Водич кроз сертификацију и акредитацију за болнице

**Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске**

**Бања Лука, 2012. г.**

ВОДИЧ КРОЗ СЕРТИФИКАЦИЈУ И АКРЕДИТАЦИЈУ

За употребу уз стандарде за сертификацију и акредитацију болница

**Радна група за израду стандарда**:

**Руководилац групе**: Доц. др Ненад Продановић

**Чланови групе**:

Проф. др Стеван Трбојевић

Mr sc. др Светозар Срдић

Mr sc. др Саша Вујиновић

Прим. др Зоран Димитријевић

Мр мед. биохемије Сања Аврам

Mr ph. Тијана Маринковић

**Консултанти**:

Проф. др Небојша Јованић

Проф. др Марија Бургић

Др Биљана Лакић

Доц. др Дарко Голић

Прим. др Јадранка Видовић

Др Стеван Бајић

**Редакција**:

Mr sc. др мед. Синиша Стевић

Радомир Бошковић

Слободан Ћорсовић

**ЗАХВАЛНИЦА**

Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске захваљује се свим члановима радне групе која је радила на припреми стандарда за сертификацију и акредитацију и сарадницима који су својим учешћем допринијели развоју овог водича.

Посебну захвалност дугујемо руководству Клиничког центра Бања Лука које је омогућило члановима радне групе несметан рад на развоју стандарда, те руководству и запосленима у болницама у Републици Српској, који су својим учешћем у јавној расправи, коментарисањем нацрта стандарда и давањем приједлога за њихово побољшање омогућили да стандарди добију свој садашњи облик.

**ПРЕДГОВОР**

Квалитет и сигурност здравствене заштите заузима важно мјесто у свим стратегијама и политикама Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске. Овом питању посвећује се велика пажња још од израде првих стратешких докумената којима су били постављени правци развоја здравственог система Републике Српске. Тако је у *Стратешком плану за реформу и реконструкцију здравственог система Републике Српске 1997 – 2000* наведено да ће се „осигурати непрестано побољшање квалитета здравствене заштите, заједно с развојем и увођењем у примјену погодне технологије пружања здравствених услуга“, док се у *Програму здравствене политике и стратегије за здравље у Републици Српској до 2010. године* каже, да ће бити успостављен систем акредитације организација које пружају здравствене услуге, да ће квалитет услуга тих организација оцјењивати Агенција за акредитацију и унапређење квалитета, те да ће финансирање здравствених установа зависити од резултата које постижу.

Полазећи од ових докумената, кроз пројекте који су били покретани у периоду од 2000. године[[1]](#footnote-1) до данас, успостављена је законска регулатива; формирана је Агенција за акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске; направљени су и усвојени стандарди за акредитацију тимова породичне медицине, центара за ментално здравље, центара за базичну рехабилитацију у заједници и апотека; развијени су, штампани и дистрибуирани водичи за клиничку праксу у примарној здравственој заштити и извршена је обука великог броја здравствених радника и сарадника, усмјерена на побољшање квалитета и сигурности здравствене заштите. На жалост, већина ових активности била је усмјерена на примарни ниво здравствене заштите, док су установе, које пружају услуге секундарног и терцијарног нивоа, остале по страни. Ипак, у периоду до 2010. године усвојена су два важна документа која се односе на те нивое здравствене заштите:

* *Стратегија за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у Републици Српској[[2]](#footnote-2),* у којој се као једна од вриједности помиње „континуирано унапређење квалитета“, а такође се помињу „стимулисање и награђивање квалитетног рада“ и „увођење система менаџмента и јачање управљачких капацитета“,
* *Политика унапређивања квалитета и сигурности здравствене заштите у Републици Српској до 2010[[3]](#footnote-3), к*оја даље разрађује ову стратегију и у којој се помињу сљедећи циљеви: „успоставити одговарајуће инфраструктуре и функције за унапређивање квалитета и сигурности здравствене заштите у свим здравственим установама“ и „наставити с развојем стандарда и водича за клиничку праксу, протокола лијечења, клиничких путева (care pathways) у складу с приоритетима“.

У поменутој политици описује се улога свих институција здравственог система у обезбјеђивању квалитетне и сигурне здравствене заштите и указује се на задатке руководилаца здравствених установа, који треба да осигурају примјену стратешких циљева и политика у пракси. Истиче се да они морају постати покретачка снага у трансформацији својих установа, стварајући чврсту основу за активности у вези с квалитетом; да треба да промовишу и примијене политику квалитета на свим нивоима; да треба да осигурају надзор и оцјењивање система за унапређивање квалитета од стране самог руководства организације.

На основу свих поменутих стратешких докумената, почетком 2008. године Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске покренуло је пројекат „Увођење система менаџмента и система квалитета у болнички сектор Републике Српске“.Општи циљпројекта је био да се значајно побољша ефикасност, ефективност и квалитет рада болничког сектора у Републици Српској путем увођења система менаџмента и система квалитета и тиме допринесе оживотворењу стратегија, усмјерених на унапређење здравља становништва.

Пројектним задатком утврђено је да пројекат има сљедеће компоненте:

* Развој стандарда за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа и успостављање програма акредитације тих установа;
* Развој клиничких водича, процедура и путева његе за најчешћа стања и обољења, које се третирају у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа;
* Успостављање структуре и процеса за обезбјеђење и унапређивање квалитета здравствене услуге и система менаџмента у оквиру којих функционишу ти процеси;
* Развој и имплементација система мониторинга и евалуације, који се односи на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите, укључујући «бенчмаркинг» (упоређивање установа);
* Успостављање процеса континуираног унапређења квалитета у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа;
* Укључење корисника здравствене заштите у све активности у вези с квалитетом.

Постављање стандарда за акредитацију и процеса акредитације на прво мјесто у овом пројекту у складу је с кретањима у свијету, сагласно којима се побољшање здравствених услуга постиже путем цикличног процеса, приказаног на сл. 1:

3. Оцјена степена задовољења стандарда и могућности за побољшање

1. Постављање стандарда

3. Примјена корективних и превентивних мјера и мјера побољшања

2. Примјена мјера за достизање стандарда

*Сл. 1 Циклус побољшања квалитета*

Стандарди, представљени у овом водичу, израђени су у оквиру прве компоненте тог пројекта. Првобитно, њихова намјена је била да послуже као основа за екстерно оцјењивање у склопу добровољне акредитације оних болница које желе да примјеном стандарда унаприједе квалитет својих услуга и ефективност управљања установом. Међутим, док је рад на стандардима још трајао, у новембру 2009. године ступио је на снагу *Закон о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 106/09),* који је прописао нове механизме осигурања квалитета здравствених услуга: задржан је механизам добровољне акредитације, али је уз то уведена обавезна сертификација организација које пружају здравствене услуге. Према закону, основа за сертификацију су стандарди сигурности које доноси Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске.

Ступањем на снагу новог Закона о здравственој заштити, рад на развоју стандарда морао је бити модификован, пошто је било неопходно развити и стандарде за сертификацију, и оне за акредитацију. Тим, који је радио на развоју стандарда, одлучио је да обе групе стандарда представи у једном водичу, пошто то омогућује да се јасно препозна не само минимум који мора да испуни здравствена установа (стандарди сигурности, намијењени за сертификацију), већ и правац даљег унапређења (стандарди квалитета здравствених услуга, намијењени за акредитацију). Стога су у овом водичу стандарди означени тако да се може препознати да ли служе за сертификацију, или за акредитацију.

Стандарди и овај водич намијењени су, прије свега, руководству болница у Републици Српској, али могу бити од користи и свим запосленим у болничком сектору, професионалним удружењима у здравству, институцијама здравственог система и установама које образују кадрове за рад у здравству. Информације, дате у овом водичу, биће од посебне користи запосленима у организационим јединицама за унапређење квалитета које се, сагласно *Закону о здравственој заштити*, морају формирати у свакој здравственој установи.

Посебну корист од стандарда имаће пацијенти, чланови њихових породица или законски заступници, јер им стандарди дају прецизне информације о томе, шта болница треба да им пружи. Инсистирајући на својим правима, пацијенти и њихове породице укључују се не само у процес лијечења, већ и у процес управљања болничким сектором.

**САДРЖАЈ**

1. **УВОД**
   1. Основни појмови
   2. Приступ развоју стандарда за сертификацију
   3. Поступак припреме за сертификацију
   4. Литература
2. **СТАНДАРДИ ЗА СЕРТИФИКАЦИЈУ И АКРЕДИТАЦИЈУ БОЛНИЦА**

**Група 1. Управљање установом**

Подгрупе:

1.1 Усаглашеност са законском и другом регулативом

1.2 Планирање и управљање

1.3 Унутрашња организација

1.4 Управљање ресурсима

1.5 Интерне провјере, корективне и превентивне мјере

1.6 Управљање токовима информација

1.7 Управљање квалитетом

1.8 Управљање ризиком

1.9 Медицински менаџмент

1.10 Поступање с пацијентом

1.11 Сестринство

1.12 Службе за подршку

**Група 2. Клиничке услуге**

Подгрупе:

2.1 Хируршке службе – Опште-хируршки дио

2.2 Хируршке службе – Анестезија

2.3 Хируршке службе – Операционе сале

2.4 Хируршке службе - Гинекологија и акушерство

2.5 Интернистичке службе – Опште интернистички дио

2.6 Јединице интензивне његе

2.7 Интернистичке службе - Педијатрија

2.8 Интернистичке службе – Психијатрија

2.9 Интернистичке службе – Амбулантна служба

2.10 Интернистичке службе - Неурологија

2.11 Интернистичке службе - Онкологија

2.12 Дијагностика - Лабораторијска дијагностика

2.13 Дијагностика - радиологија

2.14 Апотека

**1. УВОД**

* 1. **Основни појмови**

Разумијевање стандарда за сертификацију и акредитацију немогуће је без разумијевања општег приступа обезбјеђењу квалитета, те појмова и термина који се користе када год се говори о квалитету, или сигурности. У многим индустријско-економским секторима постоје рјечници термина који помажу да се смање разлике у описивању појава и тиме успостави квалитетна комуникација. Неки од тих рјечника усвојени су као међународни стандарди или смјернице и широко се примјењују, такви су на примјер стандарди ISO 9000:2005 – *Основе и рјечник* и водич ISO Guide 73 – *Управљање ризиком – Рјечник.*

На жалост, ови рјечници не могу се, без мањих или већих измјена, примијенити на област квалитета и сигурности здравствене заштите, јер се низ појмова и термина ту користи са другачијим значењем. Најбољи примјер је термин „квалитет“, који се обично интерпретира као „испуњење захтјева“, а који у медицини има потпуно другачију дефиницију. Иако је било више покушаја да се кроз различите збирке термина здравственим професионалцима понуди свеобухватни рјечник с појмовима из области квалитета у здравству[[4]](#footnote-4) не може се сматрати да су такве збирке обавезујуће.

Тим, који је радио на припреми стандарда за сертификацију и акредитацију, размотрио је међународне стандарде који утврђују термине и дефиниције у области квалитета и доступну литературу која се односи на квалитет и сигурности здравствене заштите и на основу њих припремио је дефиниције оних термина, који су кључни за разумијевање овога водича. Дефиниције су дате у облику који омогућава да стандарде разумију и лица која се професионално не баве управљањем квалитетом[[5]](#footnote-5).

Термини, коришћени у овом водичу, имају сљедећа значења:

* **Стандард:** скуп правила, норми или захтјева који треба да буду задовољени.
* **Сертификација:** прописани поступак којим се оцјењује и потврђује да здравствена установа задовољава унапријед дефинисане и објављене стандарде сигурности у процесу пружања здравствене заштите.
* **Акредитација**: прописани поступак којим се оцјењује и потврђује да здравствена установа задовољава унапријед дефинисане и објављене акредитационе стандарде.
* **Квалитет**: степен до кога су активности, предузете или непредузете, усаглашене са стандардима добре праксе, повећале вјероватноћу позитивног исхода и смањиле ризике и друге нежељене исходе.
* **Опасност**: 1. околност или стање које може да угрози здравље или изазвати повреду радника; 2. суштинско својство или способност нечега (радни материјал, опрема, предмет рада и др.) да потенцијално може да доведе до повреде и/или обољења.“
* **Ризик**: комбинација вјероватноће да због присутних опасности настане нежељени догађај и посљедица тог догађаја.
* **Сигурност**: степен до кога је ризик од интервенције и ризик од околности у којима се изводи интервенција смањен за пацијента, особље, као и све остале који учествују у процесу пружања здравствене заштите.
* **Индикатори квалитета и сигурности**: квантитативне мјере, које се користе за праћење и оцјену квалитета и сигурности здравствене заштите.
* **Надзор**: стално провјеравање, праћење, критичко посматрање, или одређивање статуса/стања, како би се правовремено уочило одступање од захтијеваног учинка, или утврђеног циља.
* **Преиспитивање**: активност, предузета да би се утврдила погодност, адекватност и ефективност предмета разматрања за достизање постављених циљева.
* **Провјера**: систематски, независан и документован процес за добијање доказа провјере и за његово објективно вредновање, да би се утврдио степен до којег су испуњени критеријуми провјере.
* **Оспособљеност/компетентност**: приказане личне особине и способност примјене знања и вјештина.
* **Захтјев**: потреба или очекивање који су исказани, у принципу подразумијевани, или су обавезни.
* **Задовољење корисника:** мишљење корисника о степенудо којег су испуњени његови захтјеви.
* **Систем менаџмента**: системза успостављање политике и циљева и за остваривање тих циљева.
* **Политика:** свеобухватне смјернице у некој области, како их званично изражава највише руководство организације.
* **Ефективност**: мјера реализације планираних активности и планираних резултата.
* **Ефикасност:** однос остварених резултата и употребљених ресурса.
* **Организациона** **структура:** успостављенеодговорности, овлашћења и односи између особља.
* **Инфраструктура:** скуп објеката, опреме и услова, неопходних за рад организације.
* **Процедура/поступак**: утврђен начин за обављање неке активности или процеса.

НАПОМЕНА: Процедура може бити документована или недокументована. Када је процедура документована, често се користи термин "писана процедура/поступак" или "документована процедура/поступак".

* **Неусаглашеност:** неиспуњеност захтјева.
* **Нежељени догађај:** сваки непланирани и неочекивани догађај током процеса пружања здравствених услуга.
* **Превентивна** **мјера:** мјера за отклањање **узрока** **могуће** неусаглашености, или друге нежељене могуће ситуације.
* **Корективна** **мјера:** мјера за отклањање **узрока** откривене неусаглашености, или друге нежељене ситуације.

НАПОМЕНА: Корективна мјера предузима се да би се спријечило *понављање дешавања*, док се превентивна мера предузима да би се спријечило *дешавање*.

* **Корекција:** мјера којом се рјешавају настале неусаглашености**.**

НАПОМЕНА: Корекција се не бави узроцима проблема, већ његовим појавним облицима, односно посљедицама.

* **Запис:** документ којим се исказују добијени резултати, или дају докази о извршеним активностима.
* **Лоша професионална пракса (мал-пракса, професионална грешка):** неправилно или неетично понашање или неочекивани недостатак знања или вјештина код особе која је носилац одређеног професионалног или службеног положаја. Означава немарно или невјешто обављање професионалних дужности, тамо гдје су професионална знања и вјештине обавезни да постоје.
  1. **Приступ развоју стандарда за сертификацију**

Приликом развоја стандарда сигурности и квалитета здравствене заштите узети су у обзир:

* циљ, којем стандарди треба да служе,
* општи принципи, које стандарди треба да задовоље[[6]](#footnote-6),
* закони и подзаконска акта, међународни, регионални и грански стандарди које здравствена установа мора да поштује,
* контекст, у којем стандарди треба да се примјењују,
* кодекси добре праксе, које утврђују професионална удружења.

Тим за развој стандарда размотрио је прилазе које друге земље користе приликом екстерног оцјењивања давалаца здравствених услуга и стандарде, који се при томе користе. То је помогло да се идентификују најважнији чиниоци који доприносе пружању сигурних и квалитетних здравствених услуга, а тиме и подручја за која ће се развијати стандарди.

На основу свих доступних информација, тим је одлучио да стандарди обухвате:

1. **питања ефективног менаџмента установом и њеним организационим јединицама**, пошто се тиме успоставља општи оквир за функционисање свих процеса у установи и подлога за пружање сигурне здравствене заштите,
2. **захтјеве за поједине медицинске процесе у установи**, гдје свако угрожавање сигурности наноси штету пацијенту, или самој установи.

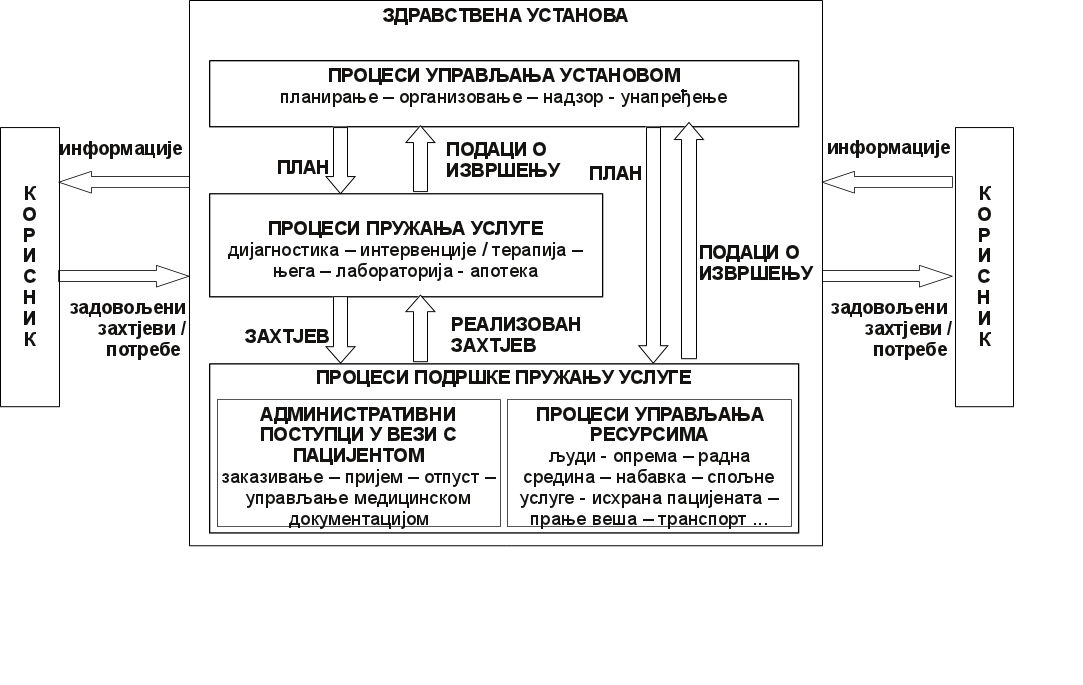
Због тежње да стандарди ове друге групе носе универзални карактер како би могли бити примијењени у болницама различитих категорија, величине и унутрашње организације, тим је одлучио да не развија стандарде који би се тицали свих медицинских специјалности, већ да се усмјери на оне који се морају примијенити у свим болницама (или барем у већини њих). Стога комплет стандарда не садржи специфичне захтјеве (на примјер) за урологију, нефрологију, гастроентерологију, или абдоминалну хирургију. Умјесто тога, дефинисани су стандарди за оне медицинске области које постоје у већини болница (интерна медицина, хирургија, педијатрија, гинекологија и акушерство); области које их подржавају, а такође постоје у већини болница (операционе сале, анестезиологија, интензивна њега, неурологија, радиологија, лабораторија и апотека); област гдје се у посљедње вријеме биљежи знатан раст броја обољелих (онкологија); те област која је уређена посебним законима (психијатрија).

На овај начин обезбијеђено је да у процес сертификације буду укључене све болнице у Републици Српској. Такође је обезбијеђено да ниједно одјељење у болници не буде искључено из процеса примјене стандарда, јер се свако од њих може сврстати или у интерну медицину, или у хирургију, или у службе за подршку.

Приликом разматрања питања квалитета и сигурности у здравству данас се најчешће примјењује Донабедијанов[[7]](#footnote-7) модел *структура-процес-исход* који јеискоришћен и код развоја стандарда за сертификацију. Сагласно њему, исходи лијечења и његе пресудно зависе од **структуре** која постоји у установи, а коју чине инфраструктура, опрема, особље,те расподјела надлежности и задужења, и **процеса,** односно начина на који организација функционише. Стога се стандарди усмјеравају на све елементе структуре и на неке елементе процеса који доприносе сигурности здравствене заштите. На примјер, стандарди садрже захтјеве који се тичу обезбјеђења неопходних ресурса или сигурности функционисања опреме, а такође садрже захтјеве у погледу радњи које особље мора да предузме да смањи вјероватноћу грешке током лијечења (један примјер је употреба чек-листе за безбједну хирургију). Наравно, стандарди не садрже захтјеве у погледу третмана појединих стања или обољења, пошто су они описани у клиничким смјерницама, путевима његе, протоколима лијечења, или су дио општих медицинских знања.

Поред Донабедијановог модела, код израде стандарда коришћен је и процесни приступ[[8]](#footnote-8), приказан на сл. 2. и модел континуираног унапређења, познат под називом „циклус PDSA[[9]](#footnote-9)“. Стога се у стандардима на више мјеста захтијева да установа мора да планира свој рад, да прати показатеље квалитета и на основу њих дефинише и спроводи мјере побољшања.

Кључни проблем код израде стандарда састоји се у одабиру подручја за која се дефинишу захтјеви. Извор зависи од погледа заинтересованих страна на организацију, односно од тога, шта пацијенти, здравствени радници и сарадници, институције здравственог система и друштво у цјелини очекују од здравствене установе. Како показује пракса других земаља, очекивања заинтересованих страна мијењају се током времена. Регулаторна тијела обично почињу од дефинисања базичних стандарда којима се осигурава да се пацијенту не нанесе штета за вријеме лијечења и боравка у здравственој установи, да би се потом пажња усмјерила на поступке за континуирано унапређење клиничких резултата. Такав приступ искоришћен је и код развоја стандарда које садржи овај водич. За прво издање пажња је усмјерена на подручја, приказана на сл. 3. Даљим развојем здравственог система и након што болнице примијене ову верзију стандарда престаће потреба за једним бројем захтјева (на примјер, очекује се да сви захтјеви који се односе на управљање медицинском документацијом буду ријешени током реализације стратегије еЗдравства), али ће се сигурно појавити потреба за новим. Поред овога, јачањем професионалних удружења здравствених радника престаће потреба да се неки захтјеви дефинишу кроз стандарде. Умјесто тога, они ће постати дио кодекса добре праксе, које треба да доносе та удружења. То се, на примјер, односи на стандарде у области лабораторијских испитивања или сестринства.



*Слика 2 – Модел процеса који се одвијају у здравственој установи*

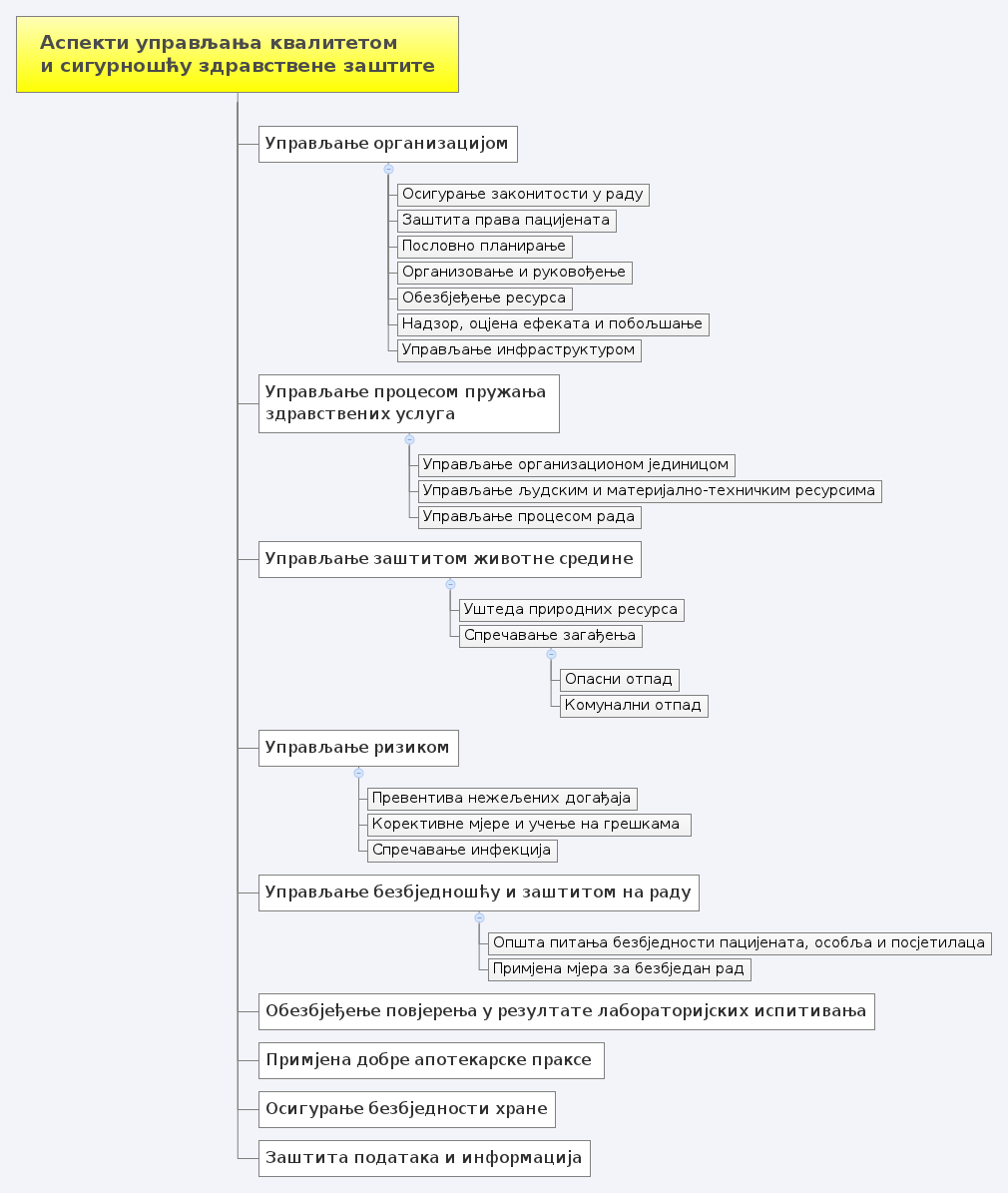
У циљу одржавања сталне ажурности, стандарди ће редовно бити преиспитивани и унапређивани, по истом поступку као и код израде првог издања.

* 1. **Поступак припреме за сертификацију**

Установа, која се припрема за сертификацију, мора да спроведе низ организационих и техничких мјера којима се поступци рада у установи усклађују са стандардима и обезбјеђују докази о задовољењу захтјева. Имајући у виду да се сертификат односи на цијелу установу, односно да сертификација појединих одјељења није могућа (видјети *Правилник о поступку сертификације здравствене установе и садржају регистра сертификованих установа*), то значи да је усклађивање са стандардима задатак сваког руководиоца у установи.

Припрема за сертификацију сложен је пројекат који треба да се реализује плански и под вођством стручног мултидисциплинарног тима. Међутим, примарну одговорност за реализацију пројекта носи директор установе, јер су у стандарде уграђени сљедећи принципи:

* квалитет почиње од руководства,
* принципи пружања сигурних и квалитетних услуга прво се дефинишу на нивоу управе установе, а тек потом се реализују на нивоу клинике, одељења, или службе,
* за сигурност и квалитет на свим нивоима управљања прво је задужен руководилац организационе јединице, потом сви остали запослени.



*Слика 3 – Аспекти управљања квалитетом и сигурношћу у здравственој организацији*

Процес сертификације почиње оцјењивањем постојећег стања од стране независног тима експерата, који треба да процијени у којем је степену установа задовољила захтјеве стандарда[[10]](#footnote-10). Пошто се оцјењивање заснива на провјери објективних доказа, може се рећи да се припрема за сертификацију заправо своди на обезбјеђење доказа да су стандарди задовољени. Ово је врло сложен посао јер установа мора обезбиједити доказе[[11]](#footnote-11) да је стандард једнако задовољен у свим организационим цјелинама на које се односи[[12]](#footnote-12).

Оптималан редослијед активности које установа треба да слиједи је сљедећи:

1. Одређивање лица, одговорног за реализацију свих активности у вези с припремом за сертификацију (именовање вође пројекта),
2. Именовање пројектног тима,
3. Проучавање стандарда од стране тима и спровођење самооцјењивања,
4. Израда плана рада на примјени стандарда,
5. Обавјештавање свих укључених лица,
6. Координација и реализација планираних активности,
7. Поновно самооцјењивање и потврђивање да су планиране мјере реализоване,
8. Пријем тима оцјењивача,
9. (до наредног оцјењивања) Одржавање сертификације.

Приликом одлучивања ко ће бити вођа тима мора се имати у виду да то треба да буде лице довољно високо у хијерархији руковођења, односно лице које има право да издаје извршне налоге. Погодно је да то буде помоћник директора за медицинска питања, а у мањим установама тај задатак може да преузме директор лично. Остатак пројектног тима треба да чине други помоћници директора, начелници клиника, одјељења и служби, те координатори квалитета.

Први корак који тим треба да предузме је идентификација који се стандарди односе на коју организациону јединицу. Раније је речено да нема ниједног дијела организације који може бити изузет од оцјењивања, али треба утврдити ко треба за задовољи који стандард. Општи принцип је сљедећи:

* све клиничке службе треба да задовоље захтјеве стандарда Групе 1: *Управљање установом,*
* поред тога, клиничке службе треба да задовоље најмање још опште интернистичке, или опште хируршке стандарде, те стандарде који се односе на рад амбуланти,
* поједине хируршке и интернистичке дисциплине треба да задовоље још и стандарде који се на њих односе,
* службе лабораторије, радиологије и апотеке треба да задовоље стандарде Групе 1 и стандарде, који се односе на те службе
* немедицинске службе треба да задовоље стандарде Групе 1.

Матрица, приказана у Прилогу 1 , може да помогне у одређивању која служба треба да задовољи који стандард.

Руководиоци одјељења треба да спроведу самооцјењивање максимално објективно и по сљедећем поступку:

* Прочитати и разумјети захтјев,
* Прочитати како ће се стандард оцјењивати и шта се прихвата као доказ да је стандард задовољен (шта је критеријум за оцјену нађеног стања),
* Утврдити гдје постојеће стање одступа од стандарда и/или гдје не постоје докази о задовољењу захтјева.

Додатне информације о поступку самооцјењивања, заједно с критеријумима за оцјену задовољења појединих стандарда могу се наћи у *Упутству за спровођење самооцјењивања*  ([www.askva.org](http://www.askva.org) )

Послије самооцјењивања тим треба да припреми план активности на припреми за сертификацију (примјер плана дат је у Прилогу 2) и треба да га реализује у планираним роковима. Пресудно је важно да највише руководство установе у правилним периодима времена стиче непосредан увид у реализоване активности и проблеме, који ометају реализацију.

* 1. **Литература**
* Закон о здравственој заштити (СГ РС 106/09)
* Правилник о поступку сертификације здравствене установе и садржају регистра сертификованих установа (СГ РС 20/12)
* „ISQua’s International Principles for Healthcare Standards – Third Edition“, www. isqua.org
* International Essentials of Healthcare Quality and Patient Safety: A Framework for Risk Reduction and Quality Improvement, Joint Commission International, 2010, <http://www.jointcommissioninternational.org/33380/>,
* ISO 9000:2005 – Quality Management Systems – Fundamentals and Vocabulary
* ISO 9001:2008 – Quality Management Systems – Requirements
* *Akreditacijski standardi za bolnice*, Verzija 4.2, Sarajevo, 2010. AKAZ – Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH
* Стандарди за акредитацију здравствених установа секундардног и терцијарног нивоа здравствене заштите, 2011, Агенција за акредитацију здравствених установа Србије, <http://www.azus.gov.rs/wp-content/uploads/2009/12/Standardi-sekundarni-i-tercijarni-nivo.pdf>
* Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition, 2010, <http://www.jointcommissioninternational.org/>
* Manuel de certication des établismant de santé, 2011, Haute Authorité de Santé, France
* National Hospital Accreditation Standards, 2011, Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions, Kingdom of Saudi Arabia

1. Један такав важан пројекат у оквиру којег су постављене основе система акредитације тимова породичне медицине, био је пројекат «*Основно здравство*» који је финансирала Свјетска банка [↑](#footnote-ref-1)
2. Усвојена у јулу 2007. године [↑](#footnote-ref-2)
3. Усвојена *2008. године* [↑](#footnote-ref-3)
4. На примјер - Викторија Цуцић*: Терминолошки речник квалитета у здравственој заштити*, Медицински факултет Универзитета у Београду, 2000. ), [↑](#footnote-ref-4)
5. Неки од термина преузети су из међународних стандарда без измјена, али је у већини случајева оригинални текст морао бити измијењен или допуњен ради повећања разумљивости. [↑](#footnote-ref-5)
6. Видjети „IS*Qua’s International Principles for Healthcare Standards – Third Edition“, www. isqua.org* [↑](#footnote-ref-6)
7. Avedis Donabedian: *Introduction to quality assurance in healthcare,* 2003, Oxford University Press [↑](#footnote-ref-7)
8. Процесни модел описан је у стандарду ISO 9000 – *Општи појмови и рјечник* [↑](#footnote-ref-8)
9. Видјети на примјер *Introduction to Continuous Quality Improvement Techniques for Healthcare Process Improvement,* www.statit.com/services/CQIOverview.pdf [↑](#footnote-ref-9)
10. Детаљи процеса сертификације описани су у *Правилнику о поступку сертификације здравствене установе и садржају регистра сертификованих установа* [↑](#footnote-ref-10)
11. Докази су документи који прописују начин рада, записи о обављеним активностима, саопштења запослених и пацијената, објективно стање (утврђено посматрањем или провјером рада опреме). Тамо гдје стандарди то захтијевају, докази морају бити документовани. [↑](#footnote-ref-11)
12. Сложеност овога задатака произилази из чињенице да се провјера обавља на узорку – ако стандард није задовољен у неком дијелу установе који буде обухваћен планом провјере, неважно је што је он можда задовољен у свим другим дијеловима установе. [↑](#footnote-ref-12)