позива за први

Графикон 6. Реакционо време I (у минутима) према типу здравствене установе, Србија, 2007–2009.



Графикон 7. Реакционо време II (у минутима) према типу здравствене установе, Србија, 2007–2009.

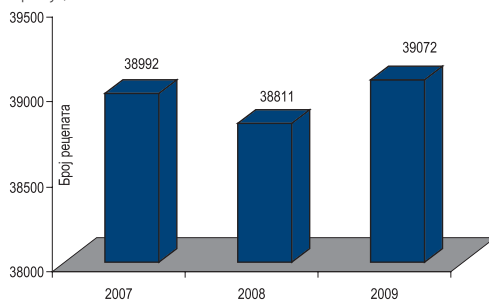
ред хитности до доласка екипе до пацијента – реакционо време II) уочавају се позитивна кретања, како у заводима за хитну медицинску помоћ, тако и у службама хитне помоћи при домовима здравља (графикон 6 и графикон 7). Реакционо време I је у заводима за хитну медицинску помоћ у периоду 2007–2009. година смањено за 0,7 минута, а у службама за хитну медицинску помоћ при домовима здравља за 0,4 минута. И код реакционог времена II се бележи смањење од 2,0 минута у заводима за хитну медицинску помоћ, односно 1,3 минута у службама за хитну медицинску помоћ при домовима здравља. Смањење времена одзива мобилне екипе на позив пацијента јасно документује унапређење ефикасности рада у области хитне медицинске помоћи.

ФАРМАЦЕУТСКА ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ – АПОТЕКА

Показатеље квалитета у области фармaceutске делатности достављају здравствене установе – апотеке, као и здравствене

установе (домови здравља и здравствени центри) које у свом саставу имају апотеку која обавља фармaceutску здравствену делатност на примарном нивоу. Као показатељ оптерећености фармaceutа, прати се просечан број свих рецепата по фармaceutу, који се односи на укупан број издатих рецепата за лекове који су на Листи лекова, а који се прописују и издају на терет средстава Републичког завода за здравствено осигурање.

Број рецепата по фармaceutу сматра се значајним показатељем рада фармaceutа и стога ће се и даље пратити. Иако у претходне три године овај показатељ није показао значајне осцилације (графикон 8), и надаље ће се пратити као показатељ рада фармaceutа.

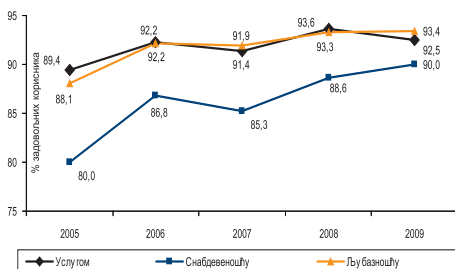
Графикон 8. Просечан број свих рецепата по фармaceutу, Србија, 2007–2009.

Испитивање задовољства корисника услугама пруженим у апотекама спроводи се уназад пет година у континуитету у оквиру активности сталног унапређења квалитета рада у здравственим установама у Србији. У истраживању сваке године учествују корисници услуга у преко тридесет здравствених установа – апотека, које се налазе у

Плану мреже здравствених установа. Одабир апотека врши се случајним узорком тако да број апотека у којима се спроводи испитивање представља 15% од укупног броја апотека у саставу здравствене установе – апотеке.

У графикону 9 приказано је опште задовољство корисника услугом у апотеци, задовољство љубазношћу запослених и задовољство снабдевношћу апотека, као значајним елементима када је задовољство корисника у питању. У периоду 2005–2009. расло је задовољство корисника услугама пруженим у апотекама. Такође, љубазност запослених у апотекама је најбоље оцењен аспект услуге и показује тренд раста. Истовремено, задовољство корисника снабдевношћу апотеке је порасло за скоро 10%.

Графикон 9. Процент корисника задовољних услугом, снабдевношћу и љубазношћу у здравственим установама – апотекама, Србија, 2005–2009.



Извор: Фармацеутски факултет у Београду

Показатељи оперативности апотеке (дужина чекања и организација рада), као и стручних елемента услуге (стручност запослених и пружање савета запослених у апотекама), показују такође позитиван

тренд у погледу задовољства корисника. Процент корисника који сматра да је време чекања у апотеци дуго континуирано се смањује и у 2009. години је тај проценат преполовљен (7,5) у односу на 2005. годину (14,2).

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНЕ СЛУЖБЕ У УСТАНОВАМА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

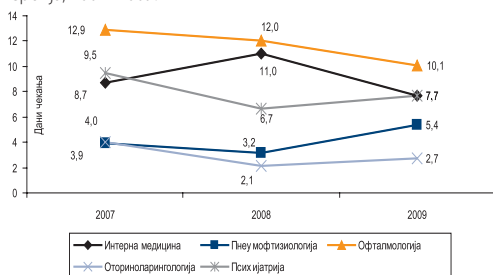
Показатељи квалитета рада специјалистичко-консултативних служби су се у здравственим установама примарне здравствене заштите пратили у служби интерне медицине, пнеумофизиологије, офталмологије, оториноларингологије и психијатрије.

Просечна дужина чекања на први преглед специјалисте у наведеним службама је један од крунских показатеља успешности и квалитета рада здравствене службе. Стога охрабрује чињеница да у периоду праћења овог показатеља на нивоу Србије, просечна дужина чекања на први преглед у специјалистичко-консултативним службама, за прегледе који нису хитни, није прелазила препоручену дужину до 30 дана од времена упућивања од стране изабраног лекара.

У установама примарне здравствене заштите током посматраног периода смањена је дужина чекања у свим специјалистичко-консултативним службама, уз осцилације регистроване 2008. године, изузев пнеумофизиологије где је после благог пада за-

бележен пораст вредности овог показатеља (графикон 10).

Графикон 10. Просечна дужина чекања на заказани преглед, од првог јављања пацијента специјалистичко-консултативној служби до времена заказивања прегледа, Србија, 2007–2009.



ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА У СЕКУНДАРНОЈ И ТЕРЦИЈАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

У здравственим установама које обавају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу, квалитет здравствене заштите процењује се од 2004. на основу показатеља који су се пратили за установу у целини, и показатеља по гранама медицине (интернистичке, хируршке, гинекологија са акушерством, педијатрија и кардиохирургија) за стационарну и специјалистичко-консултативну здравствену делатност. Правилником о показатељима

квалитета здравствене заштите из 2007. године, проширена је листа показатеља квалитета које су здравствене установе биле у обавези да прате.

У овој публикацији издвојени су они показатељи који су исти и у првом и у другом периоду праћења, изузев показатеља Процент царских резова у болницама који се прати од 2007. године. Први у низу је Стопа леталитета на нивоу установе (општи леталитет).

Болнички леталитет је мера исхода болничког лечења и зависи како од фактора на које квалитет лечења не може утицати (тежина обољења, правовремено јављање у болницу, старост пацијента и др), тако и од фактора унутар самих болница који утичу на квалитет лечења (правовремена дијагностика, терапија, знање и стручност особља, примена технологија и др.). Због тога, стопа леталитета одражава рад болничке установе. Овај показатељ је највише помогао самим установама да, пратећи његове вредности, открију узроке недостатака и побољшају квалитет свог рада. У Србији се у петогодишњем периоду, вредност посматраног показатеља смањила за 0,3% (табела 1).

Табела 1. Општи леталитет, леталитет од акутног инфаркта миокарда (АИМ) и леталитет од цереброваскуларног инсульта (ЦВИ) у стационарним здравственим установама, Србија, 2005–2009.

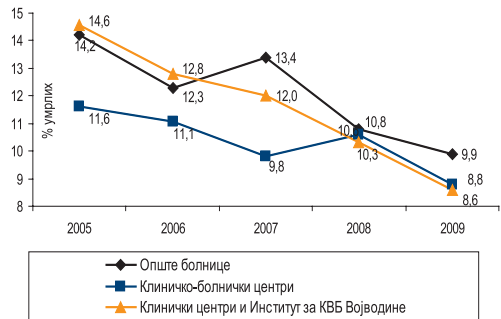
Показатељ	2005	2006	2007	2008	2009
Општи леталитет	3,6	3,4	3,3	3,3	3,3
Леталитет од АИМ	13,5	11,5	11,4	10,5	9,3
Леталитет од ЦВИ	23,9	20,1	19,9	20,3	20,0

За процену квалитета рада болница, поред општег, значајан је и специфични леталитет од појединих болести. Смртност од акутног инфаркта миокарда и цереброваскуларног инсульта су прихваћени и у свету и код нас као поуздани показатељи квалитета здравствене заштите. Из табеле 1 може се видети да се стопа леталитета од цереброваскуларног инсульта у 2006. години у односу на претходну годину смањила са 24% на 20% и задржала на истом нивоу. За разлику од овог показатеља, стопа леталитета од акутног инфаркта миокарда у посматраном периоду је стално имала тренд пада. Смањење за 4,2% је поуздан показатељ бољег квалитета рада болница.

Највећа смртност од акутног инфаркта миокарда у 2005. години била је у установама терцијарног нивоа здравствене заштите, односно клиничким центрима и Институту за кардиоваскуларне болести Војводине и износила је 14,6%. Међутим, важно је истаћи да је у овим установама забележено и највеће смањење смртности пацијената од акутног инфаркта миокарда, и то са 14,6% у 2005. години на 8,6% у 2009. години. Не треба занемарити ни унапређен квалитет рада општинских болница и клиничко-болничких центара, где је смртност од акутног инфаркта миокарда такође значајно смањена (графикон 11).

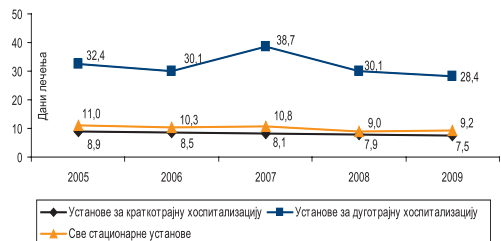
Дужина болничког лечења зависи од низа фактора: тежине обољења, придружених болести, старости и пола пацијената, али и од квалитета пружених услуга. Просечна дужина болничког лечења је директ-

Графикон 11. Леталитет од акутног инфаркта миокарда по типу здравствене установе, Србија, 2005–2009.

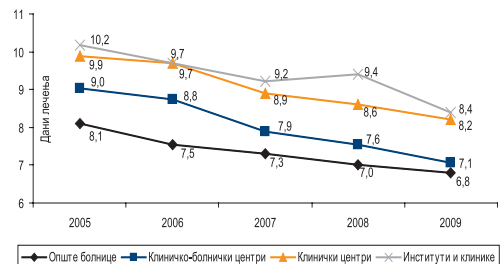


на мера ефикасности лечења и квалитета рада болница. Вредности овог показатеља показују тренд смањења, посебно у болницама за краткотрајну хоспитализацију, и резултат су боље организације посла и ефикаснијег рада особља у болницама (графикон 12 и 13).

Графикон 12. Просечна дужина болничког лечења у стационарним здравственим установама, Србија, 2005–2009.

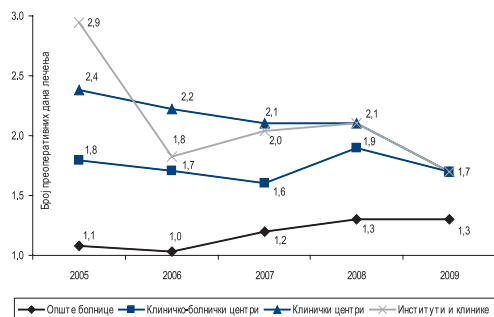


Графикон 13. Просечна дужина болничког лечења у стационарним здравственим установама за краткотрајну хоспитализацију, Србија, 2005–2009.



Просечан број преоперативних дана лечења је показатељ који указује на адекватност преоперативне припреме пацијента чиме се утиче на дужину боравка у болничким установама, односно скраћује болничко лечење. На основу праћења овог показатеља очигледно је да се у нашим болницама преоперативна припрема све више одвија у ванболничким условима, али још увек недовољно. У Србији, просечна дужина преоперативног боравка се смањила у већини болница, а највише у клиничким центрима и КБЦ – са 2,9, односно 2,4 у 2005. години на 1,7 дана у 2009. години. У општим болницама пре операције пацијенти просечно леже један дан што одговара стандарду добре праксе (графикон 14).

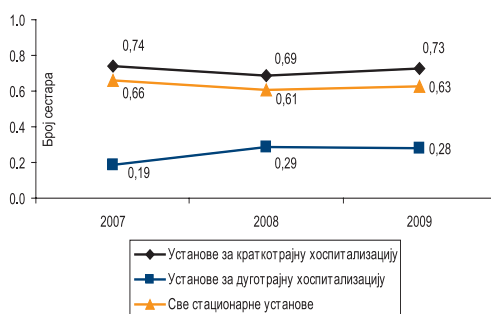
Графикон 14. Просечан број преоперативних дана лечења у стационарним установама за краткотрајну хоспитализацију, Србија, 2005–2009.



Од 2004. године у процесу праћења и унапређења квалитета рада здравствених установа пратио се укупан број сестара по болничкој постељи, а од 2007. године овај показатељ се прати као просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи, јер је то онај кадар који је у директ-

ном контакту са болесником и непосредно утиче на ниво болничке неге. Иако су разлике у броју медицинских сестара и техничара у посматраном периоду незнатне, тј. на нивоу друге децимале (графикон 15) избор овог показатеља има за циљ да прикаже и промену приступа од традиционалног посматрања структурних елемената квалитета ка усмерености према пацијенту и квалитету његове неге.

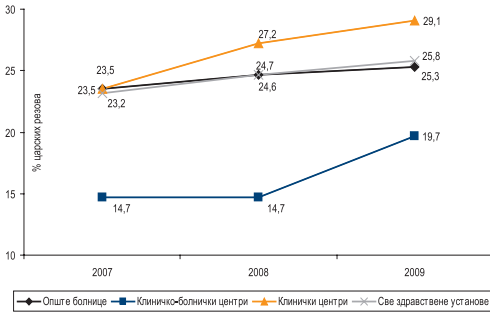
Графикон 15. Просечан број медицинских сестара по заузетој постељи у стационарним здравственим установама, Србија, 2007–2009.



Показатељи рада одељења гинекологије и акушерства у болницама који се односе на проценат порођаја обављених царским резом прате се од 2007. године.

Царски рез је показатељ клиничке ефикасности, повезан са већим морталитетом и морбидитетом, укључујући тромбозу вена, плућну емболију, ендометриозу, инфекцију ране и др. Процент царских резова у нашим болницама расте из године у годину и највише је порастао у клиничким и клиничко-болничким центрима, мада је у клиничко-болничким центрима још увек знатно нижи него у другим установама (графикон 16).

Графикон 16. Процент царских резова у односу на укупан број порођаја, Србија, 2007–2009.



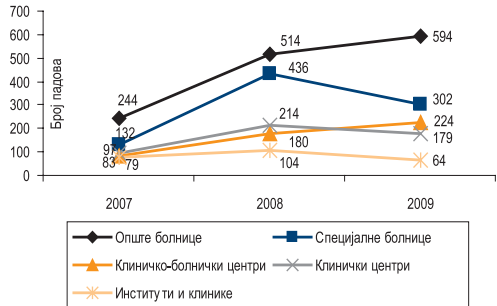
БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА

Безбедност пацијента представља идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво. Показатељи безбедности пацијената у Србији су почели да се прате од 2007. године као евиденција нежељених дејстава лекова и нежељених догађаја у здравственој установи. Како је било неопходно прво установити формалне процедуре и одговарајућу евиденцију, показатељи ове области су се углавном пратили као апсолутни бројеви. Ради правилног поређења и анализе ових догађаја и њиховог утицаја на ниво квалитета здравствене услуге, у новом Правилнику о показатељима квалитета који ће почети да се примењује од 2011. године, сви показатељи до тада изражени у апсолутним бројевима су промењени у својој дефиницији и начину израчунавања, односно преименовани су у проценат или стопу. Међу њима се истичу падови пацијената у здрав-

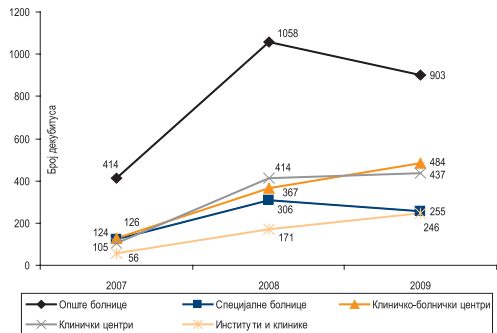
ственим установама и број пацијената који су добили декубиталне ране током хоспитализације.

У графикону 17 приказано је повећање броја падова у општим болницама и клиничко-болничким центрима и велике осцилације у клиничким центрима од 2007. до 2009. године, што се пре свега може тумачити бољим евидентирањем ових догађаја. Број пацијената који су добили декубиталне ране током хоспитализације такође се повећао у свим установама (графикон 18). Овај показатељ, попут претходног, треба сагледати у контексту валидности самог показатеља.

Графикон 17. Број падова у стационарним здравственим установама, Србија, 2007–2009.



Графикон 18. Број декубитуса у стационарним здравственим установама, Србија, 2007–2009.



ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ВОЂЕЊА ЛИСТА ЧЕКАЊА

За медицинске интервенције и процедуре које нису хитне уводе се листе чекања са циљем да се под једнаким условима и равноправно обезбеди потребна здравствена услуга, уз рационално коришћење расположивих ресурса. При формирању листе чекања приоритети се морају дати пацијентима који имају највећу потребу за здравственом услугом и при томе време чекања не сме бити толико дуго да постане ризик за погоршавање здравља пацијента.

Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама из 2004. године дефинисало је интервенције и процедуре за које се сачињавају листе чекања, као и клиничке критеријуме и методологију за утврђивање листе и времена чекања за здравствене услуге у здравственим установама.

Дефинисано је да се листе чекања воде за следеће медицинске интервенције и процедуре: преглед методом компјутеризоване томографије (СТ); преглед методом магнетне резонанције (MR); дијагностичка коронарографија или катетеризација срца; реваскуларизација миокарда; уградња трајног вештачког водича рада срца (TVES); уградња кардиовертер дефибрилатора (ICD); имплантација вештачких валвула; уградња графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт-протеза; уградња ендопротеза кука и колена; инструментална сегментална корекција деформације кичменог стуба код деце.

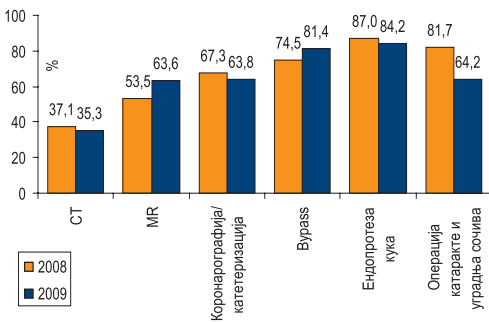
Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите из 2007. године, уведено је вођење листе чекања и за уградњу сочива. Овим Правилником такође су утврђени и показатељи квалитета вођења листа чекања. Обавезни показатељи квалитета који се односе на вођење листа чекања су: број нових пацијената стављених на листу чекања у извештајном периоду, проценат урађених процедура са листа чекања у односу на укупан број процедура, проценат пацијената којима је извршена интервенција или процедура са листе чекања, просечна дужина чекања за извршену процедуру или интервенцију са листе чекања на нивоу здравствене установе.

Имајући у виду да се ови показатељи прате тек од друге половине 2007. године, приказани су резултати само за 2008. и 2009. годину и то за изабране интервенције/процедуре за које се на листама чекања налази највећи број пацијената.

Број нових пацијената стављених на листу чекања повећан је у 2009. години у односу на претходну годину код свих посматраних интервенција/процедура.

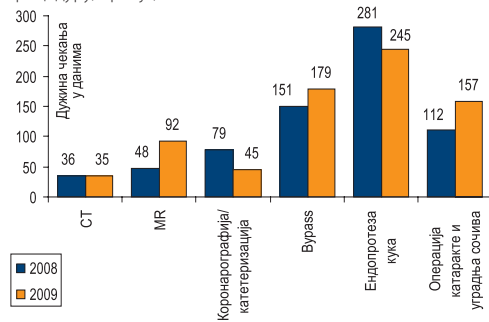
Процент извршених интервенција/процедура са листе чекања у односу на укупан број кретао се у 2009. години од једне трећине код компјутеризоване томографије до преко четири петине код ендопротезе кука, при чему је код већине процедура/интервенција забележено смањење у односу на претходну годину (графикон 19).

Графикон 19. Процент извршених интервенција/ процедура са листе чекања у односу на укупан број интервенција/процедура, Србија, 2008–2009.



Највећа просечна дужина чекања је била за уградњу ендопротезе кука, али је важно истаћи да се време чекања за ову интервенцију у 2009. години смањило за преко 36 дана у односу на 2008. годину. С друге стране, код већине процедура дошло је до повећања времена чекања, што је резултат повећања броја нових пацијената стављених на листу чекања (графикон 20).

Графикон 20. Просечна дужина чекања на интервенцију/ процедуру, Србија, 2008–2009.



Праћењем листа чекања уочен је недостатак капацитета неопходних за обављање одређених интервенција и процедура, што је довело до значајних инвестиција, које су се пре свега огледале у набавци апарата за

компјутеризовану томографију и магнетну резонанцу и опремања ангио сала.

Ово повећање капацитета довело је и до повећања захтева за коришћењем нових ресурса, како од стране пацијената, тако и од стране здравствених радника. То је, поред повећаних потреба становништва, у значајној мери утицало на повећање броја нових пацијената стављених на листу чекања, као и на повећано време чекања за поједине интервенције и процедуре.

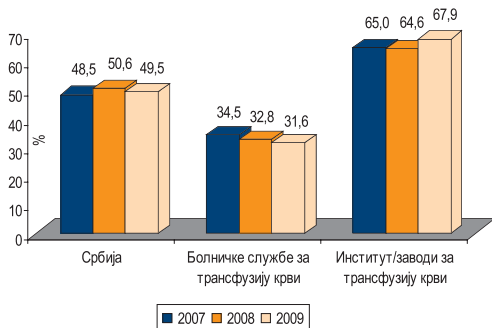
ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ КОЈА СЕ ОБАВЉА НА ВИШЕ НИВОА

ТРАНСФУЗИЈА КРВИ

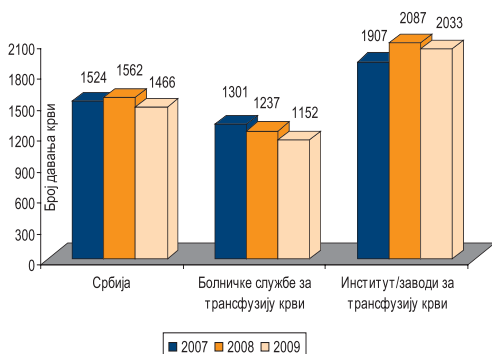
Благовремено снабдевање здравствених установа и пацијената у Републици Србији безбедном крвљу и компонентама крви један је од предуслова за успешно функционисање здравственог система. Стратегијом за обезбеђење адекватних количина безбедне крви и компонента крви у Србији из 2009. године тежи се достизању највишег нивоа квалитета крви и компонента крви.

Квалитет здравствене заштите у трансфузиологији, односно квалитет рада Института, завода и служби за трансфузију крви, прати се од 2007. године преко показатеља процеса и резултата рада укључујући праћење примене националних стандарда у овој области. Анализом два основна показатеља резултата рада (графикон 21 и

Графикон 21. Процент давања крви на терену према типу здравствене установе, Србија, 2007–2009.



Графикон 22. Просечан број давања крви добровољних давалаца по лекару, према типу здравствене установе, Србија, 2007–2009.



графикон 22), просечан број давања крви добровољних давалаца по лекару и проценат давања крви на терену (у мобилним тимовима), запажају се позитивна кретања у оквиру рада Института и завода за трансфузију крви где су достигнути стратешки дефинисани циљеви (1500 давања крви добровољних давалаца по лекару и учешће прикупљања крви у мобилним тимовима у укупном броју давања крви веће од 50%). У болничким службама за трансфузију крви бележи се континуирани пад вредности наведених показатеља што условљава не само

удаљавање од стратешких циљева у оквиру рада у овим службама, већ и успоравање достизања стандарда у овој области на националном нивоу. Све наведено указује на потребу за радом на omasовљењу давалаштва и побољшању прикупљања крви, чиме би се задовољиле потребе здравствених установа у Србији.

ИНСТИТУТИ И ЗАВОДИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ

Институтути и заводи за јавно здравље у складу са Законом о здравственој заштити, имају обавезу и да прате, процењују и анализирају здравствено стање становништва, врше информисање, као и процењују квалитет здравствене заштите, о чему извештавају надлежне органе и јавност. У складу са савременим начином комуникације и дисеминације информација, који се очекују од установа овог типа, одабрани су следећи показатељи квалитета рада института и завода за јавно здравље: постојање ажуриране интернет презентације установе, доступност анализа здравственог стања становништва на интернет презентацији установе и доступност анализа показатеља квалитета рада на интернет презентацији установе.

Вредности ова три показатеља се разликују у последње три године. У 2007. години четири завода за јавно здравље нису имала ажурирану интернет презентацију установе. Поред ова четири, још један завод није имао доступну анализу здравственог

стања, иако је имао ажурирану интернет презентацију своје установе, док анализу показатеља квалитета рада није имало укупно седам завода за јавно здравље. У 2008. години је у том погледу начињен значајан напредак и сви заводи за јавно здравље су имали интернет презентацију установе коју су ажурирали најчешће једном месечно. Прегледом извештаја о доступности анализе здравственог стања стовништва и анализе показатеља квалитета рада сви заводи су имали доступне обе анализе на интернет презентацији установе. У 2009. години, један завод није имао анализу здравственог стања а два завода за јавно здравље ни анализу показатеља квалитета рада на интернет презентацији установе (табела 2).

Табела 2. Показатељи квалитета рада завода за јавно здравље, Србија, 2007–2009.

Показатељ	2007	2008	2009
Интернет презентација	19	23	23
Анализа здравственог стања	18	23	22
Анализа квалитета рада здравствених установа	16	23	21

Редовно ажуриране интернет презентације завода за јавно здравље обезбеђују запосленима у здравственим установама, корисницима здравствене заштите, али и јавности доступност значајних података здравствене заштите.

ПОКАЗАТЕЉИ ЗАДОВОЉСТВА КОРИСНИКА УСЛУГАМА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ

Као жељени исход лечења, задовољство корисника представља суштински део квалитета рада здравствене службе. Уколико је корисник незадовољан пруженим здравственим услугама, систем здравствене заштите није успео да испуни свој ултимативни циљ. Циљ за обезбеђење квалитета у систему здравствене заштите више не лежи у његовој техничкој и стручној савршености, већ у оптималном квалитету који одговара потребама пацијената, те је сасвим природно да је њихово мишљење од великог значаја за унапређење квалитета здравствене заштите.

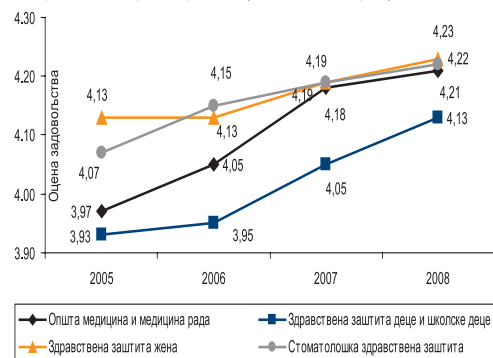
Испитивања задовољства корисника спроводе се од 2004. године према стручно-методолошком упутству Института за јавно здравље Србије. На основу искуства стеченог након прве године истраживања урађена је ревизија и стандардизација упитника о задовољству корисника примарне здравствене заштите, четири одељења у стационарним установама, а од 2006. године и за специјалистичке службе интерне медицине у свим установама примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите.

Испитивање задовољства корисника је прихваћено као један од редовних метода за проверу и унапређење квалитета рада. Број обрађених упитника, као и стопа одговора корисника била је у благом порасту

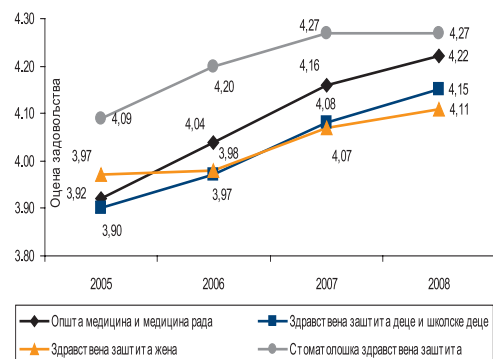
од 2004. године, што указује да су и корисници прихватили овакав начин испитивања.

Просечне оцене задовољства изабраним лекаром у свим службама у примарној здравственој заштити су уравнотежене и у порасту у периоду од 2005. до 2008. године (графикон 23). Такође, и задовољство медицинским сестрама у овим службама је бележило континуирани пораст (графикон 24).

Графикон 23. Просечна оцена задовољства корисника изабраним лекаром, према службама ПЗЗ, Србија, 2005–2008.



Графикон 24. Просечна оцена задовољства корисника медицинским сестрама, према службама ПЗЗ, Србија, 2005–2008.

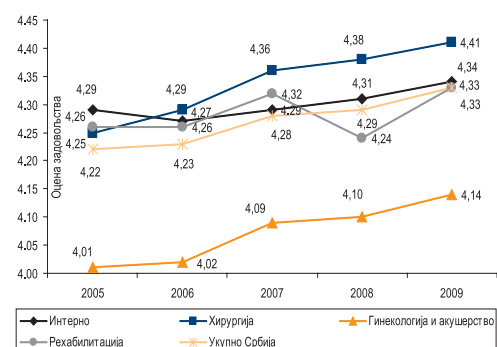


Након петогодишњег циклуса испитивања, 2009. године је дошло до измене садржаја упитника ради прецизније оцене задовољства корисника целокупном здравственом заштитом пруженом у одређеној служби, а не само радом изабраног лекара и медицинске сестре. Просечна оцена задовољства корисника здравственом заштитом у установама ПЗЗ у Србији за 2009. године износила је 4,02 и имала је уједначене вредности у свим службама.

Упитник за задовољство корисника болничким лечењем је прилагођен потребама здравствених установа и прати аспекте пријема-отпуста, сестринске неге, лекарске услуге, дијагностичко-терапијске процедуре и услуге, исхрану и смештај, као и организацију посета.

Током посматраног периода, 2005–2009. година, карактеристичан је пораст просечне оцене задовољства болничким лечењем у Србији, као и у свим одељењима (графикон 25).

Графикон 25. Просечна оцена задовољства корисника болничким лечењем, према типу одељења, Србија, 2005–2009.

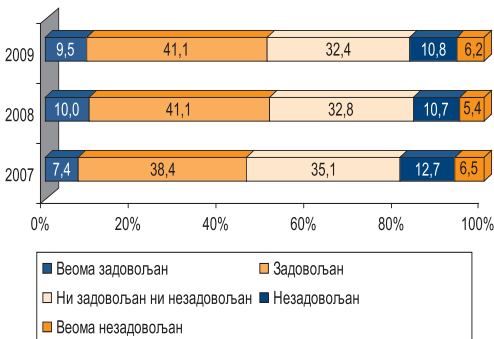


ПОКАЗАТЕЉИ ЗАДОВОЉСТВА ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Прво испитивање задовољства запослених у здравственим установама Србије спроведено је 2006. године у осам домова здравља и две опште болнице. Од 2007. године се испитивање задовољства запослених спроводи једном годишње у свим здравственим установама Србије.

У 2008. години дошло је до значајно повећања задовољства запослених (процент задовољних и веома задовољних је порастао за око 2,5% у обе категорије у односу на 2007. годину), док су се стагнација или благи пад регистровали у 2009. години (графикон 26).

Графикон 26. Опште задовољство послом запослених у здравственим установама, Србија, 2007–2009.

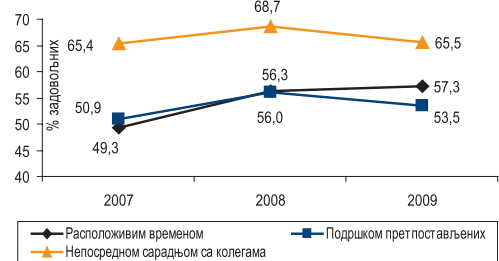


Резултати праћења задовољства запослених показују да је у последње две године, више од 50% запослених у здравственим установама Србије било задовољно и веома задовољно послом који обављају,

а када се посматра професионално задовољство здравствених радника тај проценат је још већи. Током 2007. и 2008. године, најзадовољнији су били здравствени радници у домовима здравља. У 2009. години је порасло задовољство запослених у општим болницама, а посебно у заводима за хитну медицинску помоћ, нарочито опремом и могућностима едукације, што се може тумачити већим улагањима кроз различите међународне пројекте. У посматраном периоду најмање су били задовољни послом здравствени радници у београдским здравственим установама без обзира на врсту здравствене установе.

Аспекти посла са којима су у периоду од 2007. до 2009. године запослени у здравственим установама најзадовољнији су били непосредна сарадња са колегама, подршка претпостављених и расположиво време за обављање посла (графикон 27).

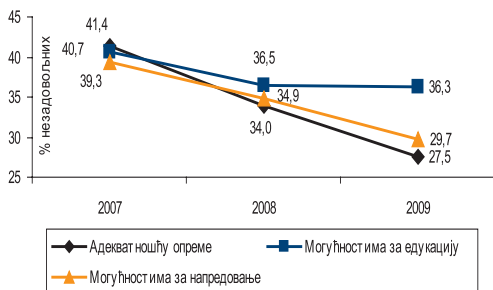
Графикон 27. Процент запослених у здравственим установама који су задовољни појединим аспектима посла, Србија, 2007–2009.



У посматраном периоду, постоји стално смањење незадовољства следећим аспектима посла: опремом – што је очекивано с обзиром на велика улагања у занављање опреме последњих година; могућностима

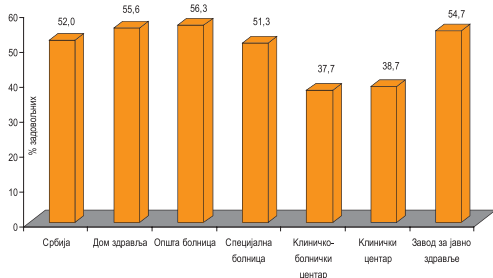
едукације – такође очекивано јер се стално повећавао проценат запослених који учествују у програмима континуиране едукације; могућностима напредовања (графикон 28). Једино је забележен пораст процента запослених који су незадовољни месечним примањима, што је било најизраженије међу запосленима у клиничко-болничким центрима.

Графикон 28. Процент запослених у здравственим установама који су незадовољни појединим аспектима посла, Србија, 2007–2009.



У Србији је 2009. године најмањи проценат запослених који су задовољни својим послом забележен у клиничко-болничким и клиничким центрима (графикон 29). У овим здравственим установама је регистрован и највећи проценат запослених који

Графикон 29. Процент здравствених радника који су задовољни послом, према типу здравствене установе, Србија, 2009.



сматрају да их посао исцрпљује и емоционално и физички.

На питање које се односило на промену посла, добијени су подаци слични претходним годинама, односно: 38% здравствених радника је изјавило да уопште не би мењали посао, 50% би остало у државном сектору, 7,7% би радило послове који су ван здравственог система, и 4,4% би отишло да ради у приватни сектор.

С обзиром да се медицинска професија, у много већој мери у односу на друге професије, ослања на аутономију у раду, значајно је да је релативно висок проценат здравствених радника (60%) био задовољан овим аспектом посла.

Комуникационим аспектима посла били су најзадовољнији запослени у домовима здравља. Подршком претпостављених, добијањем јасних упутстава шта се од запослених очекује, могућношћу излагања својих идеја били су најзадовољнији запослени у општим болницама, док су расположивим временом за обављање посла најзадовољнији у 2009. години били запослени у заводима за хитну медицинску помоћ.

Пожељно би било да менаџери свих нивоа уложе напоре и унапреде задовољство запослених могућностима да користе своја знања, способности и вештине, као и задовољство редовним евалуацијама рада од стране руководиоца јер су ови аспекти посла, према многим истраживањима, веома значајни за мотивацију и задовољство послом.

СТИЦАЊЕ И ОБНОВА ЗНАЊА И ВЕШТИНА ЗАПОСЛЕНИХ

Здравствени радници и здравствени сарадници имају право и дужност да у току рада стално прате развој медицинске, стоматолошке, фармацеутске, као и других одговарајућих наука и да се стручно усавшавају ради одржавања и унапређења квалитета свог рада. У складу са Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите, свака здравствена установа треба да обезбеди својим запосленима обуку или едукацију у циљу професионалног развоја.

Континуирана едукација је свакако значајна за стално унапређење система здравствене заштите јер је поред опремљености здравствених установа нужно и оспособљавање запослених за праћење савремених достигнућа у медицинској науци.

Анализом података за период 2007–2009. година запажа се да су у 2007. години једино клинички центри обезбедили могућност едукације за мање од 30% радника

Графикон 30. Процент запослених који су учествовали у обнови знања и вештина, према типу здравствене установе, Србија, 2007–2009.



(графикон 30). У 2008. години проценат запослених који се упућује на стицање и обнову знања значајно расте у свим типовима здравствених установа. Свакако да је на то утицало и доношење Правилника о ближим условима за спровођење континуиране едукације здравствених радника и здравствених сарадника, крајем 2007. године, као и увођење лиценцирања здравствених радника од стране надлежних комора.

УМЕСТО ЗАКЉУЧАКА

Избор показатеља за праћење квалитета у различитим областима здравствене заштите имао је за циљ да прикаже оно што је добро у постојећем систему здравствене заштите као резултат и самог процеса сталног унапређења квалитета, али и оно што захтева још веће напоре да би се процес унапредио и довео до позитивних промена.

Пре свега, несумњиво је да је увођење одговарајуће легислативе у последњих пет година значајно ојачало напоре ка постизању сталног унапређења квалитета здравствене заштите у Србији.

У овој публикацији су приказане позитивне промене и проблеми везани за обезбеђење квалитета чије решавање доводи до унапређења у овој области, а самим тим и систему здравствене заштите.

Пример позитивне промене је смањење стопе умирања од акутног инфаркта миокарда. Овај показатељ говори да су примена и распрострањеност специфичних ко-

рака у процедурама и лечењу заснованих на најбољој пракси довели до унапређења квалитета, односно резултирали значајним смањењем леталитета од АИМ у свим болницама у Србији.

Испитивање задовољства корисника и запослених такође показује да је порастао проценат задовољних посматраним аспектима рада и понашања, и указује на то колико се исплате напори да се побољшају и унапреде услови и пракса у којима се обавља лечење пацијената и у којима раде запослени.

Поједини показатељи (попут процента превентивних посета у укупном броју посета код лекара примарне здравствене заштите, обухвата вакцинацијом старијег становништва) говоре о недовољном коришћењу здравствене заштите на нивоу Србије. Процент царских резова у односу на укупан број порођаја указује на претерано коришћење здравствене заштите, док су код индекса оралног здравља регистроване неприхватљиво велике географске варијације. Иако наведени показатељи, односно њихове вредности, обез-

беђују упоредивост у времену, неопходно је установљивање стандарда квалитета или достизање већ успостављених како би они у потпуности одговорили својој намени – мерење достигнутог у односу на жељени ниво квалитета.

Праћење показатеља квалитета је показало сву комплексност њиховог дефинисања и следствено томе, обезбеђења поузданих података. У овом моменту и поред значајног напретка у примени информационих технологија, још увек се здравствени подаци у највећем обиму региструју и процесуирају на традиционалан начин који не обезбеђује потпуни одговор на захтеве праћења показатеља, а самим тим и квалитета здравствене заштите.

Како би се процес унапређење квалитета, који је један од главних приоритета политике развоја здравствене заштите у Србији успешно наставио, неопходно је да Министарство здравља инсистира на даљем развоју здравственог информационог система, здравствених технологија и размене здравствених информација.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

314.61(497.11)“2005/2009“
614.2(497.11)“2005/2009“

ПРАЂЕЊЕ показатеља квалитета здравствене
заштите : приказ изабраних показатеља :
Србија 2005-2009. / [аутори Весна Кораћ ... и
др.]. - Београд : Институт за јавно здравље
Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2010
(Београд : Папирограф). - 27 стр. : граф.
прикази, табеле ; 24 cm

Тираж 800. - Стр. 3: Предговор / Тања
Кнежевић.

ISBN 978-86-7358-050-0

1. Кораћ, Весна, 1959- [аутор]

а) Здравље - Србија - 2005-2009 б)

Здравствена заштита - Квалитет - Србија -
2005-2009

COBISS.SR-ID 178175500