



**EU/SZO PODRŠKA REFORMI ZDRAVSTVENOG SISTEMA U
BOSNI I HERCEGOVINI (BIH)
AKREDITACIJA I OSIGURANJE KVALITETA**

**IZJAVE
RADNE GRUPE 1 I 2**

septembar/rujan, 2005.





**EU/SZO PODRŠKA REFORMI ZDRAVSTVENOG SISTEMA U
BOSNI I HERCEGOVINI (BIH)
AKREDITACIJA I OSIGURANJE KVALITETA**

**IZJAVE
RADNE GRUPE 1 I 2**

septembar/rujan, 2005.



© World Health Organization 2005

SZO zadržava sva autorska prava. Regionalna kancelarija Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu nema ništa protiv zahtjeva za odobravanjem umnožavanja ili prevođenja njenih publikacija, djelomično ili u potpunosti.

Oznake koje su korištene i prezentacija materijala u ovoj publikaciji ne impliciraju izražavanje bilo kakvog mišljenja od strane Svjetske zdravstvene organizacije, bilo u vezi sa zakonskim statusom bilo koje zemlje, teritorije, grada ili područja ili njihovih vlasti, bilo u vezi sa njenim granicama ili teritorijalnim razgraničenjima. Tamo gdje se odrednica "zemlje ili područja" pojavljuje u naslovima tabela, to se odnosi na zemlje, teritorije, gradove ili područja. Linije predstavljene tačkama na kartama približno predstavljaju granične linije koje još uvijek ne moraju biti u potpunosti usaglašene.

Pominjanje specifičnih kompanija ili proizvoda određenih proizvođača ne implicira da ih reklamira ili preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija u odnosu na druge slične kompanije ili proizvode koji se u tekstu ne spominju. Izuzev ako je riječ o pogrešci ili propustu, nazivi zaštićenih proizvoda su navedeni velikim početnim slovima

Svjetska zdravstvena organizacija ne garantira da su informacije u ovoj publikaciji potpune i tačne i neće se smatrati odgovornom za bilo kakvu štetu uzrokovanu njihovim korištenjem. Mišljenja izražena od strane autora ili izdavača ne odražavaju nužno odluke ili proklamiranu politiku Svjetske zdravstvene organizacije.

European Union Disclaimer

Ovaj dokument je kreiran uz finansijsku podršku Evropske unije. Za mišljenja izražena u dokumentu ni u kojem slučaju se ne može smatrati da odražavaju zvanično mišljenje Evropske unije.

SADRŽAJ

Predgovor	7
Izjava radne grupe 1	
Vrijednosti, ključni akteri, definicije i obim kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti	9
- Preambula.....	9
- Izjava	10
- Aneks A - Preporuke za implementaciju.....	12
- Aneks B – Vrijednosti	13
o Prava i jačanje uloge pacijenata.....	13
o Sigurnost i zaštita pacijenata, osoblja i zajednice.....	15
o Prepoznavanje i uključivanje ključnih organizacija	16
o Transparentnost menadžmenta i razmjena informacija	18
o Primjena medicine zasnovane na dokazima	19
o Uloga institucionalne i profesionalne samoregulacije	20
o Smanjenje gubitaka u radnoj snazi, opremi, potrošnom materijalu i novcu	21
o Odgovornost u cjelokupnom sistemu zdravstvene zaštite	22
Izjava radne grupe 2	
Odnos između kvaliteta, sigurnosti, efikasnosti i finansiranja zdravstvene zaštite	25
- Uvod.....	25
- Strateška kupovina zdravstvenih usluga.....	26
- Informacije i prava pacijenata	27
- Ugovaranje	27
- Metode plaćanja	29
- Performansa, kvalitet, indikatori i stimulacije.....	31
- Regulatorne aktivnosti.....	32
- Zaključci.....	33
- Principi za usvajanje i preporuke za djelovanje	34
Rječnik	35
Dodatak - Članovi radnih grupa 1 i 2	38

P R E D G O V O R

Koncept kvaliteta zdravstvene zaštite implicira kontinuirane i stalne napore u postizanju efektivne i adekvatne zdravstvene zaštite, efikasnog korištenja resursa, zadovoljstva pacijenata i dobrih rezultata zdravstvene zaštite. U zajedničkom projektu Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Evropske unije (EU) “Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini”, kvalitetu zdravstvene zaštite dat je prioritet. Kako bi se pomoglo zdravstvenim vlastima u zemlji, cjelokupna komponenta projekta osmišljena je tako da omogući dalji napredak u razvoju politika o kvaliteti zdravstvene zaštite i pomogne postojeće agencije za kontrolu kvaliteta i akreditaciju, Agenciju za akreditaciju i unapređenje kvaliteta Republike Srpske (AAQI) i Agenciju za kvalitet zdravstvene zaštite i akreditaciju Federacije BiH (AKAZ), da prikažu poboljšanja u smislu izgradnje internih i eksternih sistema kvaliteta u odabranim pilot-institucijama u cijeloj Bosni i Hercegovini.

Dvije izjave koje se nalaze u ovoj publikaciji predstavljaju rezultat devetomjesečnog rada dvije radne grupe, imenovane od strane odgovarajućih zdravstvenih vlasti u zemlji, kako bi predstavljale ključne aktere u području zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Obje radne grupe su odvojeno imale šest radnih sastanaka u periodu decembar 2004. – juli 2005. kako bi radile na nacrtu ovih izjava, a na završnom zajedničkom sastanku u avgustu 2005. konsenzusom su usvojene obje izjave.

Prva izjava identificira osam osnovnih vrijednosti sistema zdravstvene zaštite u zemlji i implikacije koje one imaju na kvalitet zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Druga izjava predstavlja preporuke za nagrađivanje bolje performanse i kvaliteta zdravstvene zaštite kroz odgovarajuće finansijske stimulacije prilagođene postojećim mehanizmima zdravstvenog finansiranja u Bosni i Hercegovini.

Široka zastupljenost ključnih aktera u procesu unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini kroz dvije radne grupe, uključujući predstavnike ministarstava zdravlja/zdravstva, parlamentarnih komisija za zdravlje/zdravstvo, direktore domova zdravlja, predstavnike fondova zdravstvenog osiguranja, profesionalnih udruženja i komora zdravstvenih radnika i agencija za kontrolu kvaliteta i akreditaciju, garantira da ove dvije

izjave pružaju dobre i odgovarajuće poglede na kvalitet zdravstvene zaštite i daju prioritet kvalitetu zdravstvene zaštite u tekućim procesima reforme zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini.

Želimo da izrazimo zahvalnost na podršci koju su nam pružili Ministarstvo civilnih poslova Bosne i Hercegovine, Ministarstvo zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske i Odjeljenje za zdravstvo Distrikta Brčko. Naša zahvalnost se odnosi i na svih dvadeset osam članova radnih grupa, a posebno na direktore Agencija u Republici Srpskoj i Federaciji Bosne i Hercegovine i dva lokalna koordinatora projekta koji su učestvovali na sastancima obje grupe, za njihov entuzijazam i predani rad na izradi dokumenata. Zahvaljujemo se i ekspertima SZO, koji su pružili stručne savjete i smjernice u procesu izrade izjava. Naposljetku, SZO se želi zahvaliti i na finansijskoj podršci koju je pružila Evropska komisija.

Dr. Boris Rebac

Menadžer projekta

SZO/EU "Projekt podrške reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini"

Ured SZO za Bosnu i Hercegovinu

IZJAVA

O vrijednostima, ključnim akterima, definicijama i obimu kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti, uključujući opšte implikacije i preporuke za implementaciju

Radna grupa 1 (RG1), EU/SZO projekt "Podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH"
Sarajevo, septembar/rujan 2005.

PREAMBULA

Osam prava (vrijednosti) zdravstvenog sistema koja su navedena u tekstu izjave, također su prezentirana u drugim međunarodnim dokumentima i deklaracijama, posebno onima koja su objavljena od strane Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Savjeta Evrope.

Svjetska zdravstvena organizacija je 1977. godine objavila globalne ciljeve strategije *Zdravlje za sve do 2000. godine*, koji su usvojeni u deklaraciji na Međunarodnoj konferenciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, održanoj 1978. godine u Alma Ati u SSSR-u. U istoj deklaraciji države članice Svjetske zdravstvene organizacije se pozivaju da pojedinačno rade na formuliranju nacionalnih politika, strategija i planova za postizanje ovog cilja i zajednički formuliraju regionalne i globalne strategije. Strategija *Zdravlje za sve u 21. vijeku* nastavlja da podržava unapređenje kvaliteta na globalnom, regionalnom i nacionalnom nivou.

Prema stavu Svjetske zdravstvene organizacije, u oblasti unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, najvažniji su sljedeći dokumenti:

- Ottawska povelja o promociji zdravlja, SZO 1986.;
- Evropska povelja o pravima pacijenata, osnovni dokument, Rim, novembar 2002.;
- Deklaracija o promociji prava pacijenata u Evropi, usvojena u Amsterdamu 1994.;
- Povelja o reformi zdravstvene zaštite iz Ljubljane, usvojena 1996.;
- Deklaracija o vođenju promocije zdravlja u 21. vijeku iz Džakarte, usvojena 1997.

Što se tiče Savjeta Evrope, mora se posebno imati u vidu Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini iz 1997. godine kao i preporuku za razvoj struktura za učešće građana i pacijenata u procesu donošenja odluka koje se tiču zdravstvene zaštite (Rec(2000)5).

Najvažniji nacionalni dokumenti u Bosni i Hercegovini (BiH), iz kojih su vrijednosti također izvedene su sljedeći:

- Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji BiH (FBiH);
- Predlog nacionalne politike u oblasti kvaliteta zdravstvene zaštite, Republika Srpska (RS);
- Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu u FBiH;
- Preporuke za stvaranje ambijenta koji omogućava samoodrživost sistema kontinuiranog poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite, Republika Srpska;
- Program zdravstvene politike i zdravstvene strategije do 2010.godine, Republika Srpska;
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Federacija BiH;
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Republika Srpska.

**IZJAVA O VRIJEDNOSTIMA, KLJUČNIM AKTERIMA,
DEFINICIJAMA I OBIMU KVALITETA U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Članovi radne grupe 1, u okviru projekta EU/SZO „Podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH“ su postigli konsenzus i objavljuju: ***Vjerujemo da su opšte vrijednosti sistema zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini u odnosu na kvalitet zdravstvene zaštite sljedeće:***

1. Prava i jačanje uloge pacijenata;

Prava svih pacijenata/korisnika bez obzira na uzrast, onesposobljenost, rasu, religiju, pol i seksualnu orijentaciju trebaju biti priznata, uvažena i prihvaćena od strane svih ključnih aktera u sistemu zdravstvene zaštite uključenih u njihovu njegu ili liječenje i promociju zdravlja, kao i briga samih pacijenata o njihovom vlastitom zdravlju.

2. Sigurnost i zaštita pacijenata, osoblja i zajednice;

Svi davaoci zdravstvenih usluga trebaju imati dokumentirane mehanizme za identifikiranje, evidentiranje, istraživanje, analizu slučajeva i smanjenje incidence nepovoljnih događaja koji su prouzrokovali ili mogu prouzrokovati štetu pacijentima, posjetiocima, osoblju i okolini.

3. Prepoznavanje i uključivanje ključnih organizacija;

Trebalo bi da postoje efektivni mehanizmi za integraciju i implementaciju politike kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti na državnom, entitetskom, kantonalnom/županijskom i lokalnom nivou, kao i između svih ključnih aktera u pružanju zdravstvene zaštite¹. Raspoložive opcije za mehanizme poboljšanja kvaliteta, npr. dobrovoljna akreditacija i zakonski propisano licenciranje, trebali bi biti široko publicirani i shvaćeni kroz cijeli sistem.

4. Transparentnost menadžmenta i razmjena informacija;

Obim odgovornosti zdravstvenih menadžera za kvalitet kao i mehanizmi za njihovu odgovornost prema javnosti trebali bi se eksplicitno navesti na svim nivoima. Na državnom nivou treba da postoji jasna strategija rada centara za zdravstveni menadžment i edukaciju menadžera, uz razvoj informacionih sistema, dostupnost informacija i zaštitu privatnih podataka i građenje kapaciteta u ovoj oblasti.

5. Primjena medicine zasnovane na dokazima;

Najbolja zdravstvena zaštita trebala bi biti rezultat savjesne, eksplicitne i racionalne upotrebe najboljih dijagnostičkih ili terapijskih metoda koja je utemeljena na naučno utvrđenim dokazima, te individualnim vrijednostima i potrebama pacijenta i iskustvu zdravstvenih profesionalaca.

6. Uloga institucionalne i profesionalne samoregulacije;

Svrha profesionalno vođene samoregulacije je garancija da društvo ima zdravstvenu njegu i zaštitu samo od onih zdravstvenih radnika koji su kompetentni, posjeduju najsavremenija medicinska znanja i koji se pridržavaju etičkih principa profesije.

¹ U daljem tekstu, pod pojmom »svi nivoi« podrazumijeva se državni, entitetski, kantonalni/županijski, regionalni, Distrikt Brčko i institucionalni nivo u BiH.

7. Smanjenje gubitaka u korištenju radne snage, opreme, potrošnog materijala i novcu;

Pravovremena informacija o lokalnim varijacijama troškova i korištenja materijala, te kliničkim intervencijama treba se učiniti dostupnom fondovima zdravstvenog osiguranja i menadžerima kako bi se omogućila multidisciplinarna analiza odgovarajuće upotrebe resursa.

8. Odgovornost u cjelokupnom sistemu zdravstvene zaštite.

Ministarstva, menadžeri i drugo stručno osoblje bi trebali biti jasno privrženi unapređenju kvaliteta, transparentnosti, javnoj odgovornosti i pozitivnim stimulacijama za performansu i rezultate rada.

Prihvatamo da su svih ovih osam vrijednosti - kao i pristup zasnovan na pacijentu, stručna kompetentnost, odgovornost i etika, korištenje informacija i pozitivne stimulacije za performansu, obuka i trening u oblasti poboljšanja sigurnosti i kvaliteta – preduslovi za unapređenje sistema zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, definiranog na osnovu kliničke efikasnosti, vrijednosti za novac, zadovoljstva korisnika i javne odgovornosti. Zdravstvena zaštita mora biti organizirana tako da predvidi i učestvuje u zadovoljavanju potreba na osnovu podataka o pacijentima, lokalnim uslovima, kao i kroz znanje o prirodnoj istoriji bolesti.

Preporuke za implementaciju su navedene u Aneksu A Izjave, dok je svih osam vrijednosti elaborirano u Aneksu B na sljedeći način: vodeći principi, sadašnje stanje u Bosni i Hercegovini, obrazloženje za akciju i proširena verzija preporuka za svaku od vrijednosti navedenih u izjavi.

ANEKS A - PREPORUKE

PREPORUKE ZA IMPLEMENTACIJU

Preporuke i implikacije za implementaciju navedenih osam prava i vrijednosti bi bile:

- Prava pacijenata moraju biti u cjelosti ugrađena u državno zakonodavstvo, a povelja o pravima pacijenata bi trebala biti naširoko distribuirana i korištena od strane doktora, zdravstvenih menadžera i javnosti kao osnov za redovnu i sistematičnu evaluaciju kvaliteta zdravstvenih usluga;
- Uvođenje sigurnosti i zaštite pacijenata, osoblja i zajednice u zakonodavstvo na svim nivoima u Bosni i Hercegovini;
- Vrijednosti, vizija i strategije vlada i institucija za poboljšanje kvaliteta bi trebale biti sveobuhvatne, dosljedne i zasnovane na dokazima i konsultacijama. Svaka zdravstvena institucija bi trebala da razvije svoje vizije, vrijednosti i odredi vlastitu misiju na temelju navedenih kvalifikacija;
- Protok svih informacija treba učiniti slobodnim kako bi svi oni koji su uključeni u sistem, uključujući pacijente i porodice, mogli napraviti informirani izbor i u svakom trenutku znati sve činjenice od važnosti za donošenje odluke. Standardizirani formulari za izvještavanje, prilagođeni preporukama EU, trebaju biti napravljeni na državnom nivou.
- AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) instrument bi trebao biti sredstvo za procjenu novih i postojećih vodiča te ažuriranje postojećih vodiča koje su napravile grupe zdravstvenih profesionalaca na lokalnom, regionalnom, državnom ili međunarodnom nivou ili slične vladine organizacije. Agencije za akreditaciju bi trebale biti resursni centri za medicinu zasnovanu na dokazima i dobru medicinsku praksu, kao i za razvoj i odobravanje vodiča za kliničku praksu, usvojenih od strane stručnih tijela;
- Uloga komora treba se definirati u odnosu na stručnu regulativu, uspostavljanje i monitoriranje standarda kliničke performanse i razvoj i diseminaciju metoda unapređenja kvaliteta;
- Tačni, kompletni i blagovremeni podaci o pacijentima i davaocima zdravstvenih usluga su od suštinskog značaja za unapređenje kvaliteta i kontrolu troškova;
- Javna odgovornost sistema za unapređenje kvaliteta bi se trebala ispitati objektivnom vanjskom procjenom od strane nezavisnih tijela i prikladnim saopštavanjem rezultata.

Konačni efekti ovih aktivnosti bili bi: racionalizacija u cijelom sistemu zdravstvene zaštite nakon početnih ulaganja, poboljšanje kliničkog upravljanja, unaprijeđeno upravljanje zdravstvenim institucijama u cilju poboljšanja sigurnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite te povećano povjerenje i zadovoljstvo javnosti i pacijenata sigurnošću i kvalitetom zdravstvene zaštite.

ANEKS B - VRIJEDNOSTI

1. PRAVA I JAČANJE ULOGE PACIJENATA

Osnovni princip: *Prava svih pacijenata/korisnika bez obzira na uzrast, onesposobljenost, rasu, religiju, pol i seksualnu orijentaciju trebaju biti priznata, uvažena i prihvaćena od strane svih ključnih aktera u sistemu zdravstvene zaštite uključenih u njihovu njegu ili liječenje i promociju zdravlja, kao i briga samih pacijenata o njihovom vlastitom zdravlju.*

Sadašnje stanje: Neka prava građana na jednakost i pristup zdravstvenoj zaštiti su definirana, postoje samo neki mehanizmi za kontrolu da li su ona ostvarena. Osnovni paket prava iz zdravstvenog osiguranja još nije definiran i mnoga osnovna prava nisu ujednačena među kantonima/županijama (u FBiH). Javnosti nisu jasne niti dostupne informacije o podobnosti za pružanje zdravstvenih usluga kao ni o pravima pacijenata na izbor, privatnost, informacije, itd.

U BiH korisnici izražavaju zabrinutost zbog nedostatka informacija o uslugama koje mogu dobiti (posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti), kako ih mogu dobiti i kakav standard kvaliteta mogu očekivati. Ne postoji povelja o pravima pacijenata. U nekim ambulantom porodične medicine i centrima za rehabilitaciju se mogu naći leci namijenjeni pacijentima. U pojedinim ambulantom porodične medicine i bolnicama su objavljeni izvještaji o rezultatima istraživanja o iskustvima i znanju pacijenata o zdravstvenim uslugama. U određenim ambulantom porodične medicine pacijente podstiču da evaluiraju praksu, ali se ne vrši sistematski uvid niti se traže preporuke za poboljšanje kvaliteta u cjelokupnom sistemu.

U pojedinim klinikama i domovima zdravlja se vodi briga o pacijentovom vremenu kroz uvođenje efikasnog sistema naručivanja. Privatnost pacijenata je ugrožena zbog neodgovarajućih kapaciteta zdravstvenih ustanova i opšteg manjka (nepostojanja) paravana za zaštitu privatnosti za vrijeme pregleda.

Informisanje pacijenata. Čak i napredne ustanove ne pružaju dovoljno jasne informacije kao što su oznake za kretanje u objektu ili pisana uputstva koja govore o procedurama prijema i otpusta, imena osoblja i dužnosti koje obavljaju, kao i raspored posluživanja obroka ili posjeta bolesnicima. Neke farmaceutske kompanije postavljaju svoje reklamne plakate o pojedinim kliničkim stanjima koji se uglavnom odnose na reklamu njihovih proizvoda.

Procedure za žalbe. Pacijenti imaju pravo da podnesu žalbu direktoru odjela ili ustanova, kao i pritužbu nadležnom ministarstvu zdravlja/zdravstva. Procedure nisu saopštene javnosti na jasan način. Ne postoji državni arbitar koji bi primio pritužbe ili analizirao i izvukao opšte pouke za zdravstveni sistem. Izuzetak je Distrikt Brčko gdje je ovaj problem detaljno riješen preko Odjeljenja za žalbe i procedure Vlade Distrikta.

Istraživanja o pacijentima. O koncepciji i primjeni istraživanja zadovoljstva pacijenata se uči u dodiplomskom kurikulumu o primarnoj zdravstvenoj zaštiti na nekim univerzitetima u Bosni i Hercegovini. Međutim, ispitivanje zadovoljstva ili iskustva pacijenata nisu generalno implementirani niti dostupni javnosti u Bosni i Hercegovini.

Obrazloženje za akciju: Pokret za ljudska prava dobija svjetski značaj od 1945. kada su kroz povelju Ujedinjenih naroda zemlje članice ponovno potvrdile svoju vjerovanje u osnovna ljudska prava. Prava pacijenata predstavljaju odraz ljudskih prava.

Prava pacijenata, kao specifična ljudska prava, postaju prepoznatljiva u evropskom regionu tek u zadnje dvije decenije. To je pokrenulo pozitivni internacionalni trend u razmatranju, definiranju i promociji prava pacijenata i dovelo do nastanka evropskog pokreta za osiguravanje prava pacijenata.

Performansa u bolnicama se sve više fokusira na zdravstveno obrazovanje, jačanje uloge pacijenata, komfor, mehanizme procedura za žalbe i kontinuitet zdravstvene zaštite. Istraživanja iskustva i zadovoljstva se kreću od lokalnih anketa izvan klinike do istraživanja na stratificiranom uzorku na nivou države. U nekim zemljama istraživanja na nivou države se vrše na osnovu ugovora sa nezavisnim organizacijama koje koriste potvrđene metode za dobijanje pouzdanih podataka. Na osnovu objavljenih rezultata mogu se identificirati pojedinačne bolnice.

Mi, članovi RG1, u potpunosti podržavamo “Četrnaest prava pacijenata“, Evropsku povelju o ljudskim pravima čiji je cilj da garantuje “visoki nivo zaštite zdravlja ljudi” (član 35. Povelje o osnovnim pravima), da osigura visoki kvalitet usluga koje se pružaju u zdravstvenom sistemu države. Prava pacijenata moraju biti zaštićena na cijeloj teritoriji Evropske unije kao i Bosne i Hercegovine na svim nivoima.

Preporuke:

(1) Prava pacijenata moraju biti u cjelosti ili djelomično ugrađena u državno zakonodavstvo, kako bi cilj zaštite prava pacijenta postao integralni dio javnih politika ne isključujući neposrednu implementaciju tih prava u svjetlu Povelje osnovnih prava EU.

(2) Povelja o pravima pacijenata bi trebala biti naširoko distribuirana i korištena od strane doktora, zdravstvenih menadžera i javnosti kao osnov za redovnu i sistematičnu evaluaciju kvaliteta zdravstvenih usluga;

(3) Distribucija i primjena povelje o pravima pacijenata moraće se vršiti na svim nivoima.

- Kao sredstvo informiranja i obrazovanja građana i zdravstvenih radnika prava pacijenata bi trebalo propagirati u bolnicama, specijaliziranim medijima, domovima zdravlja i drugim ustanovama i organizacijama za zdravstvenu zaštitu.
- Prava pacijenata bi se isto tako mogla propagirati u školama, na univerzitetima i drugdje.
- Podršku ovom dokumentu bi mogli dati ključni akteri zdravstvene zaštite i organizacije građana.
- Povelja bi se također mogla koristiti u smislu poređenja stanja prava pacijenata u BiH i Evropi od strane udruženja građana, medija i nezavisnih organizacija.
- Dijalog između ključnih aktera može se nastaviti na bazi sadržaja dokumenta, s ciljem izrade politika i programa za zaštitu prava pacijenata. Takav bi se dijalog odvijao između vladinih organa, državnih i privatnih kompanija uključenih u zdravstvenu zaštitu, te strukovnih organizacija i sindikalnih udruženja.

2. SIGURNOST I ZAŠTITA PACIJENATA, OSOBLJA I ZAJEDNICE

Osnovni princip: *Svi davaoci zdravstvenih usluga trebaju imati dokumentirane mehanizme za identifikiranje, evidentiranje, istraživanje, analizu slučajeva i smanjenje incidence nepovoljnih događaja koji su prouzrokovali ili mogu prouzrokovati štetu pacijentima, posjetiocima, osoblju i okolini.*

Sadašnje stanje: Imajući u vidu principe sigurnosti kao što su identifikiranje, evidentiranje, istraživanje, analiza slučajeva i smanjenje incidence nepovoljnih događaja te principe upravljanja rizikom kao što su identifikacija i procjena rizika, rutinsko praćenje indikatora, analiza žalbi i izvještavanje o incidentima, ne može se tvrditi da u BiH postoji sistem ili mehanizmi na bilo kom nivou za izvještavanje, objedinjavanje, analizu ili učenje na osnovu nepovoljnih događaja.

Zakonodavstvo mnogih zemalja daje ovlaštenja odgovarajućim tijelima da vrše inspekciju i procijene da li su zdravstvene usluge u skladu sa odgovarajućim pravilnicima koji se odnose na potencijalne opasnosti po pacijente, javnost, osoblje i okolinu. Oni obuhvataju opšte zdravlje i sigurnost, kliničke opasnosti (kao što su otrovne hemikalije, lijekovi, zračenje i medicinski uređaji) i opasnosti po okolinu (kao što su objekti, požar, higijena prehrambenih namirnica i odlaganje otpada). Inspektori često traže dokaze da zdravstvene ustanove imaju napisane interne procedure za smanjenje rizika i da efektivno odgovore na nepovoljne događaje. Uz to, mnoge vlade, osiguravajuće kuće i nezavisna tijela (kao što su programi za akreditaciju i ISO – Međunarodna organizacija za standardizaciju) objavljuju standarde na osnovu dokaza o prethodnim nedostacima, žalbama, primjedbama, parnicama i istragama.

U oba entiteta u BiH i Distriktu Brčko postoje zahtjevi i standardi za formiranje i rad zdravstvenih ustanova. Ovi standardi postavljaju zahtjeve u pogledu strukture i upravljanja i definišu broj i sastav medicinskog osoblja, pogodnost prostorija i objekata u kojima se pružaju zdravstvene usluge i vrstu i broj opreme koju mora posjedovati zdravstvena ustanova. Zakonski je nadgledanje da li unutar ustanove postoje propisani uslovi za primjenu naučnih metoda u procesu pružanja zdravstvenih usluga i provjeravanje da li se u zdravstvenoj ustanovi primjenjuju moderne i naučne metode, odnosno da li se poštuju definisane procedure. To je također odgovornost zdravstvene inspekcije, odnosno specijalne komisije ili pojedinačnih stručnjaka, imenovanih od strane nadležnog ministarstva zdravlja/zdravstva. Zakon omogućava inspekciju zdravstvenih objekata u oba entiteta i izdavanje rješenja o dozvoli za rad. Uslovi i procedure se razlikuju među entitetima i Distriktu Brčko.

U Federaciji BiH, Republici Srpskoj i Distriktu Brčko su kontrola zračenja, zaštita od požara, higijena i prevencija infekcija u zdravstvenim ustanovama uređene različitim zakonskim i podzakonskim aktima. Što se tiče transfuzije krvi, zatim prometa narkoticima i otrovima, isti su regulirani kroz zakonske i podzakonske akte, a kontrolu vrše različite službe inspekcije ili komisije uspostavljene za vršenje te funkcije.

Obrazloženje za akciju: Pacijenti i osoblje se često ozljeđuju zbog loše koncipiranog sistema. Jedna od najvažnijih barijera za povećanje sigurnosti zdravstvenog sistema je nedostatak svijesti o greškama koje svakog dana nastaju u svim okolnostima i ustanovama zdravstvene zaštite. Osnovni izazov za približavanje jednom sigurnijem zdravstvenom sistemu je promjena kulture, od one koja okrivljuje pojedinca za grešku, do ambijenta u kojem se greške ne tretiraju kao lični neuspjesi nego kao šansa za poboljšanje sistema i sprečavanje moguće štete. U današnjim zdravstvenim sistemima većina grešaka se ne

prijavljuje zbog ličnog straha od kazne. Zbog toga programi sigurnosti moraju obezbijediti strogu, jasnu i vidljivu pažnju usmjerenu na sigurnost, uvesti sisteme za prijavljivanje i analizu grešaka u organizacijama zdravstvene zaštite koji neće imati kazneni aspekt, ugraditi razumljive principe sigurnosti kakvi su standardizacija i pojednostavljenje korištenja opreme, snadbjevanja i procesa, te utvrditi programe interdisciplinarne obuke timova, uključujući i njihovo učestvovanje u simulacijama koje obuhvataju trening čiji je cilj poboljšanje i održavanje vještina kao i unapređenje komunikacije između članova tima.

Preporuke:

- Uvođenje sigurnosti i zaštite pacijenata, osoblja i zajednice u zakonodavstvo na nivou Bosne i Hercegovine;
- Osnivanje centara i tijela za implementaciju politike sigurnosti koji bi trebali definirati indikatore performanse;
- Identifikacija načina primjene znanja;
- Razvoj i jačanje kulture sigurnosti pacijenata i usluga;
- Jačanje uticaja javnosti i promocija komunikacije o sigurnosti pacijenata;
- Poboljšanje statusa organizacija koje upravljaju kvalitetom zdravstvene zaštite kao i građenje kapaciteta za određivanje ciljeva;
- Obim, odgovornost, kriterijumi i procedure za inspekciju i licenciranje funkcija zdravstvene zaštite bi trebali biti jasno definirani između entitetskih agencija, objavljeni, standardizovani i integrirani kako bi se obezbijedila sveobuhvatna javna odgovornost za minimalne standarde sigurnosti.

3. PREPOZNAVANJE I UKLJUČIVANJE KLJUČNIH ORGANIZACIJA

Osnovni princip: *Trebalo bi da postoje efektivni mehanizmi za integraciju i implementaciju politike kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti na državnom, entitetskom, kantonalnom/županijskom i lokalnom nivou, kao i između svih ključnih aktera u pružanju zdravstvene zaštite. Raspoložive opcije za mehanizme poboljšanja kvaliteta, npr. dobrovoljna akreditacija i zakonski propisano licenciranje, trebali bi biti široko publicirani i shvaćeni kroz cijeli sistem.*

Sadašnje stanje: Sadašnja praksa i stavovi organa vlasti, uzajamna podrška i individualna odgovornost ne podržavaju unapređenje kvaliteta. Posljedice rata su uzrokovale niska očekivanja (kako javnosti tako i stručnjaka), vertikalne upravljačke strukture, ograničen pristup informacijama i negativan stav prema odgovornosti i spremnosti za podnošenje odgovornosti.

Uobičajeno je mišljenje da nema promjena bez promjene legislative ili prinude. Ovo je u suprotnosti sa često izražavanim stavom da bi agencije za poboljšanje kvaliteta i akreditaciju trebale biti neovisne od vlada. Štaviše, postoje dokazi da se mehanizmi za unapređenje kvaliteta kao što su inspekcije i klinička revizija, koje nalaže zakon, ne primjenjuju konzistentno. Mnogi zdravstveni radnici i korisnici usluga imaju veoma ograničeno znanje ili razumijevanje postojeće organizacije pružanja zdravstvenih usluga, implikacija i planova za razvoj porodične medicine, prava pacijenata i uloge agencija.

Odnosi između institucija koja imaju glavni uticaj na kvalitet zdravstvene zaštite nisu jasni. Naprimjer, uloge entitetskih instituta/zavoda za zaštitu zdravlja/javno zdravstvo, instituta za transfuziju i krvne produkte, instituta za kontrolu kvaliteta lijekova i različitih inspektorata trebaju biti razjašnjene kao dio sveopšteg plana unapređenja kvaliteta. Širenje ove strukture i

plana bi također dalo mogućnost za razvoj strategije aktivne komunikacije ciljeva i funkcioniranja integriranog sistema kvaliteta.

Obrazloženje za akciju: Sisteme poboljšanja kvaliteta bi trebalo uspostaviti na svim nivoima pružanja zdravstvene zaštite - pojedinačni davaoci zdravstvenih usluga, ambulante, bolnice, ostale ustanove - kao i na mjestima kontakta između navedenih nivoa. I u javnim i u privatnim zdravstvenim ustanovama trebalo bi postaviti iste uslove za obezbjeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite. Zemlje sa dobro postavljenim programima kvaliteta nastoje da podrže funkcije zdravstvene politike, te izvršne i informativne funkcije na državnom nivou. Vladine strategije trebaju da identificiraju i podrže doprinos korisnika i stručnih, akademskih i ostalih nezavisnih organizacija u državnom programu. Učešće i podrška reformi zahtijeva aktivnu komunikaciju sa svim ključnim akterima.

Efektivnost implementacije politike kvaliteta i akreditacije u velikoj mjeri će se oslanjati na aktivnosti koje su u domenu odgovornosti entitetskih i kantonalnih/županijskih vlada (u FBiH). One obuhvataju licenciranje zdravstvenih radnika i ustanova, zdravstvenu i sanitarnu inspekciju, definiranje svih uloga i menadžment fondova zdravstvenog osiguranja te prikupljanje i objedinjavanje podataka o performansama. Ukoliko ne postoje jaki dokazi koji opravdavaju lokalne varijacije, standardi organizacijske i kliničke prakse – i kriteriji za mjerenje – trebaju biti identični između entiteta, kantona/županija (u FBiH) i Distrikta Brčko, te međunarodno uporedivi. Standardizacija će također omogućiti mobilnost pacijenata i osoblja preko granica (kako se zahtijeva u EU), obezbijediti konzistentnu motivaciju za ustanove i pojedince u smislu konstruktivne promjene ponašanja, te biti ekonomičnija za implementaciju.

Preporuke:

- (1) Vrijednosti, vizija i strategije vlada i institucija za poboljšanje kvaliteta bi trebale biti sveobuhvatne, dosljedne i zasnovane na dokazima i konsultacijama. One bi trebale biti jasno navedene i prezentirane fondovima zdravstvenog osiguranja, davaocima zdravstvenih usluga i javnosti.
- (2) Trebaju postojati efektivni mehanizmi za integraciju i provođenje državne politike na nivou zdravstvenih ustanova i između svih ključnih aktera i sektora zdravstvene zaštite.
- (3) Ministarstva, menadžeri i drugo stručno osoblje bi trebali biti vidno privrženi poboljšanju kvaliteta, transparentnosti, javnoj odgovornosti i pozitivnim stimulacijama za performansu i rezultate rada.
- (4) Poboljšanje kvaliteta bi se trebalo ugraditi u državne zdravstvene politike, programe i strategije.
- (5) Entitetska ministarstva zdravlja/zdravstva i Odjel za zdravstvo Brčko Distrikta bi trebali redefiniirati svoje dužnosti i odgovornosti u kontekstu reformirane organizacione strukture zdravstvenog sistema. Vlade trebaju da razviju viziju kvaliteta zdravstvene zaštite i objave politiku i program sa jasnim definicijama metoda za unapređenje kvaliteta.
- (6) Entitetska ministarstva zdravlja/zdravstva i Odjel za zdravstvo Brčko Distrikta bi trebali identificirati i objaviti (interno i javno) koje su agencije, odjeli i pojedinci odgovorni za aktivnosti koje doprinose poboljšanju kvaliteta na svim nivoima. Ministarstva bi također trebala poduzeti korake za osiguranje koordinacije između ovih agencija.
- (7) Entitetska ministarstva zdravlja/zdravstva i Odjela za zdravstvo Brčko Distrikta bi trebala odobriti i objaviti uputstva o minimalnim standardnim funkcijama i

strukturama koje se trebaju uspostaviti za unapređenje kvaliteta u svim javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama.

- (8) Agencije bi trebale planirati, integrirati i koordinirati svoje funkcije sa drugim tijelima koja direktno doprinose unapređenju kvaliteta.
- (9) Efektivne metode unapređenja kvaliteta se trebaju sistematski promovirati na svim nivoima dosljedno iskustvu i naučnim dokazima. Usvajanje prikazanih metoda kvaliteta od strane ustanova i pojedinaca treba priznati i nagraditi.

4. TRANSPARENTNOST MENADŽMENTA I RAZMJENA INFORMACIJA

Osnovni princip: *Obim odgovornosti zdravstvenih menadžera za kvalitet kao i mehanizmi za njihovu odgovornost prema javnosti trebali bi se eksplicitno navesti na svim nivoima. Na državnom nivou treba da postoji jasna strategija rada centara za zdravstveni menadžment i edukaciju menadžera, uz razvoj informacionih sistema, dostupnost informacija i zaštitu privatnih podataka i građenje kapaciteta u ovoj oblasti.*

Sadašnje stanje: Upravljačke metode su trenutno više zasnovane na zapovijedanju (strah) nego na vodstvu. Menadžment je prvenstveno usmjeren na administraciju pojedinačnih odjela i usluga umjesto na veze između njih i funkcioniranje korporacijskog sistema. To može biti prepreka za dostizanje standarda kvaliteta i akreditaciju koji se fokusiraju na cjelokupnu organizacijsku performansu. Na poboljšanje se prvenstveno gleda u odnosu na opremu, objekte i osoblje prije nego na operativne procese i rezultate. U odsustvu podataka o performansu, cijeni se da je "najbolja" ustanova ona koja ima najviše resursa. Na menadžment kvaliteta se gleda kao na način kontroliranja, a ne kao na poboljšanje sistema.

Obrazloženje za akciju: Prema preporukama mnogih ekspertnih radnih grupa Svjetske zdravstvene organizacije, uloga menadžera u unapređenju kvaliteta treba da obuhvata:

- Određeno vodstvo, odgovornost, nadzor, monitoring i komunikaciju o kvalitetu na svim nivoima.
- Javnu odgovornost putem izvještavanja o sistemima unapređenja kvaliteta kroz objektivnu vanjsku procjenu od strane nezavisnih tijela.
- Diseminaciju informacija o kvalitetu grupama građana koji pokazuju interes za zdravlje, kao što su udruženja žena, pedagoga, zakonodavaca i mediji.
- Koordinaciju multidisciplinarnih projekata za osiguranje kvaliteta uz upotrebu uobičajenih protokola po temama kakve su perioperativna smrtnost, smrtnost porodilja i perinatalna smrtnost i jatrogene reakcije na lijekove.
- Redovne, sistematske povratne informacije o važnim mjerama procesa i ishoda za pojedince, organizacione jedinice i organizacije.

Preporuke:

(1) Protok svih informacija treba učiniti slobodnim kako bi svi oni koji su uključeni u sistem, uključujući pacijente i porodice, mogli napraviti informirani izbor i u svakom trenutku znati sve činjenice od važnosti za donošenje odluke.

(2) Standardizirani formulari za izvještavanje, prilagođeni preporukama EU, trebaju biti napravljeni na državnom nivou.

5. PRIMJENA MEDICINE ZASNOVANE NA DOKAZIMA

Osnovni princip: *Najbolja zdravstvena zaštita trebala bi biti rezultat savjesne, eksplicitne i racionalne upotrebe najboljih dijagnostičkih ili terapijskih metoda koja je utemeljena na naučno utvrđenim dokazima, te individualnim vrijednostima i potrebama pacijenta i iskustvu zdravstvenih profesionalaca.*

Sadašnje stanje: Na svim nivoima, zdravstveni standardi se skoro isključivo odnose na strukturu i resurse (npr. kreveti, osoblje, oprema) prije nego na to kako se oni koriste ili kakvi se rezultati postižu na nivou davaoca zdravstvenih usluga ili u odnosu na stanovništvo. Sa izuzetkom pilot i istraživačkih studija (npr. u farmaciji), na svim nivoima postoji mali broj mehanizama za sistematsko usvajanje, diseminaciju i monitoring dobre prakse u svakodnevnom radu. Iako je klinička revizija (*audit*) propisana zakonom, postoji malo dokaza o sistematičnoj kolegijalnoj analizi obrazaca kliničke prakse u poređenju sa kriterijima medicine zasnovane na dokazima.

Obrazloženje za akciju: Kad zdravstvenu zaštitu ne prati znanje, onda ona može da ne uspije u pružanju pomoći – bilo zbog propusta (ne činjenjem onog što bi pomoglo), bilo zbog gubitaka (činjenjem onoga što ne može pomoći). Danas zdravstveni sistem previše tolerira nesklad između znanja i akcije; to jest, previše se pristaje na oboje, propust i gubitak. Kao rezultat imamo zdravstvenu zaštitu koja je prečesto nepouzdana, savjeti i odgovori su nekonzistentni, a postoje varijacije u kliničkoj praksi za koje nema valjanog objašnjenja. Novo pravilo za donošenje odluka poziva na upotrebu sistematično stečenog znanja u svim njegovim oblicima. To pravilo ne traži da se sve odluke zasnivaju na rezultatima randomiziranih kontroliranih istraživanja, zato što takvi rezultati nisu uvijek dostupni i zato što postoje i drugi oblici znanja kakvi su oni koji su izvedeni na bazi epidemioloških i populacionih podataka. Novo pravilo ne uzima sa rezervom ni kliničko iskustvo ili integraciju informacija o posebnim okolnostima vezanim za pacijenta. Umjesto toga, ono drži da su svi ovi izvori znanja relevantni i vrijedni kada se pravi izbor kako treba koristiti dokaze. Dostupnost sistematskih pregleda i na osnovu njih nastali klinički vodiči za ljekare su esencijalni dodatak praksi. Rastuća količina dokaza pokazuje da upotreba vodiča za kliničku praksu sa ostalim sredstvima za podršku kao što su sistemi za opominjanje, može poboljšati brigu za pacijenata. Vodiči se mogu usmjeriti na specifičnu tehnologiju kao što su lijekovi, instrumenti ili procedure, ili na neko kliničko stanje. Vodiči usmjereni na pacijenta mogu se odnositi na specifičan događaj ili epizodu ili se s vremenom proširiti na multidisciplinarne puteve (*pathways*) „predviđenog oporavka“ ili „kritične njege“ za pojedince. Kvalitet objavljenih vodiča može biti različit. Manje kvalitetni vodiči nisu eksplicitni i ne zasnivaju se na dokazima, te ne uključuju strategije za diseminaciju, implementaciju i evaluaciju. To naglašava doprinos nekih nacionalnih centara koji procjenjuju – obično spram objavljenih kriterija – i odobravaju vodiče, ali ih sami ne razvijaju; drugi (kao francuski ANAES i škotski SIGN) rade oboje.

Preporuke:

(1) AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) instrument bi trebao biti sredstvo za procjenu novih i postojećih vodiča te ažuriranje postojećih vodiča koje su napravile grupe zdravstvenih profesionalaca na lokalnom, regionalnom, državnom ili međunarodnom nivou ili slične vladine organizacije.

(2) Agencije za akreditaciju bi trebale biti resursni centri za medicinu zasnovanu na dokazima i dobru medicinsku praksu, kao i za razvoj i odobravanje vodiča za kliničku praksu usvojenih od strane stručnih tijela.

(3) Glavni zadatak agencija bi trebao biti da u saradnji sa stručnim, menadžerskim i organizacijama korisnika nadgledaju definiciju, valjanost i diseminaciju vodiča zasnovanih na dokazima za efektivnu i efikasnu kliničku praksu.

(4) Od cjelokupnog zdravstvenog osoblja treba zahtijevati da uzmu aktivno učešće u efektivnoj reviziji postojeće prakse u odnosu na važeće i eksplicitne standarde, te da pokažu napredak i rezultate u svojoj praksi.

(5) Vodiči za kliničku praksu napravljeni na ovaj način trebaju biti široko distribuirani zdravstvenim radnicima i korisnicima zdravstvenih usluga.

6. ULOGA INSTITUCIONALNE I PROFESIONALNE SAMOREGULACIJE

Osnovni princip: *Svrha profesionalno vođene samoregulacije je garancija da društvo ima zdravstvenu njegu i zaštitu samo od onih zdravstvenih radnika koji su kompetentni, posjeduju najsavremenija medicinska znanja i koji se pridržavaju etičkih principa profesije.*

Sadašnje stanje: Doktori prihvataju odgovornost za kvalitet vlastite kliničke performanse ali imaju malo mehanizama za kolektivnu stručnu odgovornost njihovih kolega ili za kolegijalnu samoregulaciju. Odgovornost je striktno hijerarhijska. Ne traže se redovni izvještaji koji se posebno odnose na performansu usluga. Korisnici ispoljavaju zabrinutost da doktori nisu vidljivo odgovorni.

U Republici Srpskoj, Medicinska komora izdaje licence za ljekare, što je preduslov za obavljanje prakse. Pored profesionalne regulacije, Medicinska komora organizira kontinuiranu medicinsku edukaciju i ima uspostavljen sistem bodovanja za relicenciranje.

U Federaciji BiH, komore i strukovna udruženja su različito postavljene na kantonalnim/županijskim, međukantonalnim/županijskim ili federalnom nivou. To otežava formalnu saradnju, ali su redovni sastanci nedavno uspostavljeni. Komore imaju pravo da primaju žalbe i da oduzimaju licence izdate zdravstvenim radnicima, ali procedure i kriteriji nisu standardizirani unutar i između kantona/županija. Komunikacija, efektivnost i efikasnost se mogu povećati kada bi se sve komore povezale na nivou Federacije ili, što bi bilo još bolje, na državnom nivou.

U Federaciji BiH, drži se da ministarstvo ima liste onih koji su završili osnovnu obuku (u medicini, sestinstvu, stomatologiji i farmaciji) i onih koji su stekli status specijaliste. Na osnovu ovih lista se ne može verifikirati sadašnji status zaposlenih niti se aktivno potvrđuju kako bi se osiguralo na oni sa liste ostaju kvalificirani i kompetentni za praksu.

Distrikt Brčko nema ljekarsku, stomatološku i farmaceutsku komoru, niti komoru medicinskih tehničara. Postoji potreba za ovim komorama, a naročito za uvezivanjem njihovog rada sa entitetskim komorama i uspostavljanjem istih kriterija na državnom nivou.

Na svim nivoima ima malo dokaza o sistematskoj procjeni, verifikaciji ili izvještajima o performansama zdravstvenog osoblja u smislu osnove za napredovanje u struci ili unapređenje kvaliteta. Dostupnost i uzimanje odsustva zbog stručnog usavršavanja je neujednačeno unutar i između zdravstvenih ustanova.

Obrazloženje za akciju: Procedure za licenciranje doktora, stomatologa i sestara su propisane zakonom u većini zemalja i predaju se u nadležnost odgovornom tijelu (često na nivou države ili provincije) koje definira standarde i održava profesionalni registar. Odgovornost za definiranje standarda dodiplomskih i postdiplomskih studija je različito raspodijeljena između državnih koordinacionih tijela te stručnih i akademskih institucija. Nezavisna strukovna tijela doprinose samoregulaciji definiranjem prihvatljivih standarda iz etičke i kliničke performanse.

Ustanove za pružanje zdravstvenih usluga definiraju kriterije za angažiranje, zadržavanje i stručni razvoj osoblja. Posebno u Sjevernoj Americi, Australiji i Novom Zelandu, kriteriji za verifikaciju i procjenu doktora i stomatologa su dio lokalnih propisa o osoblju koji su eksplicitno usaglašeni prije razmatranja prijave pri zapošljavanju. Svakom kandidatu su date kliničke “privilegije” u sklopu određene specijalnosti.

Preporuke:

- (1) Obaveze i doprinos stručnih tijela, kao i doktora, sestara i drugog medicinskog osoblja za unapređenje kvaliteta trebale bi se usaglasiti na državnom i entitetskom nivou i učiniti eksplicitnim u cjelokupnom sistemu zdravstvene zaštite.
- (2) Uloga komora treba se definirati u odnosu na stručnu regulativu, uspostavljanje i monitoring standarda kliničke performanse i razvoj i diseminaciju metoda unapređenja kvaliteta.
- (3) Zakonom propisane funkcije komora trebale bi se definirati u odnosu na dobrovoljna udruženja te biti integrirane na državnom, entitetskom i kantonalnom/županijskom nivou (u FBiH).
- (4) Strukovne komore se trebaju ovlastiti da usvoje procedure za licenciranje i vrednovanje osnovne i specijalističke kompetencije koje su ujednačene među strukama na svim nivoima.
- (5) Svaka zdravstvena organizacija trebala bi imati dokumentovane i efektivne procedure za verificiranje kompetencije pojedinaca i obuke prije zapošljavanja, te pregledati i procjenjivati potrebe za kontinuiranim stručnim razvojem.

7. SMANJENJE GUBITAKA U RADNOJ SNAZI, OPREMI, POTROŠNOM MATERIJALU I NOVCU

Osnovni princip: *Pravovremena informacija o lokalnim varijacijama troškova i korištenja materijala, te kliničkim intervencijama treba se učiniti dostupnom fondovima zdravstvenog osiguranja i menadžerima kako bi se omogućila multidisciplinarna analiza odgovarajuće upotrebe resursa.*

Sadašnje stanje: Većina ustanova koje pružaju zdravstvene usluge imaju definiran godišnji budžet koji ograničava ovlaštenja menadžera da prebacuju sredstva između organizacionih jedinica i funkcija. Klinički podaci koji se rutinski prikupljaju često su nepotpuni, posebno u pogledu sekundarne dijagnoze, komplikacija i komorbiditeta. Neprikupljanje ovih podataka sprečava odgovarajuće rutinsko mjerenje ishoda i kombinacija slučajeva (*case-mix*), umanjuje vrijednost cjelokupnog kliničkog rada i time može umanjiti finansiranje i plaćanje u budućnosti. Uopšte nema indikatora performanse. Nema jednoobraznih standarda za pojedinačne medicinske zapise, terminologiju, sisteme šifriranja ili razmjenu informacija. Ne vrši se ocjena pouzdanosti ili pristupačnosti podataka, a postojeći obrasci otežavaju izradu indikatora koji bi bili uporedivi.

Obrazloženje za akciju: Ukupna korist koja se može izvući iz raspoloživih resursa ne ovisi samo o efikasnosti menadžmenta već također i od prikladnosti kliničkih aktivnosti (kao što su prijemi pacijenata, propisani lijekovi, procedure) i od gubitaka (kao što su komplikacije, greške, kašnjenja ili ponavljanje procedura). Korištenje resursa se procjenjuje internom procjenom (npr. indikatori efikasnosti i pregledom utilizacije) i vanjskim poređenjem zdravstvenih ustanova prema najboljim (referentnim) ustanovama u datom zdravstvenom polju (*benchmarking*), kao npr. procjena kliničkih troškova.

Preporuke:

(1) Tačni, kompletni i pravovremeni podaci o pacijentima i davaocima zdravstvenih usluga su od suštinskog značaja za unapređenje kvaliteta i kontrolu troškova. Veliki se prioritet treba dati uspostavljanju definicija i procedura za registriranje podataka, šifriranje, objedinjavanje, analiziranje, razmjenu i zaštitu informacija o kliničkim, organizacionim i finansijskim performansama koje su konzistentne na državnom nivou.

(2) Sistemi vođenja administracije o pacijentima u svim zdravstvenim ustanovama trebaju biti tako uspostavljeni da proizvode indikatore, indekse i podatke za klinički i administrativni pregled, kao i da budu dostupni za rutinsku ili *ad hoc* analizu, kako zdravstvenim radnicima tako i javnosti.

(3) Agencije i lokalni davaoci usluga bi trebali razraditi podatke koji se rutinski dobijaju iz primarne i bolničke zdravstvene zaštite i predstaviti ih kao numeričke mjere kliničke i organizacione performanse.

(4) Zdravstvene ustanove bi trebale osoblju obezbijediti pouzdane, potpune i pravovremene podatke putem kojih se klinička i organizaciona performansa može mjeriti u bolničkoj, konsultativnoj, primarnoj i preventivnoj zdravstvenoj zaštiti.

8. ODGOVORNOST U CJELOKUPNOM SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Osnovni princip: *Ministarstva, menadžeri i drugo stručno osoblje bi trebali biti jasno privrženi unapređenju kvaliteta, transparentnosti, javnoj odgovornosti i pozitivnim stimulacijama za performansu i rezultate rada.*

Sadašnje stanje: Odgovornost za finansijsku performansu fondova zdravstvenog osiguranja je jasna, ali odgovornost za zaštitu društvenih sredstava, smanjenje gubitaka u resursima i nagrađivanje poboljšanja performanse i koristi za stanovništvo nije jasna. Ne postoji ekvivalent "komisijama za društveni nadzor" koje u mnogim zemljama vrše nezavisni monitoring i istražuju pravilno korištenje javnih resursa. Hoće li biti neophodno da buduće državno zakonodavstvo omogućava i odobrava standardizaciju između Distrikta Brčko, entiteta i kantona/županija (u FBiH), kao i da razjasni odgovornost javnih institucija za implementaciju državne politike unapređenja kvaliteta?

Obrazloženje za akciju: Javna odgovornost sistema za unapređenje kvaliteta trebala bi se ispitati objektivnom eksternom procjenom od strane nezavisnih tijela i prikladnim saopštavanjem rezultata. Direktor bolnice ili doma zdravlja je odgovoran da se slijede politike i procedure pružanja usluga i upravljanje rizikom u organizaciji kojom rukovodi. Međutim, odnos direktora zdravstvenih institucija prema nadležnim ministarstvima zdravlja/zdravstva, fondovima zdravstvenog osiguranja, institutima/zavodima za zaštitu zdravlja/ javno zdravstvo te javnosti u cjelini nije jasan. Svi zaposleni u sistemu zdravstvene zaštite na svim nivoima bi trebali biti privrženi unapređenju kvaliteta, transparentnosti, javnoj odgovornosti i pozitivnoj stimulaciji za performansu. Na nivou svake ustanove trebaju se postaviti relevantne komisije i

imenovani pojedinci koji će biti odgovorni za implementaciju unapređenja kvaliteta. Također, na sličan način se treba postaviti i vertikalna struktura koja promovira javnu odgovornost utemeljenu na općeprihvaćenim standardima i indikatorima performanse.

Bez obzira na stvarni ili prividni izbor, korisnici zdravstvenih usluga, pacijenti i općenito javnost traže sve veću transparentnost i bolju informiranost o performansama i sigurnosti ustanova zdravstvene zaštite i kvaliteti zdravstvenih usluga koje dobijaju. Ova potreba je osnažena rastućom ulogom udruženja pacijenata i liberalnom filozofijom individualnih sloboda i odgovornosti skupa sa facilitatorskom i manje paternalističkom ulogom vlada. Na taj način agencije za akreditaciju mogu postati predstavnici pacijenata i javnosti, putem promocije javne odgovornosti u pogledu dobivenih vrijednosti za utrošeni novac (*value for money*). Te su vrijednosti obično pristup „najboljem“ tretmanu (najbolji standardi) i visoka efikasnost koja je uporediva s drugim sličnim institucijama, kako bi omogućio nelimitirani izbor. Štaviše, legitimna očekivanja javnosti se šire i na pravo jednakog kvaliteta zdravstvene zaštite u cijeloj zemlji i na svim nivoima.

Različite interesne grupe, koje gledaju na akreditaciju iz svog vlastitog ugla posmatranja, mogu uskladiti svoja stajališta u pogledu svrhe i uspjeha uvedenog akreditacijskog programa. Zdravstveni radnici mogu zapaziti uspjeh u izvršnom ili organizacijskom smislu, kupci usluga mogu ispitati zdravstveni sistem s ciljem procjene kvaliteta i sposobnost menadžera zdravstvenih ustanova, korisnici zdravstvenih usluga se mogu uvjeriti da su usluge koje dobijaju prepoznatljivo visokog kvaliteta, političari mogu imati kontrolu nad razvojem zdravstvenih organizacija s ciljem da postignu pravičnost ili neki drugi cilj zdravstvene politike. Na taj način, akreditacijski sistem, u čijem je središtu akreditacijsko tijelo, dobija širu društvenu važnost i značaj.

Preporuke:

- (1) Postoji potreba za definiranjem eksplicitnih standarda za pružanje zdravstvenih usluga, akreditaciju, odgovarajućih kontrolnih lista i ciljeva (*targets*) za usluge.
- (2) Instrumenti i metode za mjerenje obuhvataju: samoocjenjivanje i akreditaciju, indikatore performanse (interne, eksterne), pregled performanse i zakonom propisanu inspekciju.
- (3) Menadžment promjena uključuje: strategiju kvaliteta, liderstvo, jasnu odgovornost, organizacionu strukturu, komisijske funkcije, organizacioni razvoj, timski rad i sheme nagrađivanja.



IZJAVA

O odnosu između kvaliteta, sigurnosti, efikasnosti i finansiranja zdravstvene zaštite sa posebnim osvrtom na ulogu fondova zdravstvenog osiguranja u obezbjeđivanju stimulacija (*incentives*) i nagrađivanju performanse (*performance*) pojedinaca i institucija.

Radna grupa 2 (RG2), EU/SZO projekt "Podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH"
Sarajevo, septembar/rujan 2005.

UVOD

Troškovi zdravstvene zaštite u svijetu su porasli sa tri posto od bruto-nacionalnog proizvoda (BNP) u 1948. godini na 7.9 posto u 1997. godini. U Bosni i Hercegovini troškovi javnog sektora na zdravstvo iznose 7.6 posto BNP-a, što je znatno više od prosjeka u zemljama Centralne i Istočne Evrope (*zemlje CEE*). Premda nedostaju precizni podaci, procijenjeno je da troškovi koji građani direktno plaćaju (*out-of-pocket*) mogu iznositi još dodatnih 4.7 posto BNP-a². Sve u svemu, teret zdravstvenih troškova koji snosi bh. ekonomija je znatan po obimu i sa makroekonomskog stajališta zaustavljanje njegovog rasta je od suštinskog značaja.

Prema tome, zaustavljanje porasta troškova zdravstvene zaštite, kao što je to slučaj u velikom broju država, uključujući i one najrazvijenije, predstavlja važan cilj zdravstvene politike u BiH. Jedan od mogućih načina na koji bi se to moglo postići bilo bi da se poboljša performansa (*performance*) zdravstvenog sektora, uzimajući u obzir sve najvažnije aspekte i suštinske atribute performanse: pristup, efektivnost, efikasnost, jednakost, održivost i kvalitet zaštite.

Na finansiranje zdravstvene zaštite može se gledati kao na jednu važnu polugu kojom se utiče na ponašanje davalaca zdravstvenih usluga i pacijenata i na taj način značajno doprinosi poboljšanju performanse. Svrha finansiranja zdravstvene zaštite je da se finansiranjem obezbijede finansijska sredstva kao i da se uspostave prave finansijske stimulacije (*incentives*) za davaoce zdravstvenih usluga, kako bi se osiguralo da svi pojedinci imaju pristup efektivnoj i dostupnoj javno-zdravstvenoj i ličnoj zdravstvenoj zaštiti. To znači smanjenje ili uklanjanje mogućnosti da pojedinac ne može platiti takvu zdravstvenu zaštitu ili da će osiromašiti ako to učini. Da bi se obezbijedilo da pojedinci imaju pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti od ključnog su značaja tri međusobno povezane funkcije finansiranja zdravstvene zaštite: prikupljanje prihoda, udruživanje sredstava (*resource pooling*) i kupovina zdravstvenih usluga.

Kupovina zdravstvenih usluga je proces u kojem se iz udruženih sredstava plaća davaocima zdravstvenih usluga za pružanje definisanog ili nedefinisanog paketa zdravstvenih usluga. Ona može biti aktivna ili pasivna. Pasivna kupovina se odnosi na pridržavanje unaprijed određenog budžeta ili jednostavno plaćanje primljenih računa. Aktivna, strateška kupovina uključuje neprekidno traganje za najboljim putevima za maksimiziranje performanse zdravstvenog sistema donošenjem odluka o tome koje se usluge trebaju kupiti, kako i od koga. To znači aktivni izbor usluga s ciljem ostvarivanja najbolje performanse, kako za pojedince tako i za populaciju u cjelini, putem shema selektivnog ugovaranja i stimulacije. **Kao i u**

² Srednjoročna razvojna strategija Bosne i Hercegovine 2004.-2007. (PRSP- Strategija smanjenja siromaštva), mart/ožujak 2004.

mnogim drugim državama, mi, članovi RG2, težimo ka uvođenju aktivne kupovine zdravstvenih usluga u zdravstvenom sistemu Bosne i Hercegovine.

STRATEŠKA KUPOVINA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Strateška kupovina označena je kao ključna komponenta za poboljšanje performanse zdravstvenog sistema. U svom idealnom obliku ona povezuje niz odvojenih funkcija sa potencijalom za poboljšanje efikasnosti, efektivnosti, odgovornosti i na kraju kvaliteta zdravstvene zaštite. Ona također može dati veliki doprinos dostizanju ciljeva javnog zdravstva i širih socijalnih ciljeva jednakosti u okviru zdravstvenog sistema.

Evropski zdravstveni sistemi pokazuju značajnu raznolikost među organizacijama koje vrše kupovinu. Države se razlikuju po tipovima organizacija koje djeluju kao kupci (centralna vlada, regionalna vlada, opštine, fondovi zdravstvenog osiguranja), po broju organizacija koje vrše ovu funkciju i načinima na koji se one odnose jedne prema drugima, a posebno da li postoji konkurencija između kupaca. One se također razlikuju prema izvorima njihovog finansiranja i nadležnostima. Ova raznolikost proizilazi iz složenih međusobnih odnosa, socijalnih, ekonomskih, kulturnih i istorijskih faktora.

Kao što je to slučaj sa drugim zemljama jugoistočne Evrope, u BiH je na snazi model zdravstvenog osiguranja koji obavezuje i poslodavce i zaposlenike (iz plaća) na plaćanje doprinosa zdravstvenog osiguranja za zaposlene radnike, doprinose od strane samozaposlenih radnika i transfere iz drugih fondova kakvi su penzijski fond, fond za nezaposlene itd. U oba entiteta BiH fondovi zdravstvenog osiguranja su temeljne agencije zadužene za prikupljanje i udruživanje resursa i kupovinu zdravstvenih usluga.

Složenost funkcije kupovine zdravstvenih usluga naglašava značaj izgradnje kapaciteta i na nivou fondova zdravstvenog osiguranja (FZO) i na nivou davalaca zdravstvenih usluga. Ako se uzme u obzir postojeći nivo menadžerskih i stručnih kapaciteta unutar zdravstvenog sistema, provođenje reformi se može ugroziti ako vlada ne sačini detaljan plan realizacije po fazama, dopunjen planom razvoja kapaciteta za menadžment i poboljšanjem informacionih sistema na državnom i lokalnim nivoima, uključujući i davaoce zdravstvenih usluga. Aktivnosti dostavljanja izvještaja FZO-ima, plaćanja davalaca zdravstvenih usluga i monitoringa performanse zahtijevaju razvijen i uvezan informacioni sistem i analitičke kapacitete sa obučanim osobljem na nivou davalaca zdravstvenih usluga i kupca.

Mi, članovi RG2, podržavamo otklon od pasivnog modela kupovine – gdje se striktno pridržava unaprijed određenog budžeta ili se jednostavno retrospektivno plaćaju primljeni računi – prema strateškom obliku kupovine zdravstvenih usluga u kojem se donose proaktivne odluke o tome koje se zdravstvene usluge trebaju kupiti, kako i od koga (World Health Report³, WHO, 2000). Fondovi zdravstvenog osiguranja trebali bi pružati stimulatивно finansiranje i davati stimulacije za nagrađivanje dobre performanse pojedinaca i zdravstvenih institucija, u pogledu efektivnih i prikladnih procesa kao i poboljšanih kliničkih rezultata i rezultata na nivou populacije.

³ *World Health Report* je godišnja publikacija Svjetske zdravstvene organizacije. Glavni cilj publikacije je da pruži informacije zemljama članicama, donatorskim agencijama, međunarodnim i drugim organizacijama koje će im pomoći da donesu odluke vezane za zdravstvenu politiku i finansiranje.

INFORMACIJE I PRAVA PACIJENATA

Pružanje informacija javnosti i konsultacije o njenim pogledima najosnovniji su načini uključivanja javnosti u BiH. Pružanje informacija javnosti o kupovini zdravstvenih usluga nikako nije uobičajena praksa. Članovi RG2 se slažu da pružanje rutinskih informacija o tome koje su zdravstvene usluge dostupne i od kojih davalaca zdravstvenih usluga, ne smije biti ograničeno kao što je to slučaj sada.

Zvanično zastupanje grupa osiguranika i korisnika zdravstvenih usluga u odborima i komisijama kupaca zdravstvenih usluga (FZO-a) trebalo bi biti opšteprihvaćeno u BiH kao što je to prihvaćeno širom Evrope. Većina FZO-a ima odbore koje biraju njihovi osiguranici i poslodavci, kao i skupštinu delegata odgovornih za donošenje odluka vezanih za statute i ostala pravila kojima se određuju plaćanja i usluge koje će biti ponudene.

Širom Evrope raste interes i za individualna prava pacijenata, kakvo je autonomija pacijenata, i za socijalna ili kolektivna prava, kakvo je pravo na zdravstvenu zaštitu. BiH bi trebala razviti legislativu o pravima pacijenata, povelje za pacijente ili etičke kodekse. Pravni sistem bi trebao biti posljednje mjesto za izražavanje nezadovoljstva pacijenta.

U nastojanju da se usmjerimo na kupovinu zdravstvenih usluga, **mi, članovi RG2, prihvatamo preporuke radne grupe 1 koja je odredila glavne ciljeve našeg zdravstvenog sistema u smislu vrijednosti, učesnika u procesu, definicija i obima kvaliteta.**

Te opšte vrijednosti su: Prava i jačanje uloge pacijenata; Sigurnost i zaštita pacijenata, osoblja i zajednice; Prepoznavanje i uključivanje ključnih organizacija; Transparentnost menadžmenta i razmjena informacija; Primjena medicine zasnovane na dokazima (*evidence-based medicine*); Uloga institucionalne i profesionalne samoregulacije; Smanjenje gubitaka u radnoj snazi, opremi, potrošnom materijalu i novcu; Odgovornost u cjelokupnom sistemu zdravstvene zaštite.

UGOVARANJE

Ugovori su najvidljiviji i najpraktičniji dio kupovine zdravstvenih usluga. Oni su ključno sredstvo kojim kupci (FZO) mogu uticati na davaoce zdravstvenih usluga. Oni se mogu koristiti za određivanje koje usluge će se pružati i pod kojim uslovima. Oni također imaju važnu ulogu u određivanju aranžmana podjele rizika koji se primjenjuju u slučaju neplaniranih događaja bilo od strane kupca ili od strane davaoca usluga. Ugovori su sredstvo za upravljanje transakcijama i podjelu rizika.

Ugovori čine temelj za pružanje zdravstvenih usluga putem:

- Povezivanja finansijskih resursa sa ishodima (*outputs*) i rezultatima (*outcomes*) zdravstvenih usluga;
- Određivanja obaveza kupaca i davalaca zdravstvenih usluga u svrhu poboljšanja odgovornosti;
- Usmjeravanja pružanja zdravstvenih usluga na ono što je zaista važno korisnicima zdravstvenih usluga;
- Omogućavanja periodičnih usklađivanja i ponovnih pregovaranja o pružanju zdravstvenih usluga u skladu sa ponudom i potražnjom.

Da bi proces ugovaranja bio uspješan FZO-i trebaju:

- Imati informaciju o potrebama stanovništva za razne vrste zdravstvenih usluga kako bi odlučili o odgovarajućoj količini i asortimanu usluga;
- Imati informaciju o troškovima i efektivnosti raznih intervencija i usluga (i unutar jedne i između različitih kategorija bolesti);
- Zaključiti ugovor sa licenciranim davaocima usluga u mreži zdravstvenog sistema kako bi se obezbijedio pristup potrebnim zdravstvenim uslugama;
- Odlučiti o metodama plaćanja i potencijalnim stimulacijama (*incentives*) za davaoce usluga tako da se zadovolje ciljevi kupca vezani za količinu i kvalitet, te pristup zdravstvenim uslugama;
- Uspostaviti mehanizme izvještavanja o aktivnostima davalaca usluga koji će činiti osnovu za njihovo plaćanje;
- Pratiti performansu davalaca usluga da bi potkrijepili ugovore uspostavljanjem indikatora pružanja usluga i njihovog kvaliteta (za smanjenje prevara, zloupotreba ili slabljenja usluga).

Iz evropske perspektive, ugovori sadrže: cijene, fakturisanje, organizacione zahtjeve, nivo kadrovskih resursa i objekata, stručno znanje i kompetentnost, načine upućivanja, uputnice van ugovora, monitoring, povjerljivost informacija i zaštitu podataka, uključivanje pacijenata u procese donošenja odluka, bonifikacije i penale. Standardi kvaliteta jedna su od ključnih stavki, a obično obuhvataju vrijeme čekanja, ishode, procedure *audit-a* i ciljeve (*targets*).

Kupci zdravstvenih usluga imaju posredničku ulogu između populacije i davalaca zdravstvenih usluga. Oni imaju odgovornost da dodijele sredstva koje im je populacija povjerala na takav način da to doprinosi boljem zdravstvenom statusu populacije. Odgovornosti kupaca obuhvataju:

- Pregovaranje o ugovoru i zaključivanje ugovora:
 - Određivanje odgovarajućih zahtjeva o kvalitetu, uključujući dostupnost i raspolaganje efektivnim internim sistemima kvaliteta;
 - Dogovaranje sa davaocima usluga o odgovornostima za prikupljanje kvalitetnih informacija.
- Praćenje (*monitoring*) ugovora u cjelini, a posebno:
 - Primanje izvještaja davalaca usluga o kvalitetu i provjera njegove valjanosti;
 - Reagovanje na loš kvalitet;
 - Primanje žalbi direktno od javnosti;
 - Dobijanje povratnih informacija od javnosti o zadovoljstvu zdravstvenim uslugama.
- Pregled ugovora:
 - Pregled performanse kvaliteta;
 - Dogovaranje o promjenama u svrhu poboljšanja kvaliteta;
 - Prijedlog za izmjene u ugovoru ako je performansa kvaliteta neprihvatljiva i ako postoje zdravstvene usluge na drugom mjestu.

Dio od navedenih aktivnosti FZO-i mogu delegirati agencijama za poboljšanje kvaliteta i akreditaciju u BiH, o čemu bi se trebalo uzajamno dogovoriti i zaključiti između FZO-a i agencija. Procjena kvaliteta bi se trebala delegirati agencijama u cijelosti.

Ako ove poslove aktivne kupovine usluga ne obavlja agencija-kupac (FZO), onda će ugovaranje značiti samo različit zakonski aranžman za prebacivanje finansijskih resursa na davaoce usluga bez ikakvog značajnog poboljšanja u poređenju sa starim sistemom. **Mi, članovi RG2, podstičemo izradu ugovora koji se baziraju na performansi u BiH, a koji će uključiti indikatore za praćenje i evaluaciju poboljšanja zdravlja i tako omogućiti kupcima zdravstvenih usluga da nagrade bolju performansu davalaca usluga i poboljšaju kvalitet usluga.**

METODE PLAĆANJA

Postoji nekoliko mogućih mehanizama za plaćanje davalaca zdravstvenih usluga. U suštini, oni se razlikuju prema onom za što se plaća, kako slijedi:

- Plaćanje koje se bazira na vremenu, što je plaćanje za vrijeme provedeno za pružanje usluga bez obzira na broj onih kojima su usluge pružene. Plaće za pojedinačne davaoce i fiksirani budžeti za zdravstvene institucije ulaze u ovu kategoriju.
- Plaćanje koje se bazira na usluzi, gdje plaćanje ovisi o broju pruženih usluga ili liječenih pacijenata. Plaćanje po usluzi (*fee-for-service*) za pojedinačne davaoce i plaćanje po bolničkom danu, plaćanje po epizodi bolesti i budžet baziran na utilizaciji različitih usluga (*case/mix*) primjeri su plaćanja koje se bazira na usluzi.
- Plaćanje koje se bazira na populaciji, što je plaćanje prema veličini populacije kojoj se pružaju usluge, bez obzira na broj pacijenata koji stvarno koristi usluge. Kapitacijsko plaćanje za pojedinačne davaoce usluga i globalni budžeti (blok-ugovori) za institucije predstavljaju plaćanja bazirana na populaciji.

Faktor vremena u aranžmanima plaćanja je također od velike važnosti. Uz rizik prevelikog pojednostavljenja, plaćanja bazirana na vremenu i populaciji su obično prospektivna (tj. plaćanje se vrši za usluge koje se trebaju izvršiti), dok je plaćanje bazirano na usluzi retrospektivno (tj. plaćanje se vrši po već izvršenoj usluzi).

Metodi plaćanja su samo instrumenti u rukama onih koji reguliraju zdravstveni sistem (vladâ) i njihovih agenata (npr. FZO-a) da bi se postigli ciljevi koji su postavljeni za zdravstvene sisteme. Ne postoji idealan i univerzalno primjenljiv metod plaćanja davalaca zdravstvenih usluga. Kao što je to mnogo puta potvrđeno, ti metodi značajno utiču na ponašanje davalaca usluga i pacijenata, pošto svaki sistem plaćanja sa sobom donosi pored planiranih efekata i neplanirane i neželjene posljedice. Naprimjer, davaoci usluga često hvale plaćanje po usluzi (*fee-for-service*) kao metod kojim se povećava sloboda davaoca usluga i pristup uslugama, ali on često završava sa povećanjem potražnje za uslugama koju inducira onaj koji pruža usluge (*“supplier induced demand”*), povećanom utilizacijom (nepotrebnih) usluga te na koncu problemima sa makro-efikasnošću sistema (ukupni porast troškova), što sve navodi vlade da uvedu limite i ograničenja troškova. S druge strane, plaćanje po principu kapitacije ili plaće može podstaći davaoce usluga da smanje vrijednost usluge za koju su plaćeni, skraćivanjem vremena za pružanje usluge, neradom, prekomjernim propisivanjem lijekova ili prekomjernim upućivanjem na više nivoje zdravstvene zaštite, skupa sa tendencijom selektiranja rizika (tj. isključivanjem bolesnijih pacijenata koji su neprofitabilni). Pored problema makro-efikasnosti koji se mogu pojaviti zbog neodgovarajućeg propisivanja lijekova ili pretjeranog upućivanja

pacijenata, ukoliko se ne uvedu odgovarajuće mjere zaštite i restrikcije, pitanja mikro-efikasnosti koja se tiču problema sa nedovoljnom količinom pruženih određenih usluga, mogu zahtijevati uvođenje pozitivnih stimulacija u obliku direktnog finansijskog nagrađivanja da bi se podstakle određene prioritetne procedure ili aktivnosti (npr. preventivne usluge, promocija zdravlja), čime se stvaraju još kompleksniji i kompliciraniji miješani aranžmani plaćanja davalaca zdravstvenih usluga.

Posljednjih godina opaža se tendencija otklona od tradicionalnih budžeta, baziranih na *input-ima* i plaća za davaoce usluga prema sistemima plaćanja koji povezuju plaćanje sa performansom, mjenom prema rezultatima (*outputs*) ili čak ishodima (*outcomes*). U pogledu primarne zdravstvene zaštite, u zemljama Zapadne Evrope koriste se svi mehanizmi plaćanja pojedinačnih davalaca usluga (plaća, plaćanje po usluzi i kapitacija), bilo pojedinačno ili u kombinaciji. U pogledu plaćanja povezanog sa performansom, posljednji pokušaj u Velikoj Britaniji uveo je finansijske stimulacije za postizanje cijelog niza ciljeva (*targets*) kvaliteta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (2003.). U posljednjih desetak godina, reforme u državama Centralne i Istočne Evrope bile su uglavnom orijentirane prema uvođenju mehanizama plaćanja, baziranih na kapitaciji za davaoce usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Različite države su uvele različite vrste kapitacije, od jednostavnih *per capita* formula do sofisticiranih shema kapitacije sa prilagođavanjem rizika (*risk-adjustment*), dok se također uvode miješani aranžmani plaćanja (naprimjer, određene prioritetne usluge kakva je imunizacija izdvojene su iz kapitačkih shema i plaćaju se po usluzi) i finansijske stimulacije (npr. bonus plaćanja za rad u ruralnim područjima). U pogledu mehanizama plaćanja za bolničke usluge, većina zapadnoevropskih zemalja se kreće prema pristupu baziranom na performansu i usvojila je oblik globalnog budžeta koji se temelji na prospektivnim nivoima aktivnosti koje su prilagođene težini bolesti kroz neku *case-mix* mjeru kakve su grupe povezane s dijagnozama (*diagnosis-related groups, DRGs*) ili neka od njihovih varijanti. Većina država također ima dodatnu komponentu plaćanja baziranu na retrospektivnom plaćanju po slučaju (*cost-per-case*), obično za jako skupe vrste liječenja ili za slučajeve koje liječe davaoci usluga koji nemaju ugovor sa kupcima. U CEE državama su u prvim godinama reformi uvedeni manje sofisticirani mehanizmi plaćanja bolničkih usluga (sistemi plaćanja po danu i jednostavni sistem plaćanja po slučaju), što je dovelo do problema s porastom troškova povezanog sa značajno povećanim brojem prijema u bolnice i povećanim obimom usluga koje su se pružale u bolnicama. U većem broju CEE zemalja, u ovom se trenutku pilotiraju/uvode globalni budžeti i *case-mix* sistemi.

U Bosni i Hercegovini, plaćanje bazirano na kapitaciji je pilotirano u okviru porodične medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, zajedno sa bonus plaćanjem akreditiranih timova porodične medicine na jednoj lokaciji. **Mi, članovi RG2, preporučujemo da tekuće reforme zdravstvenog sistema u BiH jasno definiraju mehanizme plaćanja davalaca usluga kako bi nagradili dobru performansu i kvalitet zdravstvene zaštite, i na primarnom nivou (predominantno kapitacija, sa specificiranim plaćanjem za prioritetne odabrane usluge i bonus plaćanjem za bolju performansu i kvalitet usluga), i u bolničkom sektoru (prospektivni globalni budžeti sa uvođenjem DRG). Istovremeno, uvažavamo da te velike promjene traže visok nivo stručnih, organizacionih i institucionalnih kapaciteta, posebno od strane kupaca (fondova zdravstvenog osiguranja), s ciljem da se oni potpuno osposobe za strateško kupovanje i implementaciju i monitoring ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga. To uključuje razvoj snažnih i sofisticiranih informacionih sistema, koji mogu isporučiti pravovremene i pouzdane informacije od strane davalaca zdravstvenih usluga.**

PERFORMANSA, KVALITET, INDIKATORI I STIMULACIJE

Definiranje performanse nikako nije jednostavan zadatak i može biti prilično zbunjujuće kad se performansa definira preusko (naprimjer, izjednačavanjem performanse sa efikasnošću). Jedna od sugestija je da se performansa definira kao skup aktivnosti i programa koji se sprovode u svrhu postizanja ciljeva (*objectives and goals*) koji su prethodno postavljeni. Međutim, prema velikom broju referentnih izvora (uključujući *World Health Report 2000*), pojam performanse implicira postignuća u odnosu na resurse, ili, kad se to primijeni na zdravstvene sisteme, ono što bi sistem trebao postići sa datim resursima.

Konceptualno, postoji jak konsenzus da su krajnji ciljevi zdravstvenih sistema bolje zdravlje populacije, pravičnost u finansiranju (zaštita od finansijskih rizika) i sposobnost sistema da odgovori na nemedicinska očekivanja svojih korisnika (zadovoljstvo građana). Među intermedijarnim karakteristikama performanse, koje povezuju *input*-e sa ciljevima i ishodima (*outcomes*), najvažnije se odnose na pristup, jednakost, efikasnost i kvalitet zdravstvene zaštite.

Kvalitet zdravstvene zaštite se odnosi na postizanje boljih zdravstvenih ishoda i on se može posmatrati kao integralni dio efikasnosti. On obuhvata prenos dokaza o najefektivnijim zdravstvenim intervencijama u svakodnevnu praksu zdravstvenih radnika, ali je također ovisan i o drugim aspektima procesa pružanja zdravstvene zaštite, kakvi su organizacija i dizajn sistema, koji su izravno povezani sa performansom. Kako bi bili u mogućnosti da nagrade dobru performansu, kupci zdravstvenih usluga trebaju imati pouzdane informacije dobijene procjenom i poređenjem postignuća davalaca zdravstvenih usluga. To se može uraditi korištenjem dobro osmišljenih i na dokazima utemeljenih instrumenata za mjerenje, tj. indikatora. Trenutačno, kvalitet zdravstvene zaštite se prati korištenjem kombinacija tri tipa indikatora: indikatora strukture (*inputa*), procesa i ishoda (*outcome*).

Ukoliko se namjerava uvesti ugovore između kupaca i davalaca zdravstvenih usluga sa eksplicitnim uključivanjem kvaliteta zdravstvene zaštite, sljedeći aspekti postaju značajni:

1. Zahtjevi kvaliteta prije ugovaranja. Oni se odnose na licenciranje, certifikaciju i akreditaciju zdravstvenih radnika i ustanova. Dok je licenciranje nedvojbeno uslov koji se postavlja prije ugovaranja, certifikacija i akreditacija se, zbog svog ograničenog trajanja, mogu držati i za uslov postavljen prije ugovaranja i za stavku koja se unosi u ugovor, pošto produženje ugovora može ovisiti o njihovom obnavljanju.
2. Zahtjevi kvaliteta u ugovoru, koji mogu uključivati:
 - Kvalitet strukture, koji se odnosi na detaljne strukturne zahtjeve (npr. kvalifikacije osoblja, oprema itd.), organizaciona pitanja koja se odnose na dostupnost, pravovremeno pružanje usluga, sigurnost i kontinuitet zaštite, implementaciju sistema menadžmenta kvaliteta unutar zdravstvenih institucija i sistema za dokumentaciju i prikupljanje podataka;
 - Kvalitet procesa, koji se odnosi na pridržavanje najbolje prakse temeljene na dokazima (onako kako je to prezentirano u vodičima za kliničku praksu temeljenim na dokazima) koja će vjerovatnije rezultirati sa željenim ishodima (izraženo kao stope/procenti pacijenata kojim su pružene efektivne zdravstvene intervencije). Čak i ako ugovori ne uključuju eksplicitne kliničke vodiče, set procesnih indikatora i ciljeva (*targets*) koji se trebaju postići može se odrediti u

- ugovoru. Ciljevi se mogu formulirati kao povećanja (*increments*) u odnosu na početnu vrijednost ili kao apsolutni procent koji treba postići.
- Kvalitet ishoda, koji predstavlja najvrijedniji dokaz za kvalitet zdravstvene zaštite, ali se istodobno najteže i mjeri. Ishodi koji se odnose na poboljšanje zdravlja ne ovise samo o kvalitetu zaštite i često se mjere oslanjajući se na potvrđene zamjenske (*surrogate*) parametre koji odražavaju kontrolu nad bolešću, kakvi su krvni tlak, vrijednosti kolesterola itd. Drugi važni zdravstveni ishodi se također mogu mjeriti, kakvi su broj prijema u bolnice, stope medicinskih komplikacija, funkcionalni status pacijenata itd. U ugovoru se mogu uključiti ciljevi za ishode (*outcome targets*), bilo kao stope/procenti pacijenata koji su postigli željeni ishod ili kao povećanja u odnosu na početno postavljene ishode.

U praktičnom smislu, s uvođenjem indikatora kvaliteta u ugovorne aranžmane istovremeno se mogu uvesti eksplicitne finansijske stimulacije za postizanje ciljeva performanse (*performance targets*). U skorašnjem nastojanju u Velikoj Britaniji (2003.) novi ugovor za ljekare opšte prakse uključuje čak 146 indikatora strukture, procesa i ishoda koji opisuju performansu, sa prilično kompliciranim sistemom bodova za mjerenje koji je izravno povezan sa finansijskim nagradom za one koji demonstriraju postignuća. Sistem je napravljen na takav način da minimizira neplanirane posljedice pri kojima se davaoci zdravstvenih usluga fokusiraju samo na one aspekte pružanja usluga koji se mjere i finansijski stimuliraju. Ostaje da se vidi kakvi će biti efekti ovakvog pristupa.

Mi, članovi RG2, zagovaramo da se eksplicitne finansijske stimulacije uvedu kako bi se nagradila dobra performansa davalaca usluga, postepeno i uzimajući u obzir ograničena finansijska sredstva i prioritetne zahtjeve kvaliteta uvezane s opštim ciljevima reformi zdravstvenog sistema u BiH. U isto vrijeme, mi također prihvatamo da se kultura mjerenja zbog odgovornosti treba dalje razvijati u BiH, skupa s dostupnošću dobrih i pozdanih informacija te prihvatanjem i korištenjem indikatora od strane kupaca i davalaca zdravstvenih usluga, a u svrhu demonstriranja i posljedičnog stimuliranja dobre performanse i kvaliteta zdravstvene zaštite.

REGULATORNE AKTIVNOSTI

U nastojanjima da ne samo kontroliraju troškove zdravstvenih sistema već također i da osiguraju kvalitet i odgovore na zahtjeve pacijenata i javnosti, vlade sve više postaju zaokupljene regulatornim aktivnostima. U modelu zdravstvene zaštite utemeljenom na kupovini zdravstvenih usluga, vlada u svoje ime povjerava određenim ključnim akterima (FZO-ima u slučaju BiH) kupovinu cijelog spektra zdravstvenih usluga za stanovništvo. S ovim tipom odnosa, vlade kao regulatori su posebno zainteresirane da se finansijska sredstva povjerena njihovim zastupnicima (*agents*) raspoređuju na osnovu zdravstvenih potreba populacije i prema identificiranim zdravstvenim prioritetima. To uključuje i aspekt odgovornosti, gdje se vlade drže odgovornima od strane njihovih stanovnika za uspješnu implementaciju svoje zdravstvene politike, dok su zastupnici odgovorni i vladama i stanovništvu za svoje efektivno i efikasno raspoređivanje povjerenih finansijskih resursa.

Usprkos pokušajima da se ovlasti prenesu na organizacije koje kupuju/plaćaju zdravstvene usluge, većina državnih vlada zadržava cjelokupna ovlaštenja i socijalnu odgovornost za pružanje zdravstvenih usluga prema potrebama stanovništva. Strukturalni aranžmani i mehanizmi koje vlade postavljaju kako bi regulirale kupovinu zdravstvenih usluga uključuju:

- Strateško planiranje u zdravstvu;
- Uspostavljanje paketa prava zdravstvenih usluga;
- Reguliranje budžeta kupaca zdravstvenih usluga i kompenzacije rizika;
- Uspostavljanje okvira i pravila za ugovaranje;
- Učešće u odborima kupaca zdravstvenih usluga;
- Reguliranje informiranja korisnika i njihovog učešća i
- Uspostavljanje zahtjeva za izvještavanje od strane kupaca zdravstvenih usluga.

S ciljem da se reguliranje i raspodjela sredstava učini transparentnijim te da se naglasi odgovornost vlada i kupaca zdravstvenih usluga, vlade trebaju:

- Biti konzistentne u reguliranju kupaca zdravstvenih usluga prema svojoj strateškoj viziji;
- Osigurati odgovarajuće zakonske propise i aranžmane kojim se određuju aktivnosti kupaca zdravstvenih usluga;
- Nadzirati svoja vlastita pravila za finansiranje zdravstvenih usluga i pratiti rad kupaca zdravstvenih usluga;
- Biti konzistentne pri nagrađivanju kupaca zdravstvenih usluga za njihovu dobru performansu i primjenjivati sankcije ukoliko kupci zdravstvenih usluga zloupotrijebe svoje ovlasti.

Mi, članovi RG2, pozivamo vlade u BiH da uvedu neophodne regulatorne i zakonske aranžmane koji će omogućiti fondovima zdravstvenog osiguranja da u cijelosti razviju svoje potencijale za stratešku kupovinu zdravstvenih usluga i tako značajno doprinesu boljoj performansi zdravstvenog sistema i kvalitetu zdravstvene zaštite.

ZAKLJUČCI

Najvažnije što kupci zdravstvenih usluga mogu učiniti za poboljšanje ugovornih aranžmana jest da traže da davaoci usluga imaju odgovarajuće i dokumentovane sisteme kvaliteta i da mogu dokazati odgovarajuće rezultate. Ovakav pristup zahtijeva da davaoci usluga definiraju odgovornosti i proces procjene kvaliteta, dokumentiranje odstupanja i vršenje korekcija.

Svaki tip sistema plaćanja donosi neplanirane posljedice i mogućnosti za promjenu nivoa kvaliteta zdravstvene zaštite i nabolje i nagore. Integracija neke vrste “parametara za uporedbu” (*benchmarks*) kvaliteta čini se glavnim mehanizmom menadžmenta kako bi se osiguralo da kvalitet nije ugrožen zbog primjene određenog pristupa finansiranju.

Proces akreditacije pravi prvi kritični korak u obezbjeđivanju visokog kvaliteta pružanja usluga, ali time se ne iscrpljuje u potpunosti složeni zadatak praćenja i poboljšanja rezultata. A kad u proces ugovaranja nisu uključeni indikatori kvaliteta, cilj obezbjeđenja usluga visokog kvaliteta može doći u pitanje. Zbog toga razvoj i upotreba indikatora kvaliteta imaju kritičnu važnost tako što povezuju plaćanje sa mjerenjem performanse te posljedično poboljšavaju kvalitet usluga i smanjuju gubitak resursa. FZO-i bi trebali finansijski podržati istraživanje ishoda (*outcomes research*) i procjene tehnologije (analiza troškova i efektivnosti, *cost-effectiveness analysis*). Relevantne agencije za akreditaciju i unapređenje kvaliteta u oba entiteta i Distriktu Brčko imaju važnu ulogu u pružanju stručne ekspertize.

PRINCIPI ZA USVAJANJE I PREPORUKE ZA DJELOVANJE

Fondovi zdravstvenog osiguranja

Svi FZO-i bi se trebali složiti da usvoje:

- princip da su medicina zasnovana na dokazima, procjena zdravstvene tehnologije i iskustvo pacijenata primarne determinante usluga i kliničkih standarda;
- opšte procedure za prikupljanje podataka, definicije, mjerenja i uporedbe usaglašenosti sa standardima;
- opšte formule za poticanje i nagrađivanje odgovarajućeg kvaliteta na osnovu dokaza o internim sistemima kvaliteta, kliničkim indikatorima i vanjskoj ocjeni, npr. akreditaciji;
- transparentnost, razmjenu podataka i informacija o performansi davalaca usluga između davalaca i FZO-a kao i obavještanje javnosti.

Agencije

AAQI i AKAZ bi trebali:

- odrediti njihovo područje rada i odgovornosti;
- usvojiti i demonstrirati usaglašenost sa opštim internacionalnim principima, npr. AGREE za kliničke vodiče, ISQua za vanjsku ocjenu;
- savjetovati FZO-e o odgovarajućim zdravstvenim tehnologijama, indikatorima performansi davalaca usluga i vanjskoj ocjeni sistema kvaliteta i sigurnosti u domovima zdravlja i bolnicama u smislu podrške u procesu ugovaranja.

Ministarstva zdravlja/zdravstva

Ministarstva bi trebala:

- usvojiti ove principe radi ispunjavanja odgovornosti u upravljanju zdravstvenim sistemom i preporučiti principe parlamentu kao zajedničku osnovu za poboljšanje efektivnosti zdravstvenih usluga i efikasno korištenje javnih finansijskih sredstava u Bosni i Hercegovini;
- objavljivati usporedne performanse FZO-a sa utvrđenim planom i ciljevima i indikatorima kvaliteta za praćenje ciljeva.

Članovi RG2 se slažu da se Zakon o javnim nabavkama ne može u potpunosti primijeniti na usluge zdravstvene zaštite. Bosna i Hercegovina bi trebala usvojiti regulativu sličnu onoj koja postoji u susjednim zemljama (Hrvatska i Srbija i Crna Gora).

Međunarodne finansijske agencije

Donatori bi trebali ugraditi ove principe, kad se oni usvoje od strane parlamenta, u dizajn, funkcioniranje i preporuke bilo kojeg od postojećih ili budućih programa.

RJEČNIK

Accreditation - akreditacija

Proces samoocjene i vanjskog kolegijalnog pregleda koje koriste zdravstvene organizacije da pouzdano procijene njihov nivo performanse spram uspostavljenih standarda i da poduzmu aktivnosti za kontinuirano poboljšanje.

Accountability - odgovornost

Odgovornost i zahtjev da se odgovora za određene zadatke ili aktivnosti. Ova se odgovornost ne može delegirati i treba biti transparentna.

Adverse events – neželjeni, nepovoljni događaji

Incidentni događaji koji su neuobičajeni, neočekivani, mogu sadržavati element rizika, ili mogu imati negativan efekt na korisnike, grupe, osoblje ili organizaciju

AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) – Procjena istraživanja vodiča i evaluacija

AGREE kolaboracija je nastala iz međunarodne saradnje istraživača i kreatora zdravstvene politike koji rade zajedno kako bi unaprijedili kvalitet i efektivnost vodiča kliničke prakse uspostavljanjem zajedničkog okvira za njihov razvoj, izvještavanje i procjenu. Glavni cilj ove organizacije je da razvije instrument za ocjenu kliničkih vodiča i da harmonizira njihov razvoj u Evropi kako bi se minimiziralo dupliranje napora. Također, rad AGREE kolaboracije pokriva i sveobuhvatan pristup u produkciji, diseminaciji i evaluaciji kliničkih vodiča visokog kvaliteta kroz uspostavljene mreže.

Appropriateness – prikladnost

Stepen do kojeg je usluga usklađena sa iskazanim zahtjevima korisnika kao i u kojoj je mjeri pružena u skladu sa najboljom praksom.

Audit – revizija

Sistematsko nezavisno ispitivanje i pregled da se utvrdi jesu li stvarne aktivnosti i rezultati u skladu sa planiranim.

Benchmarking – upoređivanje

Upoređivanje rezultata evaluacija organizacija sa rezultatima drugih intervencija, programa ili organizacija i upoređivanje procesa sa procesima drugih koji su prihvaćeni kao izvrsni, kao način za pravljenje poboljšanja.

Competence – kompetentnost

Garancija da su znanje i vještina pojedinca prikladni za usluge koje se pružaju i potvrda da su nivoi znanja i vještina redovito evaluirani.

Continuity – kontinuitet

Pružanje koordiniranih usluga unutar i između programa i organizacija, tokom vremena.

Credentiailling - verifikacija

Proces procjene ili potvrde znanja, vještina i kompetentnosti pojedinca i njihova usklađenost sa specifičnim zahtjevima.

Effectiveness - efektivnost

Stepen do kojeg se usluge, intervencije ili akcije pružaju u skladu sa trenutno najboljom praksom u svrhu dostizanja ciljeva i postizanja optimalnih rezultata.

Efficiency - efikasnost

Stepen do kojeg su resursi objedinjeni kako bi se postigli željeni rezultati na najisplativiji način, sa minimalnim gubicima, ponovnim radom i naporom.

Evidence – dokaz(i)

Podaci i informacije koji se koriste za donošenje odluka. Dokazi mogu biti izvedeni iz istraživanja, eksperimentalnog učenja, indikatorskih podataka i evaluacija. Dokazi se koriste na sistematičan način kako bi se evaluirale opcije i donijele odluke.

Governance – upravljanje

Funkcija određivanja pravca u kojem se kreće organizacija, postavljanja ciljeva i razvijanje politike koja treba usmjeravati organizaciju u ostvarenju njene misije, te monitoring ostvarenja tih ciljeva i provođenje politike.

Guidelines – vodiči

Principi za vođenje ili usmjeravanje aktivnosti.

Information systems – informacioni sistemi

Sistemi za planiranje, organoziranje, analiziranje i kontroliranje podataka i informacija, uključujući i kompjuterizirane i manuelne sisteme.

ISO (International Organization for Standardization) – Međunarodna organizacija za standardizaciju

ISO je mreža 153 nacionalna instituta za standardizaciju (jedan član po državi) sa centralnim sekretarijatom u Ženevi koji koordinira cijeli sistem. S obzirom da skraćena naziva ove organizacije izgleda različito na različitim jezicima, odlučeno je da se koristi skraćena ISO dobijena iz grčke riječi *isos* što znači jednak. Uloge ove organizacije su da identificira koji su standardi potrebni u ekonomiji, vladi i društvu, razvija ih zajedno sa sektorima u kojima će se koristiti, usvojiti standarde u transparentnoj proceduri na osnovu nacionalnih preporuka i diseminirati ih kako bi bili u upotrebi diljem svijeta.

Licensure - licenciranje

Proces kojim vladino tijelo daje dozvolu za rad pojedincu ili zdravstvenoj organizaciji.

Management –upravljanje

Postavljanje ciljeva za budućnost kroz planiranje i budžetiranje, uspostavljanje procesa za postizanje ovih ciljeva i dodjeljivanje sredstava za izvršenje ovih planova. Osiguravanje da se planovi ostvaruju kroz organiziranje, kadrovsku popunjenost, kontroliranje i rješavanje problema.

Peer review – kolegijalni pregled

Proces kojim se evaluira performansa organizacije, pojedinaca ili grupa od strane članova slične organizacije ili osoba iz iste profesije, strukovne discipline i statusa kao što su i oni koji pružaju usluge.

Quality - kvalitet

Stepen izvrsnosti, stepen do kojeg organizacija ispunjava potrebe klijenata i nadilazi njihova očekivanja.

Quality assessment – ocjena kvaliteta

Planirano i sistematično prikupljanje i analiziranje podataka o uslugama, obično fokusirano na sadržaj i karakteristike pružanja usluga te ishode po klijente.

Quality control – kontrola kvaliteta

Monitoriranje ishoda kako bi se provjerilo da li odgovaraju specifikacijama ili zahtjevima te poduzete aktivnosti da se korigiraju ishodi. Ona daje sigurnost, prijenos pouzdanih informacija, pouzdanost procedura i reproducibilnost.

Quality improvement – unapređenje kvaliteta

Kontinuirani odgovor na informacije dobijene ocjenom kvaliteta o uslugama na način da se poboljšaju procesi putem kojih se usluge pružaju klijentima.

Rights - prava

Nešto za što se može tvrditi da je kao takvo pravično, fer, legalno i moralno. Zvanični opis usluga koje klijenti mogu očekivati ili zahtijevati od organizacije.

DODATAK

ČLANOVI RADNIH GRUPA 1 i 2

Ime - Funkcija/Institucija

1. Nenad Babić – pomoćnik direktora za medicinska pitanja, Fond zdravstvenog osiguranja RS;
2. Alija Begović – predsjedavajući komisije za zdravstvo Parlamenta FBiH;
3. Snježana Bodnaruk – pomoćnik ministra za pravna pitanja, Ministarstvo zdravstva FBiH;
4. Rade Bošnjak – direktor Fonda zdravstvenog osiguranja Hercegovačko-neretvanske županije;
5. Mira Đajić – pomoćnik direktora za ekonomska pitanja, Fond zdravstvenog osiguranja RS;
6. Hrvoje Gardavski – savjetnik ministra, Ministarstvo zdravstva FBiH;
7. Mustafa Hasović – zamjenik direktora, Fond zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH;
8. Senahid Ibrišimović – direktor Doma zdravlja Brčko;
9. Neđo Ilić – direktor Bolnice Brčko;
10. Živojin Janković – koordinator EU/SZO projekta za Brčko Distrikt, Bolnica Brčko;
11. Draško Jošić – predsjednik Udruženja zdravstvenih menadžera RS;
12. Stevan Jović – pomoćnik ministra, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS;
13. Velimir Marić – koordinator EU/SZO projekta, RS;
14. Desimir Miljić – zdravstveni inspektor, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS;
15. Bakir Nakaš – direktor Opće bolnice Sarajevo;
16. Ahmed Novo – kordinator EU/SZO projekta, FBiH;
17. Davor Pehar – direktor Doma zdravlja Mostar;
18. Miroslav Petković – profesor, Medicinski fakultet Banja Luka;
19. Slobodanka Petković – pomoćnik direktora, Opšta bolnica Gradiška;
20. Zoran Riđanović – voditelj Agencije za unapređenje kvaliteta i akreditaciju FBiH;
21. Milijana Spasić-Lazarević – direktor Doma zdravlja Prnjavor;
22. Siniša Stević – direktor Agencije za akreditaciju i unapređenje kvaliteta, RS;
23. Predrag Špirić – predsjednik Komore doktora medicine RS;
24. Rajna Tepić – predstavnik Društva doktora medicine RS;
25. Ankica Tomas – glavna medicinska sestra, Bolnica Nova Bila;
26. Slobodan Trninić – direktor Domova zdravlja Kantona Srajevo;
27. Aleksandra Tučić – direktor Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta;
28. Savo Vlaški – predsjednik Stomatološke komore FBiH.