

Садржај

Садржај.....	1
ПРЕГЛЕД КОРИШЋЕНИХ СКРАЋЕНИЦА И СТРАНИХ РЕЧИ.....	3
1. УВОД.....	4
2. УЛОГА И ДЕЛАТНОСТ ДОМА ЗДРАВЉА (ДЗ).....	6
3. СТАНДАРДИЗОВАНИ СИСТЕМИ МЕНАЏМЕНТА (SM).....	9
3.1 Систем менаџмента квалитетом (QMS).....	11
3.2 Систем менаџмента заштите животне средине (EMS).....	12
3.3 Систем менаџмента заштите здравља и безбедности на раду (OHSAS).....	14
3.4 Стандард ISO 13485.....	15
3.5 Стандард ISO 17025.....	16
3.6 Остали SM.....	18
4. ИНТЕГРИСАНИ СИСТЕМИ МЕНАЏМЕНТА (IMS).....	20
4.1 Спецификација PAS 99:2006	20
4.1.1 Опште одреднице.....	20
4.1.2 Заједнички захтеви.....	22
4.1.3 Предности примене PAS 99.....	24
4.2 Стандард AS/NZS 4581.....	24
4.3 Стандард DS 8001:2005.....	27
4.4 ISO guide 72:2001.....	29
4.5 Карактеристични модели интеграције.....	30
4.5.1 Wilkinson-Dale модел.....	30
4.5.2 Модел Карапетровића.....	32
4.5.3 Brewer-Nash модел.....	35
4.5.4 Процесни модел- основа за IMS.....	36
4.6 Методе и приступи интеграције.....	38
5. КВАЛИТЕТ, IMS И ДОМ ЗДРАВЉА.....	42
5.1 Тумачења и приступи развоја квалитета здравствене услуге и IMS-а у свету.....	42
5.2 Улога IWA 1.....	44
5.3 Неопходност увођења SM у здравству и ДЗ.....	47
5.4 Дефинисање основне структуре IMS.....	50
5.5 Захтеви заинтересованих страна.....	51
6. ИНТЕГРАЦИЈА QMS, EMS и OHSAS У ДЗ КРАГУЈЕВАЦ.....	53
6.1 ДЗ Крагујевац.....	53
6.2 Фазе пројекта.....	54
6.3 Анализа организационе структуре.....	55
6.4 Утврђивање мреже процеса, метрике и циљева.....	57
6.5 Ниво спремности ДЗ за примену IMS.....	61
6.6 Општи захтеви и примена процесног приступа.....	62
6.7 Захтеви који се односе на документацију.....	64
6.8 Одговорност руководства.....	66
Обавезе и деловање руководства.....	66
Усредсређеност на корисника (пацијента).....	67
Политика IMS.....	67
Планирање.....	68
Циљеви IMS-а.....	68
Планирање IMS-а.....	68
Постављање општих/ посебних циљева и програма.....	69

Одговорност, овлашћења и комуницирање.....	70
Одговорности и овлашћења.....	70
Представник руководства за IMS.....	71
Интерно комуницирање.....	71
Преиспитивање од стране руководства.....	72
6.9 Менаџмент ресурсима.....	73
Обезбеђивање ресурса.....	73
Менаџмент људским ресурсима.....	73
Опште одредбе.....	73
Компетентност, обука и свет.....	73
Менаџмент инфраструктуром.....	74
Радна средина.....	75
6.10 Процеси реализације.....	78
Планирање пословања.....	78
Процеси који се односе на кориснике/пацијенте.....	80
Анализа и потврђивање захтева-потреба пацијената.....	80
Комуницирање са пацијентима/корисницима.....	81
Пројектовање и развој.....	83
Процес набавке.....	83
Здравствене услуге.....	84
ПРИЈЕМ И ТРИЈАЖА.....	85
УСЛУГЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	86
УСЛУГЕ СПОРТСКЕ МЕДИЦИНЕ.....	87
ЛАБОРАТОРИЈСКА ДИЈАГНОСТИКА.....	90
Валидација процеса пружања услуга.....	94
Идентификација и следљивост.....	94
Имовина корисника/пацијената.....	94
Очување производа/услуга.....	94
Управљање опремом за мерење и праћење.....	95
6.11 Мерење, анализа и побољшавања.....	100
Праћење и мерење.....	101
Задовољство пацијента.....	101
Интерне провере.....	102
Праћење и мерење перформанси процеса.....	103
Праћење и мерење карактеристика услуга.....	103
Праћење и мерење утицаја на животну и радну средину.....	103
Вредновање усаглашености.....	104
Управљање неусаглашеностима.....	104
Реаговање у ванредним ситуацијама.....	104
Анализа података.....	104
Побољшавање.....	105
6.12 Поређење захтева OHSAS 18001, ISO 14001:2004 и ISO 9001:2008.....	107
6.13 Приказ изабраних процедура IMS-а.....	107
7.ЗАКЉУЧАК.....	127
Литература.....	132

ПРЕГЛЕД КОРИШЋЕНИХ СКРАЋЕНИЦА И СТРАНИХ РЕЧИ

AS/NZS	енглески	Аустралијски и новозеландски стандард
Benchmarking	енглески	Поређење са најбољим
DIMS	енглески	<i>Documentation Integrated Management System</i> – Документа интегрисаног система менаџмента
DS	енглески	<i>Dansk Standard</i> – Дански стандард
EFQM	енглески	<i>European Foundation for Quality Management</i> – Европска фондација за менаџмент квалитетом
EMS	енглески	<i>Environmental Managemet System</i> – Систем менаџмента заштитом животне средине
ИКТ	српски	Информационе и комуникационе технологије
IMS	енглески	<i>Integrated Management Systems</i> – Интегрисани системи менаџмента
ISO	енглески	<i>Integrated Standard Organization</i> – Међународна организација за стандардизацију
MS	енглески	<i>Management Systems</i> – Систем менаџмента
MSS	енглески	<i>Management Systems Standards</i> – Стандардизовани системи менаџмента
OHSAS	енглески	<i>Occupational Health and Safety System</i> – Систем менаџмента заштитом здравља и безбедности на раду
PAS	енглески	<i>Publicly Available Specifications</i> – Спецификација доступна јавности
PDCA	енглески	Циклус (<i>Plan – Do – Check – Act</i>) – планирај – уради – провери – провери - делуј (унапреду)
QMS	енглески	<i>Quality Managemet System</i> – Систем менаџмента квалитетом
TQM	енглески	<i>Total Quality Managemet</i> – Тотални менаџмент квалитетом

1. УВОД

Предмет истраживања мастер рада су стандардизовани системи менаџмента, начини њиховог развоја и интеграције, поступак и очекивани резултати имплементације у Домовима Здравља (ДЗ), на примеру ДЗ Крагујевац.

Промене у окружењу су константне, како у екстерном тако и у интерном, зато организације подлежу сталним проналажењем решења проблема у прилагођавању потребама екстерног окружења и прилагођавање својих пословних процеса унутар система, организације којом руководе.

Један од важнијих захтева које организација треба да задовољи односи се на квалитет производа/услуга, самим тим и задовољење корисника, као и заштита животне и радне средине. Промене које делују на живот, раст и развој организационог пословног система у највећој мери су улази (инпут-и) и потребе корисника. Тако да организација у сваком моменту мора да иде у корак са потребама корисника, ако не и један испред да би опстала на тржишту и задовољила потребе корисника за квалитетом што јој даје могућност за даље пословање. Развојем технологије, побољшање животног стандарда, самим тим и продужењем људског животног века, корисници се окрећу квалитету. Тако са сигурношћу можемо рећи да је квалитет услуга главни интерес организације.

Да би организација остварила висок ниво квалитета својих производа/услуга неопходно је да унутар своје организације подигне висок ниво квалитета свога рада и процеса који обавља, у супротном неће бити квалитетног излаза материјалног производа или пружених услуга.

Потреба за пружањем здравствених услуга високог нивоа квалитета, нарочито је порасла последњих година. Разлог томе је нови концепт квалитета живота (Quality of life), акредитацијски стандарди Министарства здравља и »оживљавање и развој« разноресне приватне здравствене делатности.

Интеграција различитих система менаџмента према стандардима ISO 9001 – Систем менаџмента квалитетом (QMS), ISO 14001- Систем менаџмента заштитом животне средине (EMS), OHSAS ISO 18001 – Систем менаџмента заштите здравља запослених и безбедност на раду (OHSAS), постаје неминовност за организацију, а таквих здравствених организација је све више. Једна група тих организација су и Домови Здравља (ДЗ).

У овом раду приказује се увођење и интеграција QMS-а, EMS-а, OHSAS-а у установама ДЗ на примеру ДЗ Крагујевац.

Због тога је истраживање усмерено на ова три система менаџмента.

Предмет истраживања је анализа и развој новог приступа у области интегрисаних система менаџмента (IMS), са аспекта њихове структуре, основе за интеграцију и анализе резултата примене који треба да укажу на карактеристике, разлоге, користи и проблеме примене у ДЗ.

Циљ рада је да се кроз спроведена истраживања утврде начини, методологија, потребна документација и ефекти успостављања IMS-а у ДЗ.

У циљу што адекватније реализације овог проблема, тј. овако дефинисаног истраживачког задатка коришћене су савремене менаџерске методе и технике и то пре свега Анкетирање, Benchmarking, Моделирање процеса, Системски приступ, Теорија организацијског структурирања, анализа досадашњих истраживања, као и статистичке и динамичке методе и комплементарне технике инжењерства и менаџмента квалитета и IMS-а.

У првом поглављу (тачки 1) дата су уводна разматрања, предмет, циљ истраживања овог рада као и структура рада.

У другом поглављу приказане су карактеристике ДЗ, са аспекта улоге, одговорности у примарној задржавственој заштити и регулативе.

У трећем поглављу је дат преглед и структура стандардизованих система менаџмента. Представљена су основна одређења за најширије примењиване стандардизоване системе менаџмента, код нас и у свету: QMS, EMS, OHSAS, ISO 13485 и ISO 17025.

Структура докумената стандардизације интегрисаних система менаџмента наведена је у *поглављу четири*. Ово поглавље садржи карактеристике и структуру најширије примењиваних модела интеграције IMS-а.

Поглавље пет даје приказ садашњег стања IMS у ДЗ, структуру IMS-а и захтеве заинтересованих страна.

Дефинисање структуре тј. Опис IMS-а (QMS, EMS и OHSAS) пратећи форму Пословника,а дато је у *поглављу - тачки 6*. Тачка 6 садржи преглед процедура. Даје се и селектирани приказ за изабране процедуре.

У поглављу седам дати су закључци изведени из овог рада, представљени резултати и правци даљег истраживања.

На крају је дат списак коришћене литературе.

2. УЛОГА И ДЕЛАТНОСТ ДОМА ЗДРАВЉА (ДЗ)

Дефинисање примарне здравствене заштите није нимало лак задатак. Покушај да се дође до дефиниције примарне здравствене заштите у САД-у је довео до израде ни мање ни више него 92 дефиниције. Такође, дефиниције примарне здравствене заштите у Европи разликују се од државе до државе.

У Декларацији из Алма Ате из 1978 године (СЗО и УНИЦЕФ) примарна здравствена заштита се дефинише као "Есенцијана здравствена заштита, заснована на практичним, научно исправним и друштвено прихватљивим методама и технологијама, опште приступачна појединцима и породицама у заједници уз њихово пуно учешће, по цени коју та заједница и земља могу да поднесу у свакој фази њиховог развоја, у духу ослањања на сопствене могућност и самоодлучивања. Она истовремено представља интегрални дио здравственог система земље, чија је централна функција и главно жариште свеукупног социјалног и економског развоја заједнице. Она је први ниво контакта појединца, породице и заједнице са националним здравственим системом, приближавајући здравствену заштиту што је могуће више месту где људи живе и раде, конституишући први елемент у континуираном процесу здравствене заштите".

Оригинални принципи примарне здравствене заштите, који су прво описани у Декларацији из Алма Ате 1978. године и даље имају вредност и примењиви су на проблеме са којима се суочавају заједнице и здравствени системи у 21 столећу.

Министарство здравља Р.Србије прихватило је те изворне принципе и они још увек представљају основу делотворне примарне здравствене заштите:

- универзална доступност примарној здравственој заштити и делотворна покривеност на бази потреба становништва;
- правичност/једнакост у здрављу као део развоја друштва оријентисаног ка социјалној правди;
- учешће заједнице у креирању и спровођењу здравствених планова и активности;
- мултисекторски приступ примарној здравственој заштити.

Примарна здравствена заштита дефинисана у Алма Ати поставила је веома високе стандарде здравствене заштите, што је водило различитим променама и модификацијама од њене оригиналне идеје и резултирало развојем примарне здравствене заштите познате као " селективна примарна здравствена заштита".

Кључни институционални механизам за пружање услуга примарне здравствене заштите у Србији данас представља мрежа од **157 ДОМОВА ЗДРАВЉА**, њихови огранци, здравствене станице и амбуланте, као и заводи за здравствену заштиту и апотеке. Практично сви градови и општине у Србији имају своје **домове здравља** (центри за ПЗЗ са дијагностичким услугама, специјалистичко-консултативним службама, изабраним докторима...). Неки домови здравља имају широку мрежу амбуланти и здравствених станица (мале станице за пружање услуга у ПЗЗ које су раширене по општинама и градовима, како би ниле ближе насељеним местима). Ту су још и јавне и приватне апотеке и приватне установе које пружају услуге у ПЗЗ.

Поред ових установа, у Београду, Новом саду, Нишу, Крагујевцу равноправно са овим установама у ПЗЗ функционишу заводи за здравствену заштиту.

Здравствена делатност на примарном нивоу здравствене заштите, према члану 88. Закона о здравственој заштити, укључује следеће активности [20]:

1. заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење и рехабилитацију болесних и повређених;
2. превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику обољевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите;
3. здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља;
4. спречавање, рано откривање и контролу малигних болести;
5. спречавање, рано откривање и лечење болести уста и зуба;
6. патронажне посете, лечење и рехабилитацију у кући;
7. спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалног старања;
8. хитну медицинску помоћ и санитетски превоз;
9. фармацеутску здравствену делатност;
10. рехабилитацију деце и омладине са сметњама у телесном и душевном развоју;
11. заштиту менталног здравља;
12. палијативно збрињавање;
13. друге послове утврђене законом.

У истом члану Закона се наводи да у обављању здравствене делатности на примарном нивоу, здравствене установе остварују сарадњу са другим здравственим, социјалним, образовним и другим установама и организацијама за припремање и извођење програма за очување и унапређење здравља.

Минимум услуга које би требало да пружају **домови здравља** су:

- превентивне здравствене услуге,
- хитна медицинска помоћ,
- општа медицина,
- здравствена заштита деце и жена,
- кућна нега и лечење,
- лабораторијске услуге и остала основна дијагностика.

Свакако да је најважнији правни акт донет на нивоу Републике Србије, који начелно обрађује здравствену проблематику Устав Републике Србије. Овај документ као приоритет поставља побошање приступачности здравствених услуга, односно утврђује да је право сваког грађанина да заштити свој физички и психички интегритет, при чему се посебно указује на потребу бриге о здрављу за децу, труднице, мајке током породичног одсуства, самохране родитеље са децом до седме године и старе.

Најважнија полазна документа, која се баве искључиво питањем здравља донета на нивоу Републике Србије, а која представљају полазни основ за доношење Стратегије развоја примарне здравствене заштите града су: Здравствена политика,

Визија система здравствене заштите у Србији и Стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији", документа из периода 2002-2003.година, која истичу значај примарне здравствене заштите и износе јасно опредељење Министарства здравља РС да ради на јачању система примарне здравствене заштите.

Документ "Здравствена политика" исказује јасно опредељење Министарства здравља РС за спровођењем реформе здравственог система.

Примарну здравствену заштиту документ дефинише као основу система здравствене заштите, која ће бити заснована на изабраном лекару примарне здравствене заштите и његовом тиму.

Акредитацијски стандарди Министарства Здравља могу се поделити у три категорије [46]:

∞ **Стандарди у вези са лечењем пацијента**

Ови стандарди су сачињени да прате процес лечења пацијента од момента пријема у установу, преко процене, планирања и спровођења лечења, до отпуста пацијента. Обезбеђени су стандарди за операционе сале, службу ургентне медицине и одељења интензивне неге (везано за болнице), службе за здравствену заштиту: одраслог становништва (општа медицина), жена (гинекологија), деце и омладине (педијатрија), специјалистичкоконсултативну службу и службу поливалентне патронаже. Обезбеђени стандарди за **Опште одреднице** могу се применити у сваком одељењу које се бави лечењем пацијената. Ово поглавље се у будућности може проширити, како би уз поштовање специфичности, нашло примену у другим службама/одељењима у болници.

∞ **Стандарди рада пратећих служби**

Пратеће службе су службе у оквиру здравствене установе које помажу (прате) процес спровођења лечења. Стандарди клиничке подршке који се односе на рад лабораторије, апотеке и радиолошке дијагностике. Сачињена су три поглавља у вези са неклиничким пратећим службама: животна средина (укључујући контролу ширења инфекција, управљање медицинским отпадом, масовне несреће и акцидентне ситуације, централну стерилизацију и безбедно коришћење опреме, материјала, медицинских уређаја и простора), управљање информацијама и људски ресурси. На основу приоритета у вези са развојем и концентрисањем, овим стандардима су обухваћене само поједине области.

∞ **Руковођење**

Ови стандарди се односе на руковођење здравственом установом. Састављена су поглавља за управљање и руковођење. Стандарди едукације намењени су установама које имају и образовну улогу.

Анализирајући претходну поделу, констатује се повезаност са поделом процеса у QMS-у, на основне (главне) процесе, процесе подршке и менаџмент.

3. СТАНДАРДИЗОВАНИ СИСТЕМИ МЕНАЏМЕНТА (SM)

Систем менаџмента квалитетом датира из двадесетих година прошлог века, а односи се на стандарде за муницију у В. Британији. Овај стандард је коришћен за унапређење димензија и других карактеристика квалитета муниције. Први систем менаџмента квалитетом, по америчкој литератури везује се за америчку ратну морнарицу у касним педесетим годинама прошлог века. Тада је адмирал Нумен Rickover, анализирао узроке грешака, дефеката и других проблема у вези са испоруком за америчку армију и установио 18 кључних узрока, који обухватају:

- неадекватне материјале,
- неодговарајуће димензије делова,
- немогућност склапања делова од различитих испоручиоца,
- грешке у раду машина,
- недовољна и неадекватна контрола квалитета,
- сталност производа,
- нема корективних мера итд.

Полазећи од ових и других теоријских и практичних доприноса, развијали су се стандарди менаџмента квалитетом следећом динамиком:

- BSI (British Standards Institution) је издала водич за обезбеђење квалитета BS 4891:1972 да би 1979. године такође, издала серију стандарда BS 5750 за интерни менаџмент и екстерно обезбеђење квалитета.

- Приближно у исто време ANSI (American National Standards Institute) је издао серију стандарда ANSI 90, која је развијена за војну, аутомобилску, текстилну и остале индустрије.

- 1981. године DTI (Department of Trade and Industry) формирао је комитет FOCUS који је испитао области у којима стандардизација може помоћи конкурентности британске индустрије.

- следећи ову идеју, ISO (International Organisation for Standardisation) је формирала Study Group 1983. године у циљу израде скупа међународних стандарда менаџмента квалитетом.

- 1987. године на основу BS 5750:1979 ISO организација је издала серију стандарда ISO 9000, на основу које је BSI ревидирала BS 5750 и издала га 1987. године као стандард за системе менаџмента квалитетом. Исте године је овај стандард усвојен као европски стандард и без измена одштампан као EN 9000:1987. године.

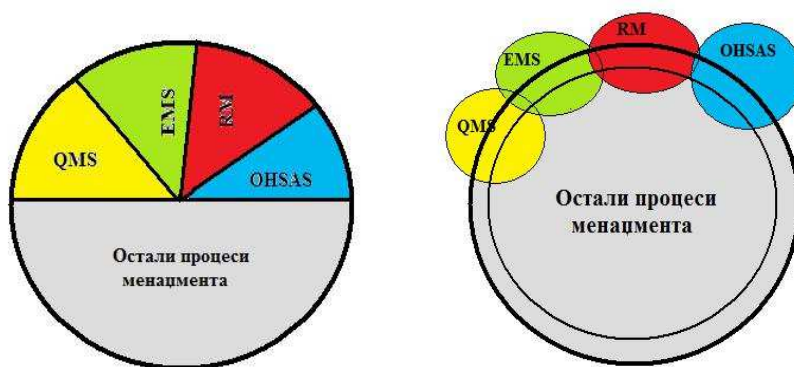
- 1994. године извршена је ревизија стандарда ISO 9000.

- 2000. године извршена је " велика ревизија " стандарда.

- 2008. године извршен је даљи развој серије стандарда ISO 9000 у области интеграције са осталим менаџмент системима.

У последње време расте брига јавности за здраву животну средину, безбедност на раду, здраву храну, безбедне индустријске производе. И мада та брига није још достигла жељени ниво, ипак је стање такво да се о примени закона

и стандарда у поменутих областима све више говори. Такође, расте интерес државе да уреди та подручја и подржи примену међународно прихваћених стандарда, на пример стандарда ISO 14000 и смерница HACCP. Предузећа се тако налазе пред новим проблемима – како применити све те прописе и стандарде и где наћи новац када је примена само једног стандарда -ISO 9001- била скупа. Када екстерни притисак порасте логично је да се застане, да предузеће преиспита одакле све притисак долази, шта све треба да урадити да се тај притисак и евентуалне негативне последице смање, колико све то заједно кошта. Али, консултанци и оцењивачи су по обичају били бржи од привреде- једнако као што је последњих година пропагирана сертификација према стандарду ISO 9001, сада се пропагира сертификација према ISO 14001, OHSAS 18001 итд. Ови процеси могу бити део процеса менаџмента или могу бити системи који у већој или мањој мери подржавају процесе менаџмента. (Слика 1а и 1б.). То је приказано преко система за: менаџмент квалитетом, менаџмент заштитом животне средине, менаџмент ризиком и менаџмент безбедношћу и заштите здравља.



Слика 1а и 1б. Структура система менаџмента [3]

Пошто је количина стандарда и цена њихове примене надмашила могућности предузећа, на сцену су ступили интегрисани системи менаџмента. Под тиме се најчешће подразумева систем у којем су истовремено задовољени захтеви различитих спецификација, као при ISO 9001, ISO 14001 и OHSAS 18001. Тако да број стандарда може неограничено да расте, а предузеће и даље има само један систем менаџмента у који сви ти стандарди треба да буду уклопљени. Најважније је да се утврди значење појма "интегрисани систем менаџмента". Шта се интегрише - које се компоненте спајају и шта се тим спајањем добија. Одговор на ово питање једноставан је - интегришу се захтеви који се постављају пред организацију и који потичу не из стандарда, већ пре свега из живота, из потребе да предузеће опстане на тржишту и да се даље развија на корист свих интересних страна. Ако се тако приђе, онда су поменута три стандарда само мали подскуп онога што организацији треба. Тако, интегрисани захтеви постају улазна спецификација за уређење пословног система, који онда може да задовољи било које оцењивање и било коју инспекцију. [13]

3.1 Систем менаџмента квалитетом (QMS)

Овај међународни стандард могу користити интерне или екстерне заинтересоване стране, укључујући сертификациона тела, за оцењивање способности организације да испуњава захтеве корисника, захтеве закона и прописа примењивих на производ и захтеве саме организације. Овај међународни стандард подстиче усвајање процесног приступа када се развија, примењује и побољшава ефективност система менаџмента квалитетом, ради повећања задовољења корисника испуњавањем његових захтева.

Да би једна организација ефективно функционисала, она мора да утврди и да обавља менаџмент бројним повезаним активностима. Активност или група активности које користе ресурсе и имају менаџмент којим омогућавају трансформацију улазних елемената у излазне може се сматрати процесом. Примена система процеса унутар организације, заједно са идентификацијом и међусобним деловањем тих процеса, као и менаџмент њима да би се постигли жељени резултати, могу се схватити као "процесни приступ".

Предност процесног приступа (слика 1) је стално управљање, које се обезбеђује помоћу везе између појединачних процеса у систему процеса, као и помоћу њихове комбинације и међусобног деловања.

Праћење задовољења корисника захтева вредновање информација у вези са запажањима корисника која се односе на то да ли организација испуњава захтеве корисника. Овај модел обухвата све захтеве овог међународног стандарда, али не приказује процесе у детаљима.

Усвајање система менаџмента квалитетом треба да буде стратешка одлука организације. Процеси менаџмента у организацији, који су усмерени ка сталном унапређењу квалитета процеса и производа представљају процесе менаџмента квалитетом.



Слика 3. Модел процесног приступа (QMS) [61, 62]

3.2 Систем менаџмента заштите животне средине (EMS)

Развој нових технологија, посебно информационо-комуникационих, развој тржишта и глобалне конкуренције, као и огромна потрошња добара, условљава да потреба за заштитом животне средине није више ствар избора, већ неопходност. Повећавање количине отпада, загађење атмосфере и глобално загревање, бесомучно експлоатисање и загађивање земљишта, шума, речних токова и све већи број ишчезлих биљних и животињских врста, указују да је време за хитне активности на унапређивању животне средине.

Крајем прошлог века започете су активности на регулисању проблематике управљања заштитом животне средине и тако су се после више декларација појавили међународни стандарди серије ISO 14000, који дају основне смернице у систематском унапређивању опхођења организација према животној средини [16].

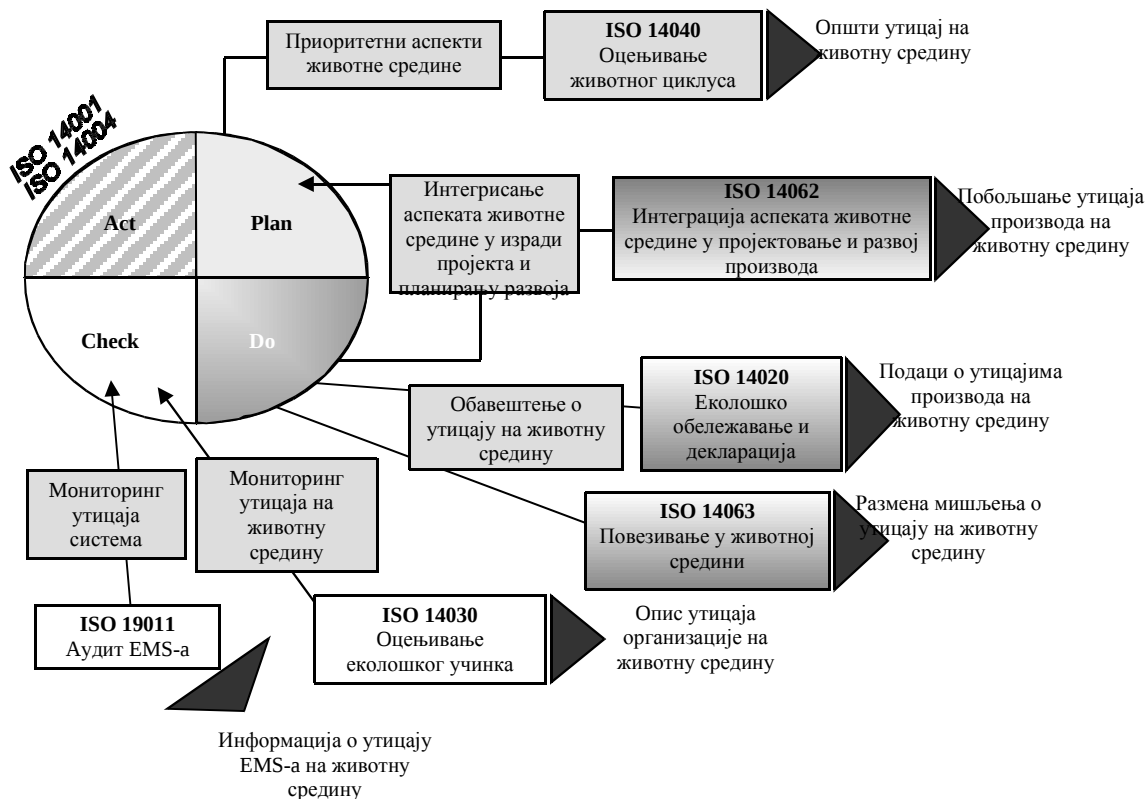
Све врсте организација се све више труде да постигну и покажу свој учинак у заштити животне средине контролисањем утицаја својих активности, производа и услуга на животну средину, у складу са својом политиком, и својим циљевима заштите животне средине. Оне тако поступају у вези са све строжијим законодавством, развојем економских и других мера које захтевају заштиту животне средине и све израженијом бригом заинтересованих страна за питања заштите животне средине и одрживи развој. Многе организације су предузеле "преиспитивања" или "провере" да би оцениле сопствени учинак заштите животне средине. Та сопствена "преиспитивања" и "провере" не значе обавезно и сигурност да ће учинак заштите животне средине те организације задовољавати законске захтеве и захтеве дефинисане њеном политиком заштите животне средине, не само у датом тренутку, већ и стално. Да би били ефективни, преиспитивања и провере треба да се обављају у оквиру структурисаног система управљања који је интегрисан у оквиру организације. Међународни стандарди за управљање заштитом животне средине имају намеру да организацијама обезбеде елементе ефективног система заштите животне средине (EMS) који се могу интегрисати са осталим управљачким захтевима како би се организацијама помогло да постигну и циљеве заштите животне средине и економске циљеве. Ове стандарде, као и друге међународне стандарде, не треба користити за стварање нецаринских трговинских баријера нити за наметање нових или измене законских обавеза организације. Овим међународним стандардом се утврђују захтеви за систем управљања заштитом животне средине који треба да омогући организацији да развије и примени политику и циљеве узимајући у обзир законске захтеве као и информације у вези са значајним аспектима животне средине. Стандард је написан тако да буде применљив за све врсте и величине организације, а може се прилагодити за различите географске, културне и друштвене услове. Основа приступа је приказана на *слици 3*. Успех система зависи од привржености на свим нивоима и функцијама, нарочито од највишег руководства. Овакав систем омогућује организацији да успостави политику заштите животне средине, да успостави циљеве и процесе којим остварује приврженост политици, да предузме мере када је потребно да унапреди свој учинак и да прикаже усаглашеност система са захтевима овог међународног стандарда. Свеобухватни циљ овог међународног стандарда је да подржи заштиту животне средине, као и превенцију загађивања које би било у

равнотежи са друштвено-економским потребама. Треба нагласити да се многим од ових захтева може истовремено приступити. Ревизија овог међународног стандарда је усмерена на разјашњавање издања из 1996. године. Узети су у обзир захтеви стандарда ISO 9001:2008 да би се остварила компатибилност ова два стандарда за добробит заједнице корисника. Постоји значајна разлика између овог међународног стандарда, који описује захтеве за систем управљања животном средином организације и може се користити за сертификацију/регистрацију и/или самодекларисање и (несертификујуће) смернице која пружа генеричку помоћ организацији у успостављању, имплементацији и унапређивању свог система управљања заштитом животне средине. Управљање заштитом животне средине обухвата читав низ питања укључујући и она од стратешког и конкурентског значаја. Организација може да покаже успешну примену овог међународног стандарда како би уверила заинтересоване стране да има уведен одговарајући систем управљања заштитом животне средине. [65]



Слика 3. Модел управљања заштитом животне средине [65]

Оно што је значајно јесте да је стандард усклађен са концепцијом одрживог развоја и да се систематским испуњењем свих постављених захтева организација добија ефикасан систем за управљање заштитом животне средине, као и додатно поверење тржишта и друштвене заједнице. Стандард је потребно не само одржавати већ и стално унапређивати, а то је могуће кроз периодично преиспитивање и вредновање уз идентификовање могућности побољшања. Наиме и у увођењу и у одржавању система, PDCA циклус представља основ па су на слици 4. приказани стандарди серије ISO 14000 који се користе код имплементације система управљања заштитом животне средине кроз 4 фазе Деминговог круга.



Слика 4. ISO 14000 кроз 4 фазе PDCA циклуса [55]

3.3 Систем менаџмента заштите здравља и безбедности на раду (OHSAS)

Заштита здравља и безбедности на раду је питање чије настајање утиче на пословање. Имплементација OHSAS система сада је законски услов у многим земљама. Систем менаџмента здравља и безбедности на раду промовише сигурну и здраву радну атмосферу. OHSAS обезбеђује оквир који дозвољава организацијама да константно идентификује и контролише здравље и безбедност, смањи могућност потенцијалних несрећа, успоставе законодавне усаглашености и побољшају укупне перформансе. OHSAS 18001 је интернационално позната спецификација система менаџмента здравља и безбедности на раду. Ова спецификација из серије за оцењивање заштите здравља и безбедности на раду даје захтеве за систем управљања заштите здравља и безбедности на раду, како би се омогућило да организација управља OHSAS ризицима и да побољша своје перформансе. Она не даје специфичне критеријуме за OHSAS перформансе, нити даје детаљне спецификације за пројектовање система управљања. [67]

Ова OHSAS спецификација је примењива за било коју организацију, која жели да:

- успостави систем OHSAS управљања, да би елиминисала или свела на минимум ризик за запослене и друге заинтересоване стране, које могу бити изложене OHSAS ризицима проистеклим из њених активности,

- примени, одржава и континуално побољшава систем OHSAS управљања,
- осигура усаглашеност са сопственом OHSAS политиком,
- демонстрира другима ову усаглашеност,
- затражи сертификацију/регистрацију свог OHSAS система управљања од стране екстерне организације или
- изврши самоодређивање и декларисање усаглашености са овом OHSAS спецификацијом.

Сви захтеви из ове OHSAS спецификације су предвиђени да се инкорпорирају у било који систем OHSAS управљања. Ниво примене ће зависити од таквих фактора као што су OHSAS политика организације, природа активности, ризици и комплексност њених операција. Ова OHSAS спецификација је у већој мери намењена заштити здравља и безбедности на раду, него безбедности производа и услуга. Интегрисани процесни приступ приказан је на *слици 5*.



Слика 5. Интегрисани процесни приступ (OHS) [54]

3.4 Стандард ISO 13485

Међународни стандард **ISO 13485:2003 Medical devices – Quality management systems – Requirements for regulatory purposes**, специфицира захтеве за систем менаџмента квалитетом које треба да испуне организације које се баве пројектовањем и развојем, производњом, инсталацијом и сервисирањем **медицинских уређаја**. Укључује све захтеве стандарда **ISO 9001**, уз допуњене захтеве специфичне за произвођаче/трговце/сервисере медицинских уређаја (дате кроз следеће тачке у **ISO 13485**: 7.1; 7.3.1; 7.3.2; 7.3.6; 7.5.1.1; 7.5.2.1; 7.5.3.1; 7.5.3.2; 7.5.3.3; 7.5.5; 7.6; 8.2.1; 8.4; 8.5.1). Посебно се наглашава важност испуњавања захтева купаца и захтева националне регулативе.

Стандард **ISO 13485: 2003 (SRPS EN ISO 13485.2004)**, поред захтева за документованим процедурама дефинисаних у **ISO 9001:2008**, додатно захтева и следеће **документоване процедуре** [64]:

1. Управљање и праћење услова радне средине,
2. Пројектовање и развој,
3. Валидација примене рачунарског софтвера за обезбеђење производње и сервисирања,
4. Идентификација производа,
5. Следљивост,
6. Управљање опремом за праћење и мерење,
7. Повратна спрега,
8. Препоруке за побољшавања.

Менаџмент ризиком, као посебно издвојен додатни захтев, кроз 7.1., захтева припрему (образовање и обуку) кадрова за спровођење процеса **менаџмента ризиком**, дефинисање критеријума за прихватљивост ризика, вредновање сваког појединачног ризика и, за ризике чија вредност није прихватљива, спровођење мера за редукацију ризика на прихватљив ниво. Прихватање ризика вишег нивоа, треба да буде само у посебној ситуацији, када се то надокнађује кроз корист.

Менаџмент ризиком, као процес, обухвата следеће подпроцесе:

- анализу ризика,
- вредновање ризика,
- управљење ризиком и
- постпроизводне информације.

Организација треба да обезбеди да се у менаџмент ризиком укључе особе са потребним знањем и искуством за извршење ових активности. Ово треба да укључи знања о медицинским производима и њиховој употреби, као и знања о техникама менаџмента ризиком.

3.5 Стандард ISO/IEC 17025:2005 (SRPS ISO/IEC 17025:2006)

Организације за добијање признања оспособљености за испитивање и/или еталонирање морају задовољити захтеве **стандарда ISO 17025** – Општи захтеви за компетентност лабораторија за испитивање и лабораторија за еталонирање.

Међународним стандардом **ISO 17025** утврђују се општи захтеви за компетентност за обављање испитивања и/или еталонирања, укључујући узорковање. Стандард обухвата испитивања и еталонирања коришћењем стандардних метода, нестандартних метода и метода развијених у лабораторији.

Стандард је применљив је на све организације које обављају испитивања и/или еталонирања. То обухвата, на пример, лабораторије прве, друге и треће стране, као и лабораторије у којима су испитивања и/или еталонирања део контролисања и сертификације производа.

Овај међународни стандард применљив је на све лабораторије без обзира на број запослених или обим делатности испитивања и/или еталонирања. Када лабораторија не обавља једну или више активности обухваћених овим међународним стандардом, као што су узорковање или пројектовање/развој нових метода, захтеви који се односе на те активности се не примењују.

Стандард је намењен лабораторијама за развој њиховог система менаџмента квалитетом, административних и техничких операција. Такође, он служи корисницима услуга лабораторија, органима управе који доносе прописе и акредитационим телима за потврђивање или признавање компетентности лабораторије.

Пораст коришћења система менаџмента уопште повећао је потребу за обезбеђењем да лабораторије које су део организације или пружају и друге услуге могу да раде у систему менаџмента квалитетом који је усклађен са **ISO 9001**, као и са овим међународним стандардом. Због тога су сви захтеви **ISO 9001** који се односе на услуге испитивања и еталонирања укључени у **систем менаџмента лабораторије**.

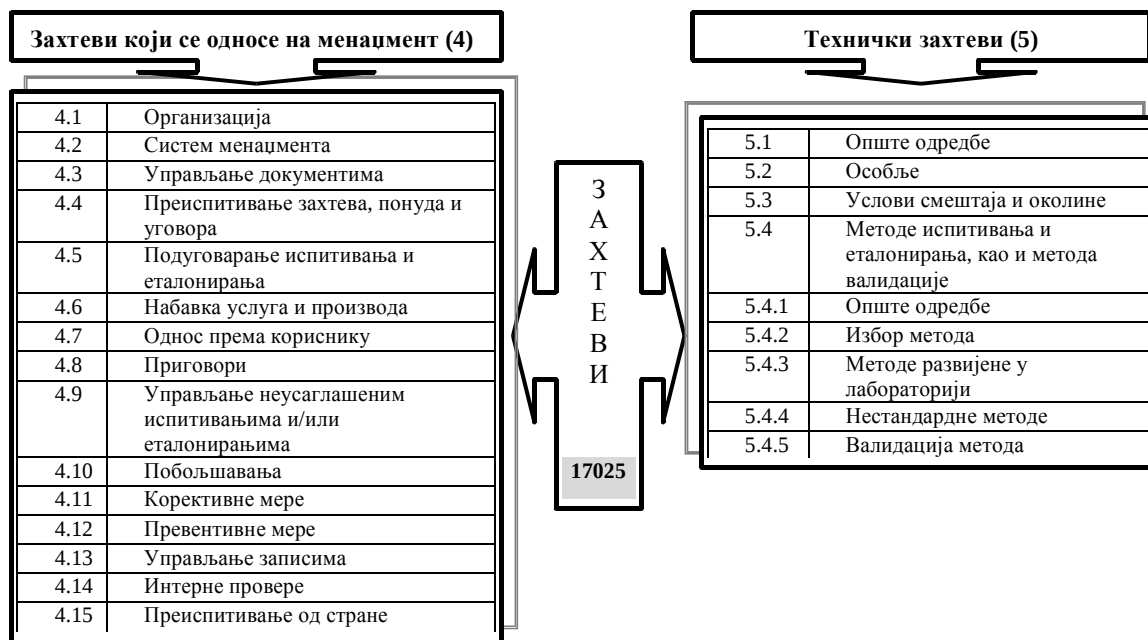
Усаглашеност система менаџмента квалитетом у оквиру којег лабораторија ради према захтевима **ISO 9001** не показује сама по себи компетентност лабораторије да пружа технички ваљане податке и резултате. С друге стране, ни доказана усаглашеност са овим међународним стандардом не подразумева усаглашеност система менаџмента квалитетом у оквиру којег лабораторија ради са свим захтевима **ISO 9001**.

Стандард **ISO 17025** користе акредитациона тела као основу за акредитацију лабораторија за испитивање и/или еталонирање. Део 4 стандарда специфицира захтеве који се односе на менаџмент, а део 5 специфицира захтеве који се односе на техничку компетентност лабораторија (слика 6).

Захтеви стандарда служе лабораторијама за управљање техничким и административним активностима, као и за њихово унапређивање (побољшање) и унапређивање начина рада у целини. Већина захтева овог стандарда, нарочито

садржаних у делу 4, обухваћени су кроз **ISO 9001**. Само део захтева у тачки 5 није обухваћен стандардом **ISO 9001**.

Лабораторија може акредитовати део својих испитивања и/или еталонирања што дефинише кроз обим акредитације.



Слика 6. Захтеви стандарда **ISO/IEC 17025** (према[66])

3.6 Остали SM

SA 8000 стандард је издат 1997. године (од стране међународне организације за социјалну одговорност, односно њеног Савета за економске приоритете) и представља први *међународни стандард из области социјалне одговорности за запослене* [54].

Међународна организација за стандардизацију (**ISO**) је током 2005. покренула поступак припреме нове серије стандарда, **ISO 26000**, о друштвеној одговорности. Радна група при **ISO-у**, **ISO/TMB/WG SR (ISO/Technical Management Board/Working group for Social Responsibility)** оформљена је са задатком да публикује нови стандард **ISO 26000**.

За разлику од бројних других **ISO** стандарда, овај међународни стандард није стандард према коме се врши сертификација. Дакле, **ISO 26000** није

сертификациони стандард, већ само препорука и помоћ организацијама (у форми упутства) како да у своје пословање уграде принципе друштвене одговорности.

У стандарду је идентификовано **7 кључних области. Управљање организацијом, Људска права, Радна пракса, Животна средина, Фер пословна пракса, Заштита потрошача, Укључивање заједнице и развој**

ISO/IEC 27001:2007 међународни стандард је припремљен да би обезбедио модел за утврђивање, спровођење, функционисање, надзор, проверу, одржавање и побољшање информационог сигурносног система менаџмента (**ISMS**). Усвајање **ISMS**-а треба да буде стратешка одлука за једну организацију. На састављање и примену једног **ISMS** утичу њихове потребе и циљеви, сигурносни захтеви, процеси који се користе и величина и структура организације. Препорука је да се примена **ISMS**-а пројектује у складу са потребама организације, нпр. једноставна ситуација захтева једноставно **ISMS** решење.

Стандард може да се користи да би се оценила усаглашеност од стране интерних и екстерних страна.

ISO/IEC 27001 стандард усваја процесни приступ за успостављање, примену, функционисање, надзор, проверу, одржавање **ISMS**-а једне организације.

За поједине услужне секторе, развијена су следећа документа [80]:

- **IWA 1:2005** - СИСТЕМ МЕНАЏМЕНТА КВАЛИТЕТОМ. УПУСТВО ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ,
- **IWA 2:2007** - Систем менаџмента квалитетом. Захтеви за примену **ISO 9001:2000** у образовању, и
- **IWA 4:2005** - Систем менаџмента квалитетом . Упуство за примену **ISO 9001:2000** у локалној управи.

4. ИНТЕГРИСАНИ СИСТЕМИ МЕНАЏМЕНТА (IMS)

Многе организације су усвојиле или усвајају званичне стандарде и/или спецификације за парцијалне системе менаџмента. Често они функционишу као независни системи. Међутим, у свим системима менаџмента постоје неки заједнички елементи којима се може управљати на интегрисан начин.

Нажалост, за сада не постоји стандард који би утврђивао захтеве за интегрисани систем менаџмента, а тешко да ће постојати и у скорој будућности. Развијени су извесни документи стандардизације (спецификације, упутства, водичи), а најширије употребљавани се наводе у наредним тачкама.

Интегрисано значи комбиновано; поставити све интерне праксе менаџмента у један систем, али не као одвојене компоненте. Да би системи били интегрални део система менаџмента (**SM**), морају бити повезани тако, да не постоје границе између процеса.

Интегрисани системи менаџмента (**IMS**) су системи менаџмента који интегришу све компонентне системе менаџмента у један кохерентан систем, омогућавајући постизање политике и циљева.

IMS концепцијски мора да буде постављен као скуп међусобно повезаних процеса који користе заједничке ресурсе, а ради задовољења заинтересованих страна (стејкхолдера).

Било шта што има утицај на резултате пословања и задовољство стејкхолдера мора бити део система. Дакле, **IMS** треба да интегрише све текуће формализоване системе фокусиране на квалитет, заштиту животне средине, здравље и безбедност, особље, финансије, итд. То значи да процеси и документа, која их описују, треба да буду интегрисани.

4.1 Спецификација PAS 99:2006

PAS 99:2006 "Спецификација заједничких захтева за систем менаџмента као оквир за интеграцију" може се успешно применити да би се удовољило растућем интересу за интегрисани приступ системима менаџмента и управљањем организационим ризицима [49].

4.1.1 Опште одреднице

Британски институт за стандардизацију (**BSI**), припремио је Спецификацију доступну јавности (**Publicly Available Specifications**), **PAS 99:2006**. То је методолошко упутство за интегрисање два или више система менаџмента, било да они већ постоје као независни или организација има сертифициован један а

жели да своје пословање усагласи са захтевима других менаџмент система. Спецификација инсистира на два елемента:

- *системском прилазу у дефинисању свих процеса и докумената менаџмент система,*
- *третирању ризика.*

PAS специфицира заједничке захтеве система менаџмента и намера му је да буде оквир/основа за имплементацију два или више стандарда система менаџмента на интегрисани начин.

Многе организације су усвојиле или су у процесу усвајања званичног система менаџмента или њихових спецификација као што су **ISO 9001, ISO 14001, ISO/IEC 27001, ISO 22000, ISO/IEC 20000** или **OHSAS 18001**.

Ови системи често егзистирају као самостални. У свим системима менаџмента постоје одређени заједнички елементи којима се може управљати на интегрисан начин, есенцијално јединство ових система у оквиру укупног менаџмента системом може се препознати и искористити као предност. Стога, организације често преиспитују процес усвајања појединачног система менаџмента.

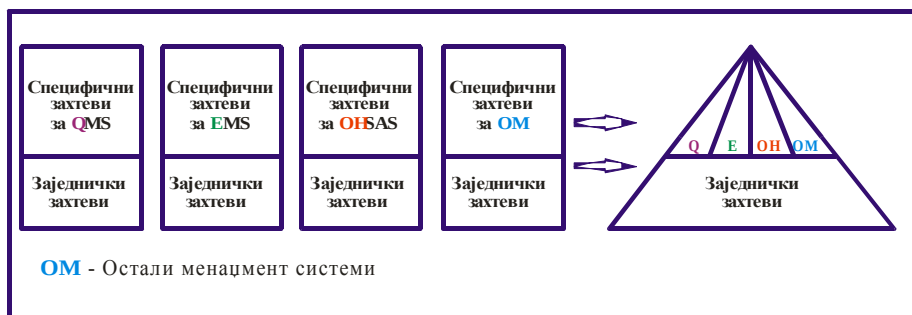
Како би се прилагодили растућем интересу за интегрисаним приступом систему менаџмента и управљању организационим ризицима, спецификације приказане у документу **PAS 99** дефинишу најчешће захтеве за интегрисани приступ.

PAS 99 је примарно намењен оним организацијама које имплементирају захтеве два или више стандарда система менаџмента.

Организације овај **PAS** могу користити као инпут, за специфичне захтеве стандарда система менаџмента или посебних стандарда за чију се примену одлуче тј. **ISO 9001, ISO 14001, ISO/IEC 27001, ISO 22000, ISO/IEC 20000** или **OHSAS 18001**.

Сагласност са **PAS**-ом само по себи не значи усаглашеност са осталим стандардима система менаџмента или њиховим спецификацијама. Посебне специфичности стандарда морају се испунити и задовољити ако се жели постићи сертификација. Сертификација према **PAS**-у није прикладна.

У спецификацији **PAS 99 : 2006** који је издао **BSI** дата је препорука како се интегришу захтеви различитих менаџмент система (слика 7).



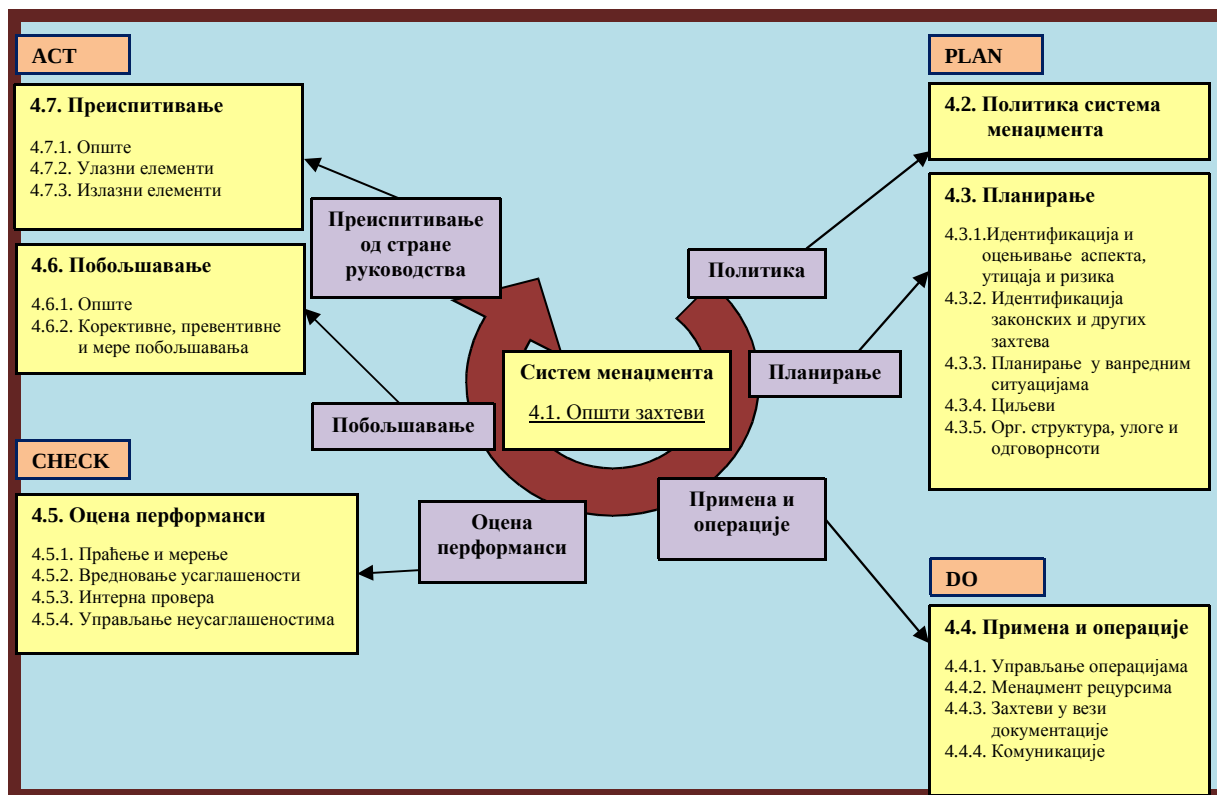
Слика 7. Интеграција захтева различитих менаџмент система [49]

4.1.2 Заједнички захтеви

Сваки стандард система менаџмента има своје специфичне захтеве, али постоји **шест** елемената који су присутни у сваком од њих и могу се усвојити као основа за интегрисање. Главни захтеви се категоричу у оквиру следећих предмета:

- а) Политика;
- б) Планирање;
- в) Примена и операције;
- г) Оцена перформанси;
- д) Побољшавања;
- е) Преиспитивање од стране руководства.

PAS 99 узима у обзир шест заједничких захтева за стандарде система менаџмента и прати **PDCA (Plan, Do, Check, Act approach)** приступ присутан код свих главних стандарда система менаџмента. Комбиновањем **PDCA** циклуса и заједничких захтева дефинише се изглед структуре система менаџмента (слика 8).



Слика 8. PDCA циклус према PAS 99:2006 [49]

Преглед заједничких захтева дат је у табели 1.

Табела 1. Повезаност захтева **PAS 99:2006** и стандарда: **ISO 9001, ISO 14001, OHSAS18001 и ISO 22000** [49]

Захтеви PAS 99:2006	ISO 9001	ISO 14001	OHSAS 18001	ISO 22000
4.1. Општи захтеви	4.1.	4.1.	4.1.	4.1
4.2. Политика система менаџмента	5.1., 5.3.	4.2.	4.2.	5.1., 5.2.
4.3. Планирање		4.3.	4.3.	5.3.
4.3.1. Идентификација и оцењивање аспекта, утицаја и ризика	5.2., 5.4.2., 7.2.1., 7.2.2.	4.3.1.	4.3.1.	5.3., 7.1., 7.2., 7.3., 7.4.
4.3.2. Идентификација законских и других захтева	5.3. (б), 7.2.1. (ц)	4.3.2.	4.3.2.	7.2.3.
4.3.3. Планирање у ванредним ситуацијама	8.3.	4.4.7.	4.4.7.	3.3., 5.7., 7.10., 7.10.4.
4.3.4. Циљеви	5.4.1.	4.3.3.	4.3.3.	7.5., 7.6.
4.3.5. Организациона структура, улоге и одговорности	5.5.	4.4.1.	4.4.1.	5.
4.4. Примена и операције				
4.4.1. Управљање операцијама	7.	4.4.6.	4.4.6.	7.7., 7.8., 7.9.
4.4.2. Менаџмент ресурсима	6.	4.4.1., 4.4.2.	4.4.1., 4.4.2.	5.1., 5.3., 5.4., 5.5., 6.1., 6.2.
4.4.3. Захтеви у вези документације	4.2.	4.4.4., 4.4.5., 4.5.4.	4.4.4., 4.4.5., 4.5.4.	4.2.
4.4.4. Комуникације	5.5.3., 7.2.3., 5.3.(д), 5.5.1.	4.4.3.	4.4.3.	5.6.
4.5. Оцена перформанси				
4.5.1. Праћење и мерење	8.1.	4.5.1.	4.5.1.	7.6.4., 7.6.5., 8.3.
4.5.2. Вредновање усаглашености	8.2.4.	4.5.2.	4.5.1.	8.4.3.
4.5.3. Интерна провера	8.2.2.	4.5.5.	4.5.5.	8.4.1.
4.5.4. Управљање неусаглашеностима	8.3.	4.5.3.	4.5.2.	7.6.5., 7.10.
4.6. Побољшавање				
4.6.1. Опште	8.5.1.	4.5.3.	4.5.2.	8.1, 8.5.

4.6.2. Корективне, превентивне и мере побољшавања	8.5.2, 8.5.3.	4.5.3.	4.5.2.	8.2.
4.7. Преиспитивање				
4.7.1. Опште	5.6.1.	4.6.	4.6.	5.8., 8.5.2.
4.7.2. Улазни елементи	5.6.2.			5.8.2.
4.7.3. Излазни елементи	5.6.3.			5.8.3.

4.1.3 Предности примене PAS 99

Интеграција треба да буде планирана и примењена на структуриран начин. Многа пословања су усвојила стандарде система менаџмента као резултат спољног притиска купаца који захтевају примену неког стандарда квалитета или екстерних захтева да се успостави систем здравља и безбедности на раду.

Интеграција треба да буде урађена на добробит пословања. Због тога, први корак треба да буде да се идентификују потребе пословања. Ако неко пословање не види предности интеграције, онда то не треба ни урадити – мада је тешко замислити организацију која не види предности које из тога произлазе.

Ради испуњавања захтева неког специфичног стандарда система менаџмента, биће потребно:

- да се спроведе детаљна анализа захтева и
- упореди их са онима који су већ уграђени у оквиру интегрисаног система.

Чак и елементи за које се сматра да су заједнички, могу да имају мале разлике у контексту појединачног стандарда/спецификације.

Предности примене спецификације су: а) побољшани фокус на пословање; б) приступ управљању ризицима пословања који се заснива на јединству целина; ц) мање конфликта између система; д) смањење дуплирања и бирократије; е) ефективније и ефикасније интерне и екстерне провере.

4.2 Стандард AS/NZS 4581

Сврха овог аустралијско-новозелендског документа је да обезбеди оквир на организационом нивоу за укупан систем менаџмента који интегрише заједничке аспекте појединачних система како би се избегло дуплирање.

Стандард није спецификација, али има за циљ да обухвати заједничке елементе таквих система за побољшање ефективности пословања и ефикасности.

AS/NZS 4581:1999 је стандард за Интегрисане системе менаџмента – **Водич** за пословне, владине и друштвене организације. Садржи девет елемената (слика 9).

ЕЛЕМЕНТИ (ДЕЛОВИ) AS/NZS 4581:1999

– Одговорност менаџмента и лидерство

Ефективно лидерство
 Политика и циљеви
 Менаџмент променама
 Комуникација
 Организација
 Идентификација и обезбеђење ресурса
 Укључивање запослених
 Планирање
 Примена
 1.10. Мониторинг
 1.11. Оцена
 Унапређење
 Укључивање заинтересованих страна

2 – Идентификација и анализа захтева

2.1. Заинтересоване стране
 2.2. Купци
 2.3. Запослени
 2.4. Власници
 2.5. Испоручиоци
 2.6. Друштвена заједница
 2.7. Влада
 2.8. Околина

5 – Менаџмент ресурсима

5.1 Обезбеђење ресурса
 5.2 Менаџмент људским ресурсима

6 – Комуникација и информациони систем

6.1. Информациони систем
 6.2. Систем извештавања
 6.3. Комуникација у случају опасности

7 – Процеси и управљање

Овај стандард даје оквир и смернице за укупан систем управљања у којем су заједнички захтеви појединих система интегрисани, како би се избегло дуплирање и дају униформну основа за јединствене карактеристике сваког од појединих система. Упутства се могу применити на све типове организација (приватне, јавне, не на непрофитне и добротворне организације) и организација свих величина.	3.1. Политика 3.2. Циљеви	7.1. Идентификација процеса и активности 7.2. Управљање процесима и активностима 7.3. Способност процеса 7.4. Процес контроле 7.5. Управљање изменама 7.6. Управљање набавком и испоручиоци 7.7. Документација 7.8. Ванредне ситуације
	4 – Систем планирања и примена 4.1. Организацијска структура 4.2. Управљање програмима и циљевима 4.3. Документација система 4.4. Одговорности и овлашћења	
	8 – Мерење и праћење 8.1 Мерење 8.2 Праћење 8.3 Управљање неусаглашеностима и инцидентима 8.4 Корективне/Превентивне мере 8.5 Оцењивање 8.6 Записи	
	9 – Преиспитивање од стране руководства и план побољшавања 9.1 Преиспитивање од стране руководства 9.2 Побољшавање (унапређење)	

Овај стандард даје оквир и смернице за укупан систем управљања у којем су заједнички захтеви појединих система интегрисани, како би се избегло дуплирање и дају униформну основа за јединствене карактеристике сваког од појединих система.

Модел и стандард се односе на било које функције и било које организације, без обзира на величину. Посебни захтеви **QMS**, **EMS** и **OHSAS**-а нису укључени.

Стандард је структуриран кроз 9 делова (компоненти) са следећим применама:

- "Део 1" је 'приступ' интегрисаним системима менаџмента ('приступ' укључује идентификацију оних делова компонената од 2 до 9 где менаџмент има улогу преиспитивања, одговорности и управљања процесима);
- "Делови од 2 до 7" представљају имплементацију (примену);
- "Делови 8 и 9" приказују праћење резултата и побољшања.

Ако организација жели да има сертификат за један или више појединачних система, биће потребно да имплементира све захтеве релевантних стандарда, заједничке захтеве обрађене у интеграцији система менаџмента, као и конкретне системске захтеве.

Овај стандард даје оквир и смернице за укупан систем управљања у којем су заједнички захтеви појединих система интегрисани, како би се избегло дуплирање и дају униформну основа за јединствене карактеристике сваког од појединих система.

Упутства се могу применити на све типове организација (приватне, јавне, не на непрофитне и добротворне организације) и организација свих величина.

4.3 Стандард *DS 8001:2005*

“Једна организација, један систем” је слоган за развој интегрисаног менаџмент стандарда у Данској (*Dansk standard DS 8001:2005 - Систем Менаџмента. Водич за интеграцију система менаџмента*).

Први нацрт из 2003, је критикован што није био кохерентан, јер се састојао од три приступа интегрисаног стандарда: приступ изврсности, системски и процесни приступ. Главна критика је била да није било *схема* модела, ради повезивања стандарда на кохерентан начин.

Разлог за приступ изврсности у стандарду, је тај што данске организације недовољно наглашавају овај приступ кроз корпоративно управљање. Зато је посебна пажња посвећена овој проблематици, и у структури стандарда је менаџмент изврсности илустрован као одвојени ниво.

Структурирана су три нивоа:

I – Менаџмент изврсности у систему менаџмента,

II – Заједнички елементи,

III – Различити елементи појединачних система менаџмента.

Стратешка димензија је дефинисана на нивоу предузећа (организације) кроз **мисију, визију и стратегију**, као што следи:

Мисија: Зашто смо овде?

Визија: Где желимо да будемо за 4-5 година?

Стратегија: Како постићи жељено стање?

Заједнички елементи тј. јединственост система и процеса на другом нивоу су генеричка платформа за IMS-а. Други ниво је мешавина елемената система и процеса, укључујући **политику, циљеве, процедуре и упутства**. Ово је засновано на **ISO 9004** стандарду и **PDCA** методологији.

Задњи ниво садржи различите елементе појединих области менаџмента, које организација изабира да интегрише у свој **MS**.

Други предлог из лета 2004 је исти опште структуре: део менаџмент изврсности, други део јединственост система елемената и процеса, као и дела анекса који се односи на сваки од релевантних стандарда за квалитет, животну средину, итд.

Постојала су два главна недостатка другог нацрта. Пре свега, стратешке перспективе се углавном виде као унутрашње стратегије организације. Међутим, интерна стратегија може бити одраз окружења. Нацрт није придавао важност

актерима и спољним утицајима. Друго, превише пажње је посвећено системима елемената као што су уобичајене процедуре у односу на процес заснован на елементе потребне да би се осигурала континуална побољшања.

Издање из 2005., има бољи баланс између процеса и елемената система, као и нагласак на улогу процеса у *IMS*-у.

Фокус новог водича је на интеграцији система и процеса, а не на специфичне области као што су квалитет, животна средина, здравље и безбедности, друштвена одговорност, и др.

Водич приказује **процесе и заједничке елементе** у интегрисани систем:

1. *Менаџмент процеси* (стратегија, политика, провере, ресурси и организација),
2. *Основни пословни процеси* (интерна и екстерна комуникација, управљање производњом, планирање, одржавање) и
3. *Процеси подршке* (управљање документима, обука, и др.).

Тачке стандарда су:

Предмет и обим примене, Нормативне референце, Термини и дефиниције, Корпоративно управљање у систему менаџмента, Заједнички елементи у интегрисаним системима менаџмента, Главне области у интегрисаним системима менаџмента.

Водич се односи на све врсте организације, без обзира на величину и делатност.

Модел је дат на слици 10.

Менаџмент изврности у систему менаџмента								
Заједнички елементи у интегрисаном систему менаџмента								
Квалитет	Екологија	Безбедност и здравље	Безбедност хране	Економија	Друштвена одговорност	Ризик	Енергија	Остало

Слика 10. Стандардизовани модел за *IMS* у Данској [12]

4.4 ISO guide 72:2001

Циљ водича (упутства) **ISO Guide 72:2001**, је да помогне оним телима и комисијама који су укључени у развој стандарда система менаџмента (било при изради нових или ревизији), како би се обезбедило да стандарди испуњавају кључне критеријуме тржишне релевантности и компатибилности. Коришћење водича треба да резултира ка побољшању усклађености између стандарда система менаџмента, са циљем да се олакша комбинована (интегрисана) примена стандарда од стране организација (предузећа).

Водич је намењен да се користи од стране свих **ISO** тела, комитета, група, комисија, и др. укључених у развој стандарда и спецификација за системе менаџмента. Може се користити и од стране других организација за развој докумената стандардизације на међународном, регионалном или националном нивоу.

ISO Guide 72 не служи као стандард за интегрисане системе менаџмента, нити се може користити за сертификацију.

Садржина водича је следећа [25]:

Предговор

Увод

1. Подрчје примене
2. Нормативне референце
3. Термини и дефиниције
4. Скраћенице
5. Општи принципи
6. Усклађивање студија процеса и мерења
7. Упутство за развој процеса и структуре стандардизованих менаџмент система (**MSS**)

Анекс А – Усклађивање дилема

Анекс Б – Заједнички елементи у **ISO MSS**

У тачки 7.3 дају се опште препоруке, смернице за модел и структуру **MSS**, и идентификација заједничких елемената. Према [52], заједнички елементи **MSS** могу се груписати у следеће главне модуле: **Политика, Планирање, Примена и операције, Оцена перформанси, Унапређење и Преиспитивање од стране руководства.**

4.5 Карактеристични модели интеграције

Интегрисани системи менаџмента постају све више важни али искуства могу да се разликују широм региона и компанија различитих величина и области. Оцновни циљ увођења интегрисаних система менаџмента је подизање квалитета услуга и укупног рада организације. Интеграција два или више система менаџмента може се приметити у све већем броју предузећа, како у Србији тако и у свету.

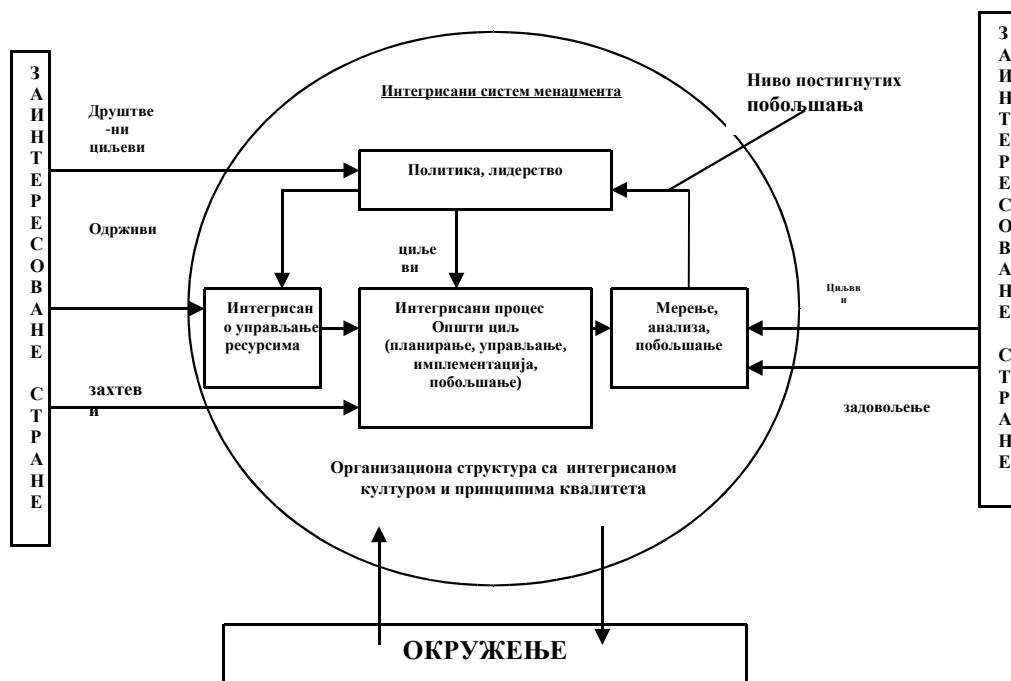
Интегрисани системи менаџмента (ИМС) засновани су на основним поставкама системског приступа, из кога произилази модел интеграције.

У литератури и пракси постоји већи број модела. Карактеристични и шире примењивани модели ИМС-а биће приказани у следећем тексту. На основу ових модела извршено је истраживање и одабир нај погоднијег модела за примену у одабраним предузећима.

Модели докумената стандардизације дати су у тачкама 4.1, 4.2, 4.3 и 4.4.

4.5.1 Wilkinson-Dale модел

Модели се најчешће базирају на крос-функционалним процесима, а који укључују елементе модела TQM-а и одреднице модела процеса. Следећи овај концепт Wilkinson и Dale су 2001 год., развили интегрисани организациони модел система менаџмента за квалитет, животну средину, и здравље и безбедност, који укључује подручја циљева и организационе структуре. Овај модел је илустрован на слици 10.



Слика 10. Wilkinson-Dale модел ИМС-а [77]

Модел је заснован на емпиријским истраживањима, која пружају детаље о интеграцији система менаџмента, и узимају у обзир постојеће и прихваћене дефиниције менаџмента квалитетом, менаџмента животном средином и система менаџмента заштите здравља и безбедности на раду. Аутори наглашавају да се модел бави питањима циљева и организацине структуре, које од постојећих модела интегрисаног система менаџмента недовољно обрађују. Модел је тестиран на узорку од 49 организација - чланица Асоцијације британских стандарда. Међу главним поставкама овог истраживања је да се модел бави проблемима имплементације другог стандарда (нпр. менаџмента животном средином), осим система менаџмента квалитетом, и интегрисаних система менаџмента. Стандарди и системи менаџмента, као што су, ISO 9001, BS EN EN ISO 14001 и BSI-OHSAS 18001, развијени су и публиковани да се посебно баве квалитетом, заштитом животне средине, здравља и безбедности. Истраживање је показало да интеграција ових система није једноставна, с обзиром на следеће:

- Постоје разлике у схватању термина интеграције, и интеграције која се одвија у две варијанте - спајање документације кроз усклађени приступ интеграције, и имплементација интегрисаних система менаџмента кроз укупан (тотални) квалитет (TQ) приступ.
- За потребе сертификације система, документација се интегрише на основу сличности у структури и садржају стандарда. Да би то било лакше, фокус пажње од стране Међународне организације за стандардизацију (ISO) и Британског института за стандардизацију (BSI), усмерен је на постизање компатибилности између стандарда и повећању истоветности структуре. Циљ је и да се побољша разумевање и поједностави терминологија.
- Фокусирајући се на усклађивање система, изведен је став да интеграција кроз TQ приступ може понудити знатније користи.
- Значајније разлике у оквиру појединачних система могу ометати интеграцију.
- Организациона култура је важно питање код интеграције система менаџмента.

Модел дат на *слици 10.* даје поставку ИМС-а која се заснива на постојећим и прихваћеним филозофијама QMC-а, EMS-а и OHSAS-а. Модел интерпретира заједничке елементе ИМС-а шта организације требају узети у обзир приликом имплементације оваквог система. Модел такође указује на то да су интеграција документације и облици провере само део ИМС-а, и да ће остали елементи и фактори утицати на постизање циљева организације. Модел не показује степен у којем су елементи интегрисани, што ће зависити од потреба и политике сваке организације. Може се користити од стране било које организације, које желе да спроведу интеграцију система квалитета, животне средине, здравља и безбедности, а посебно од организација које су укључене у активности TQM-а. [77, 78]

Модел представља комбиновани систем, који садржи QMS, EMS и OHSAS, где је сваки од ова три система/подсистема изгубио своју независност, при томе улази доприносе коначном излазу, и границе сваког су исте. Ресурси QMS, EMS и OHSAS, процеси и процедуре узајамно делују кроз структуру и културу ради извршења активности планирања, управљања, имплементирања, мерења, побољшања и анализе. Излази се често пореде са циљевима, који су одређени

политиком организације и потребама свих заинтересованих страна. Резултати овог поређења су *feed back input*, па стога циљеви и намере могу да се измене, а ресурси прилагоде, уколико је то потребно. Овај низ активности представља циклус континуалних побољшања. Процеси имају заједнички опсег тј. фокус и циљ, који је усмерен на задовољење захтева заинтересованих страна. Они имају низ заједничких активности, и свака од ових активности се у потуности или делимично односи на квалитет, животну средину, и здравље и безбедност, и политику. Wilkinson и Dale предлажу да је корисно анализирати окружење са даљег гледишта него што је гранични систем укључивањем филозофије, смерница и циљева организације. Раст опште културе је значајан за три система и ИМС, да оствари континуално побољшање. Културна неусаглашеност у организацији може спречити напоре интеграције. Културно померање је неопходно за обезбеђење успешног програма од индивидуалног система менаџмента до интегрисаног система менаџмента. [77, 78]

4.5.2 Модел Карапетровића

Овај модел се заснива на системском приступу менаџменту и PDCA циклусу. Укључује захтеве стандарда и захтеве заинтересованих страна. Менаџмент процеси реализују се кроз менаџмент циљевима, менаџмент процесима и менаџмент ресурсима.

Модел Карапетровића (слика 11.) је компатибилан са PDCA приступима система менаџмента, с обзиром да садржи процесе, као један од три главна елемента, и континуално унапређење као примарни циљ организације.

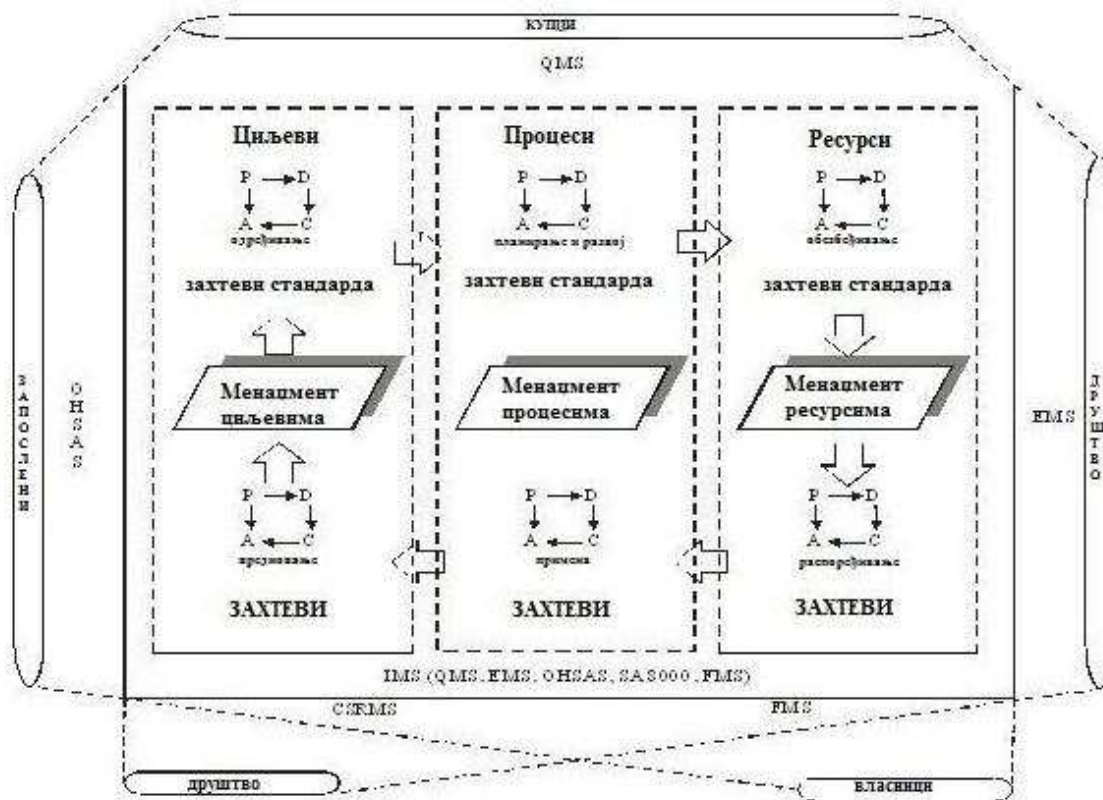
Концептуално гледано, систем се посматра као целина, а не као збир независних система, при чему долази до „стапања“ система менаџмента у интегрисани систем менаџмента. Модел је општи и примењив у различите индустријске системе, укључујући производњу и пружање услуга. ИМС се развија-имплементира интеграцијом документације, пратећи редослед циљева, процеса и ресурса.

У развоју модела пошло се од тога да купац није једина страна за задовољење или “испоруку” извршности [32, 33, 34]. Организација мора да задовољи потребе заједнице која је окружује (нпр. елиминише загађење вода), запослених (нпр. смањење опасности на раду), инвеститора (нпр. не учествују у сумњивим рачуноводственим радњама), друштва (на пример, не користе присилни рад или дете), као и потребе безброј других заинтересованих страна. Ово разматрање потреба заинтересованих страна резултира ширењу специфичних система менаџмента (МС) заинтересованих страна-стејкхолдера како би се укључиле њихове различите потребе, што је довело до развоја нових стандардизованих менаџмент система (МСС) који обезбеђују њихове потребне елементе, и развоја упутства за њихово имплементирање. Пошто МСС не може да се развија истовремено, а не постоји начин да се знају стандарди који ће се појавити у будућности, они морају бити имплементирани у једном тренутку. Суочени са потребом да се примени више интерних система, организације тада у основи имају два избора: да специфичне системе/стандарде имају као засебне, или да их интегришу. С обзиром да је МСС у великој мери развијен да буде компатибилан са

сваким другим, и убудуће ће МСС у суштини морати да прате исту структуру као и постојећи стандарди, други избор, односно успостављање интегрисаног система менаџмента, има више смисла. Пут ка ИМС-у није идентичан за све организације, имајући у виду делатност, величину, захтеве стејкхолдера тј. специфичне МСС. Хијерархијски обим интеграције је још једна област која приказује различите потребе корисника МСС.

Још једна категорија различитих захтева је у којој мери (или до које мере) су специфични системи интегрисани. Пуна интеграција би значила да системи губе свој јединствени идентитет, што резултира потпуним спајањем у један вишенаменски ИМС. Према томе, постоји једна политика која дефинише и имплементира систем преко функционалних граница, и један сет процеса који користе ресурсе ради постизања квалитета, заштите животне средине, безбедности, одговорности и других специфичних циљева. Два питања често збуњују када се расправља о примени ИМС-а у организацијама, интеграција МСС-а и интеграција МС. Већина доступне литературе расправља на тему интеграције ISO 9001, ISO 14001 и OHSAS 18001 стандарда, док се мало пажње посвећује обезбеђивању методологије за спајање одговарајућих унутрашњих система квалитета, животне средине, безбедности и других система. Иако је истина да се тренутно МСС разликују у извесној мери, у смислу циља примене и основних модела, те разлике нису довољно значајне да ометају хармонизацију захтева стандарда. Усвајањем заједничког основног модела, на пример системског приступа, могу се превазићи одступања у основним приступима стандарда, на пример, процесни приступ ISO 9001 или PDCA приступ за ISO 14001. Постоји доста разних процеса, а оно што PDCA или системски приступ могу да омогуће, је да се обезбеди основа за израду интегрисаних стандарда или, можда, документовање једног приручника. Интегрисање потреба изабраног МСС-а ће обезбедити солидан оквир за имплементацију ИМС-а у организацији. Постоје разлике између стандарда, које треба да се разреши, и то у основним моделима и оне у оквиру проширених општих и посебних услова. Системски приступ се може користити за уклањање тих препрека. Прву тешкоћу представља чињеница да су тренутни МСС засновани на два различита и помало неспојива модела. Међународни стандарди који се односе на управљање квалитетом прате тзв. процесни приступ, који разматра систем за управљање као сет међусобно повезаних процеса који треба да буду систематично вођени ка постизању постављених циљева. Пошто је обезбеђивање квалитета производа ослонац ових стандарда, сви они имају модул "реализација производа" која представља захтеве за разне међусобно повезане процесе током животног циклуса производа, односно петље квалитета. Остала три уобичајена модула који се односе на елементе који дају подршку процесу реализација производа, укључујући политику, циљеве, планирање и одговорност дати су у елементима "одговорност руководства", "ресурси" и "мерење, анализе и побољшавања" процеса. Стандарди везани за одговорности, као што су ISO 14001 за EMS-а, OHSAS 18001 за OHSMSC, и SA 8000 за CSRMS (Corporate social responsibility MS), су засновани на PDCA циклусу, и имају пет главних елемената: политика, планирање, примена и операције, оцена перформанси и преиспитивање од стране руководства.

Док је главна идеја процесног приступа повезати више процеса да се постигне заједнички циљ, циљ PDCA приступа је да непрекидно побољшавамо сваки процес понављањем одређених скупа активности. Другим речима, PDCA модел се односи на један процес, а процесни модел се односи на више процеса. Међутим, пошто су њихови циљеви комплементарни, очигледно решење је да се комбинују два приступа под једним "кровом". Тај кров је системски приступ, представљен на слици 11.



Слика 11. Модел ИМС-а Каранетровића [32, 33, 34]

ИМС је конципиран као јединствени сет међусобно повезаних процеса који деле јединствено језгро људских, информационих, материјалних, инфраструктурних и финансијских ресурса у циљу постизања јединствених циљева везаних за задовољење различитих заинтересованих страна/стејкхолдера.

У зависности од циљева и доминантног стејкхолдера, ИМС дизајниран на тај начин формира систем управљања који карактеришу специфичне функције. На пример, ако је најбитније задовољство корисника, ИМС је у знатној мери сведен на QMC-а. Постоји шест главних (основних) процеса у ИМС-у, од утврђивања и преиспитивања циљева, кроз планирање и пројектовање, набавку и распоређивање ресурса, система имплементације и управљања, до процене циљева. Сваки од ових процеса може се стално побољшавати коришћењем PDCA модела.

4.5.3 Brewer-Nash модел

У моделу Brewer-a и Nash-a разматрана је интеграција система менаџмента према ISO 9001, ISO 14001 и ISO / IEC 27001 (слика 12.) са познатим Деминговим PDCA циклусом. Слика 12. приказује предложену структуру интегрисања МС користећи заједнички PDCA оквир. Она је представљена као четири квадранта, по један за сваку фазу PDCA циклуса. Она обухвата Планове разматрања ризика и Могућности примене планова, концепте потребне да идентификује све интерне контроле, и на тај начин успоставља интегрисани-комплетни систем.

Оперативне процедуре и контроле су идентификоване у фази: *Plan*, и у фази: *Do*. У фази: *Check* и фази: *Act* организација преузима активности да испуни своје пословне циљеве и испуни своје законске, регулаторне, уговорене и обавезе корпоративног управљања.

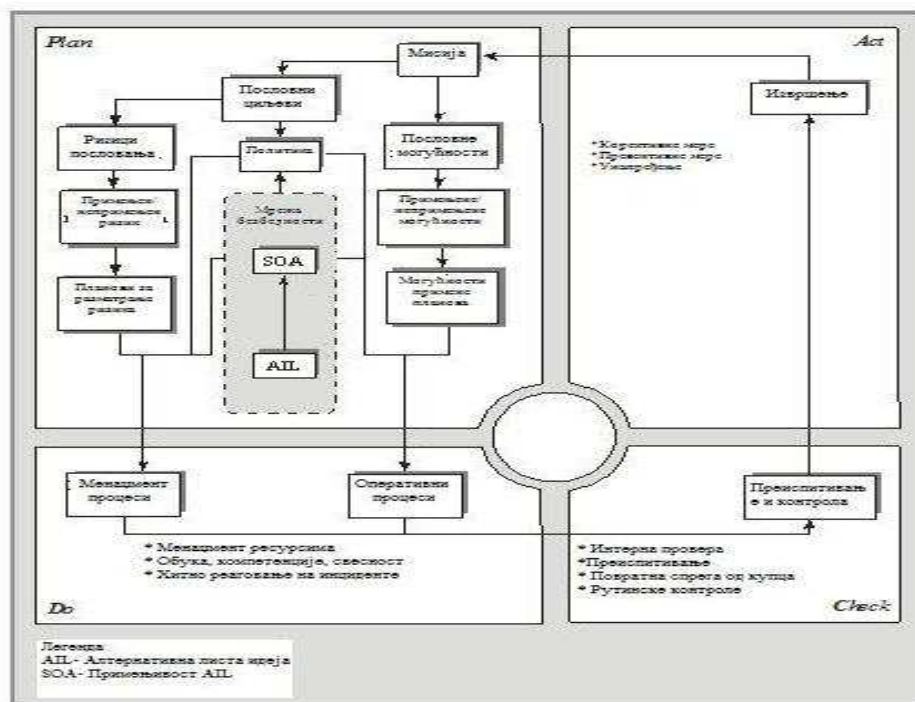
Почевши са врха фазе: *Plan*, први модул је дефинисање мисије организације. Ова активност служи у сврху стварања базе ИМС-а. Затим произилазе пословни циљеви, политика и ризици пословања.

Фаза: *Do* наглашава примену оперативних процедура и контроле. У складу са заједничким PDCA оквирима, постоји низ других активности, укључујући:

- Менаџмент ресурсима;
- Осигуравање да су сви запослени на одговарајући начин упознати, довољно обучени и компетентни да обављају њихове задатке;
- Обезбеђивање поступка и реакција на инциденте.

Фаза: *Check* обухвата активности које захтева заједнички PDCA оквир, кроз преиспитивање и контролу.

Фаза: *Act* обухвата извршење, кроз корективне и превентивне мере и унапређења.



Слика 12. Модел Brewer-a и Nash-a [7]

4.5 .4 Процесни модел - основа за IMS

Према [53], системе менаџмента могуће је идентификовати кроз стратегију интеграције која базира на суштини процесног приступа из ISO 9000. Сваки од процеса, подпроцеса и активности, имају улазе и излазе, као што је то на *слици 13*.



Слика 13. Модел система менаџмента квалитетом заснованог на процесима [53]

Коришћењем ресурса, у складу са прописаним процедурама и упутствима, врши се управљање и додавање нове вредности на излазу, где се мере перформансе процеса у циљу анализе и унапређења. Међународна организација за стандардизацију тежи да, на бази најбољих светских искустава, развије стандарде у различитим областима људске делатности, који ће обезбедити споразумевање, кооперацију и бржу комуникацију на глобалном тржишту [53]. Сличност у оквиру и у структури стандарда ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 и ISO 22000, указује да је ову интеграцију могуће извести на основу идентичних и специфичних захтева на које се мора одговорити при управљању процесима. То је разлог што процесни приступ представља битан принцип новог приступа менаџмента.

Међународни стандард ISO 9001:2008 (QMS), као генерички стандард, представља “језгро интеграције”, не обухвата захтеве који су специфични за остале системе менаџмента, као што су захтеви стриктно везани за менаџмент животном средином, менаџмент заштитом на раду и безбедношћу, менаџмент финансијама или менаџмент ризицима. Међутим, документација QMS омогућава организацији да повеже или integriше свој систем менаџмента квалитетом са захтевима других система менаџмента, који су са њим повезани. Систем менаџмента квалитетом је

онај део система менаџмента организације који се усредсређује на остварење резултата у вези са циљевима квалитета, да се на одговарајући начин задовоље потребе, очекивања и захтеви корисника и заинтересованих страна.

Ефективно и ефикасно функционисање организације зависи од идентификације и владања низом повезаних и интерактивних процеса. Често је излаз из једног процеса директан улаз у следећи процес. Ради праћења задовољења захтева купаца/корисника и интересних група неопходно је успоставити развој и дефинисати информације које се односе на потребе корисника и заинтересованих страна, као и начин утврђивања степена задовољења њихових потреба и очекивања.

Процесни принцип у себи обједињава остале принципе QMS-а, и на добар начин може бити нуклеус и интеграциона оса за остале системе менаџмента. Оно што се дешава у процесу, то се дешава у мрежи процеса, а то се дешава и у организацији.

У процесу се идентификују:

- разумевања и испуњавања захтева;
- потребе разматрања процеса кроз додатну вредност;
- мерења перформанси и ефективности процеса, и
- сталног побољшавања процеса заснованог на објективним мерењима.

Праћење задовољења захтева корисника изискује вредновање (оцену) информација у вези њихових запажања, која се односе на то да ли организација испуњава захтеве, а често и очекивања, корисника.

Коришћење процесног модела на *слици 13.* за развој и реализацију ИМС, ради праћења и управљања свим битним пословним активностима у организацији, захтева:

- идентификовање и детаљно познавање процеса организације;
- идентификовање захтева заинтересованих страна који се односе на процесе, подпроцесе и активности (пословни циљеви, захтеви тржишта, захтеви закона, прописа и директива, захтеви и очекивања запослених);
- дефинисање неопходних ресурса у организационој (инфра)структури који треба да обезбеде спровођење постављених захтева;
- дефинисање методологије управљања процесима и извештавања о спровођењу захтева свих заинтересованих страна на основу документације ИМС (пословник ИМС, процедуре, упутства, записи);
- спровођење поступка (процедуре) непрекидних побољшања у циљу унапређења пословних перформанси организације, тежећи ка пословној изврности у својој делатности.

Тако пословни процес постаје основни елемент интеграције захтева свих стандарда ИМС и свих заинтересованих страна, на које се одговара у сваком делу подпроцеса или активност, у складу са процедуром или упутствима. За документовање, реализацију и мерење перформанси процеса одговоран је "власник процеса", али и сви учесници у његовој реализацији - која се изводи на прописани начин.

4.6 Методе и приступи интеграције

Интеграција различитих система менаџмента могућа је зато што постоје: заједнички принципи (процесни приступ, **PDCA**, управљање ризиком), спецификације и методе за интегрисање, заједнички елементи стандарда и методе за усклађивање циљева заинтересованих страна.

Интегрисање парцијалних стандарда/система се може остварити [4]:

- **укључивањем**, тако што се уради документација основног стандарда/система (**QMS** по **ISO 9001**), а потом се проширује према захтевима осталих стандарда/система и
- **додавањем**, тако што сваки стандард/систем има своју документацију која се међусобно повезује.

Као што је већ речено, «интегрисано значи комбиновано; поставити све интерне праксе менаџмента у један систем, али не као одвојене компоненте». Да би системи били интегрални део система менаџмента, морају бити повезани тако да не постоје границе између процеса. «Лепак» који повезује све системе менаџмента у један систем јесте процес.

Да би успоставила интегрисане системе менаџмента **организација** (предузеће) мора да испуни захтеве свих стандарда интеграције.

Поставља се питање како то да уради, односно који приступ успостављања система да примени. Успостављање интегрисаних система менаџмента је процес као и сваки други, који се користи да претвори улазе у излазе. Улази у овај процес су захтеви стандарда **ISO 9001:2008**, **ISO 14001:2004**, **OHSAS 18001:2007**, и др., а излази су документовани, успостављени и сертифицирани системи менаџмента квалитетом, заштитом животне средине и здрављем и безбедношћу на раду, и други системи. Као и сваки други процес, овај процес може да се дизајнира на разне начине. У зависности од тога, како је дизајниран и успостављен процес успостављања Интегрисаних система менаџмента, зависе и добијени резултати на излазу.

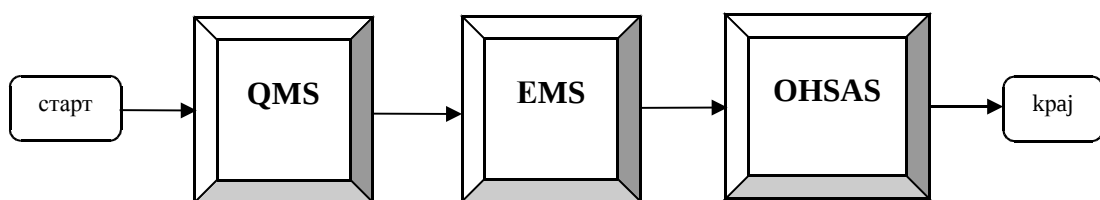
У основи постоје три приступа успостављања интегрисаних система менаџмента [69]:

1. Секвенцијални приступ успостављања интегрисаних система менаџмента (слика 14),
2. Паралелни приступ успостављања интегрисаних система менаџмента (слика 15) и
3. Комбиновани приступ успостављања интегрисаних система менаџмента (слика 16).

Размотримо принципе приступа интеграције **три базна система: QMS, EMS, OHSAS**.

СЕКВЕНЦИЈАЛНИ приступ успостављања интегрисаних система менаџмента се одвија тако, да се прво успостави један од система менаџмента, а потом се успоставља други, па трећи систем.

Како је **ISO 9001** стандард који је први настао још 1987. године, и како је он основа друга два система менаџмента, логично је да се прво успостави систем менаџмента квалитетом (**QMS**), што у сва три приступа не мора бити правило (**може EMS или OHSAS па QMS**, зависно од потреба организације). Након тога, организација може да настави са успостављањем система менаџмента заштитом животне средине, и, на крају, са успостављањем система менаџмента здрављем и безбедношћу, који има исту структуру као и стандард **ISO 14001**.



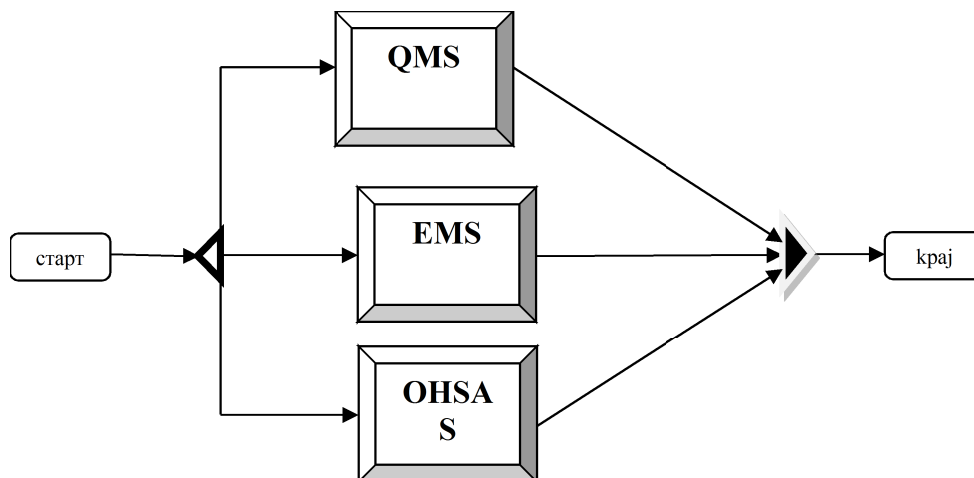
Слика 14. Секвенцијални приступ успостављања **IMS**

Недостатак секвенцијалног приступа успостављања интегрисаних система менаџмента је дуго трајање реализације процеса. То може да доведе до опуштања учесника у пројекту, и, у крајњој линији, до пропуста да се уопште успостави Интегрисани систем менаџмента. На тај начин организација може да пропусти прилику да уреди свој систем и да ојача језгро своје конкурентности. Последице тога могу да буду веома тешке и да доведу чак и до губитка дела тржишта.

ПАРАЛЕЛНИ приступ успостављања **IMS**-а, успоставља сва три система менаџмента паралелно. Са аспекта потребног времена за успостављање интегрисаних система менаџмента овакав процес има *предности*, јер скраћује потребно време на 1/3 у односу на секвенцијални процес успостављања интегрисаних система менаџмента.

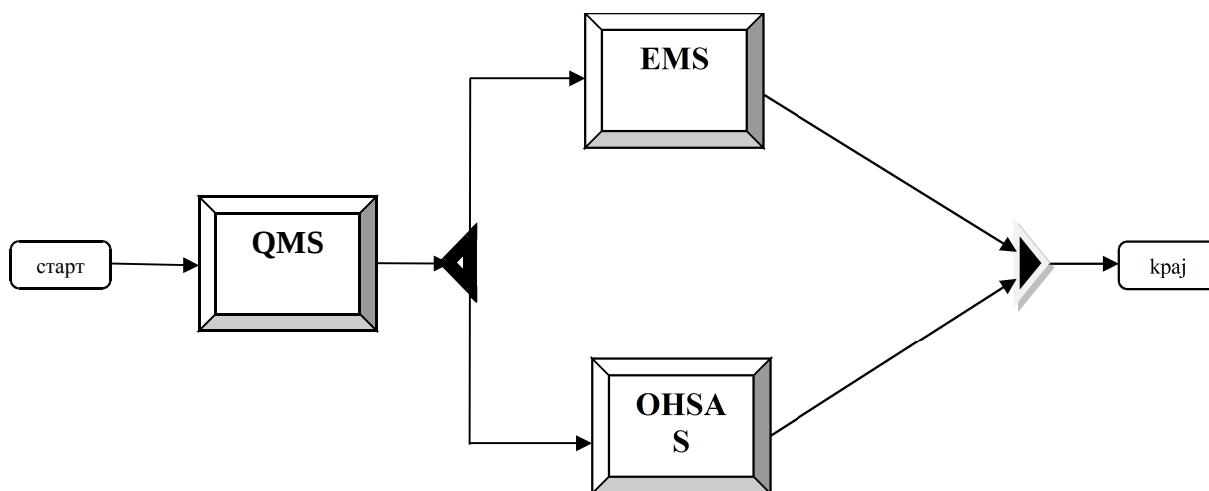
Са друге стране, истовремено успостављање сва три система менаџмента је приступ «булдожера» који може да донесе извесне штете. Запослени нису упознати са системима менаџмента, а од самог почетка се суочавају са јако великим обавезама. То може да их обесхрабри, па почињу да вуку организацију уназад. Крајњи резултат може да буде веома негативан, како по питању успостављања интегрисаних система менаџмента, тако и по питању стварања свести да «то не

може да се уради». У зависности од “знања” организације приступити сукцесивном увођењу (**QMS** фазно померен уназад).



Слика 15. Паралелни приступ успостављања IMS

КОМБИНОВАНИ приступ успостављања интегрисаних система менаџмента користи предности секвенцијалног и паралелног процеса успостављања **IMS**-а. То значи да доводи до скраћивања времена трајања процеса успостављања интегрисаних система менаџмента, уз истовремено правилно оптерећење учесника у реализацији пројекта, као и боље коришћење осталих ресурса.



Слика 16. Комбиновани приступ успостављања IMS

Према комбинованом приступу успостављања **IMS**-а прво се реализује процес успостављања система менаџмента квалитетом према захтевима стандарда **ISO 9001:2008**. Успостављањем тог система менаџмента учесници у реализацији пројекта, као и шири круг запослених, се упознају са структуром и захтевима стандарда, процесом снимања процеса, процесом израде документације, процесом имплементације и контроле документације и осталим процесима које захтева **QMS**. Тимови, који су успостављени за снимање и документовање појединих процеса, сакупљају знање о процесу и коришћењем метода и алата квалитета врше “пречишћавање” и побољшање процеса. То омогућава да се већ у раној фази осете значајна побољшања која додатно «покрећу» запослене и повећавају њихову приврженост побољшању процеса и уређењу читавог система. Добро снимљени процеси и израђена документација, коју су «сами» урадили стручњаци који најбоље познају процесе, чини их поносним и вољним да искористе сав свој потенцијал и искористе прилику да уклоне вишак, који се током времена «закачио за процес» и отежава им свакодневно обављање посла.

Образовање и обука, који прате прве фазе успостављања **QMS**-а, повећавају критичну масу запослених који прихватају и подржавају промену. Критична маса за побољшање квалитета се достиже када дође до неповратних промена организације у трансформацији квалитета. То се постиже онда када људи унутар организације поседују довољно знања, снаге и лидерства за покретање и подржавање промене културе организације.

Кроз образовање и обуке, које се спроводе по принципу **just-in-time**, током успостављања система менаџмента, људи се развијају и социјализују, што води ка обликовању нове културе у организацији. Познато је да организације, које користе систем људских ресурса за обликовање културе, пуно инвестирају у образовање и обуку. Већи део обуке је усмерен на то да људи схвате шта су доминантне вредности у организацији. Једна од доминантних вредности организације је и уређен систем према захтевима стандарда.

Пошто се успостави систем менаџмента квалитетом, исти тимови (врло често), који су радили на снимању и побољшању појединих процеса, настављају да раде на успостављању система менаџмента заштитом животне средине и система менаџмента здрављем и безбедношћу на раду. Како већ имају довољно знања о структури, захтевима и значају система менаџмента квалитетом, као и постављене «темеље», тј. снимљене процесе и урађену документацију система квалитета, они знају да их не очекују велике обавезе, и приступају реализацији нова два пројекта.

Организације могу да приступе успостављању система менаџмента заштитом животне средине и система менаџмента здрављем и безбедношћу, не чекајући да се заврши успостављање система менаџмента квалитетом.

5. КВАЛИТЕТ, IMS И ДОМ ЗДРАВЉА

Квалитет, екологија и безбедност здравствене заштите налази се у врху приоритета европских и међународних здравствених система. Активности везане за унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента су интегрисане у сам процес акредитације и сертификације система менаџмента.

У већини земаља, у реформи здравственог система, побољшање квалитета услуга има главну улогу. Све земље суочавају се са изазовима да са расположивим ресурсима осигурају приступ, сигурност и учешће пацијената, и да развијају вештине, технологију и медицину на бази доказа.

Квалитет је битна и неопходна компонента здравствене заштите и обележје сваке активности која се спроводи у здравству и медицини.

Изградња система квалитета и даљи константан рад на његовом побољшању захтева низ значајних промена у установама које пружају здравствену заштиту.

Здравствене установе, међу којима и ДЗ, морају да обезбеде задовољство корисника својих услуга (пацијената), остварујући најбољи могући квалитет у дијагнози болести, лечењу и нези пацијента по прихватљивим ценама и уз најмањи могући ризик појаве грешака и неповољних ефеката у односу на пацијенте и околину, као и безбедност на раду.

5.1 Тумачења и приступи развоја квалитета здравствене услуге и IMS-а у свету

О томе шта подразумевамо под квалитетом здравствених услуга или квалитетом здравствене заштите, данас постоје различите школе и свака има сопствене термине и дефиниције. Свака професија, менаџери и други учесници имају различите погледе на квалитет. Задатак лидера у области унапређења квалитета здравствене заштите је да обезбеде јединствено разумевање и сагласност између различитих учесника овог процеса око тога шта желе да постигну заједничким напорима.

Будући да у здравственој заштити првенствено треба удовољити жељама, потребама и захтевима корисника, почећемо од Грантове дефиниције квалитета и његове дефиниције квалитетне медицинске заштите која гласи:

„Квалитетна медицинска заштита је потенцијал елемената те заштите за остварење оправданих медицинских и немедицинских циљева болесника и лекара“[10].

Критични аспекти ове дефиниције су у нагласку да циљеве заштите одређује пацијент уз помоћ лекара, с кључном претпоставком да је пацијент добро

информисан и да заједно са лекаром дели одговорност за одлуке у погледу сопственог лечења.

Постоје и друге дефиниције које исте или сличне идеје формулишу на друге начине. Једна од дефиниција је од Лохр-а и Schroeder-а и гласи:

„Квалитетна медицинска заштита је онај степен заштите при коме здравствене услуге за појединачне пацијенте и популацију повећавају вероватноћу жељених здравствених исхода и који је у сагласности са тренутним професионалним знањем“ [42].

Још прецизнију дефиницију квалитетне медицинске заштите, која постојећим придружује организацијске, политичке и финансијске интересе, даје Овретеит:

„Квалитетна медицинска заштита је потпуно задовољење потреба оних који највише требају здравствене услуге, по најмањем трошку за организацију, а унутар ограничења и смерница које постављају здравствене власти и финансијери“ [47].

Данас у земљама Европе доминирају четири приступа спољних механизма за унапређење квалитета: два су пореклом из индустрије, ISO стандарди и Модел Европске фондације за менаџмент квалитетом (EFQM). Преостала два су иницирана и развила су се унутар здравствене професије. То су акредитација и визитација [40].

Екстерни механизми сертификације IMS-а су дефинисани као регионални или потенцијално национални, добровољни процес, где се здравствене службе процењују од стране стучних тимова на основу експлицитно публикованих стандарда ISO (9001, 14001, 18001, ...).

Истраживања [16, 40, 42, 47] су показала да су у земљама Европске уније највише заступљени ISO стандарди, а затим следе акредитација, EFQM и визитација (преглед-оцењивање стања у којем се налази нека установа).

Заступљеност ISO стандарда је највероватније због интернационалног значаја и погодности примене на појединачна одељења, нарочито лабораторије и радиологије.

Модел Европске фондације за менаџмент квалитетом (EFQM) се појавио 1988. године. Основни принципи овог модела су принципи Менаџмента тоталним квалитетом (TQM), где активности, односно њихова извршења треба да задовоље очекивања, потребе и захтеве свих чиниоца у здравственом систему. Због својих својстава EFQM може да се користи у свим типовима организација, без обзира на њихову величину или сектор коме припадају.

Визитација је модел пореклом из Холандије и први пут је примењена 1992. године од стране лекарског друштва, као колегијална процена и за поновну регистрацију чланова, базирана на експлицитним стандардима.

Акредитација представља системску процену здравствених установа од стране стручњака изван здравствене установе уз коришћење експлицитних стандарда,

односно то је процена квалитета активности, службе или организације у систему здравствене заштите [71].

Европска унија акредитацију дефинише као „регионални или (по могућству) национални програм добровољно уведен од организација даваоца услуга у здравству, намењен побољшању организације и пружања здравствених услуга. Програм је заснован на експлицитним, публикованим стандардима који су предложили тимови стручњака, а њиме управља одговорно тело у коме непристрасно одлучују корисници, даваоци и купци услуга (осигурање) и држава“[40].

Системи менаџмента су моћно средство за организације за управљање квалитетом, заштиту животне средине и заштиту здравља и безбедности на раду, пројектовани и структурирани према захтевима. Ови системи се сматрају као управљачки и као контролни механизми, па се многи сектори привреде и ванпривреде сада опредељују за повећање њихове имплементације и интеграције. Ефикасност ових документованих система у ДЗ повећава се кроз интегрисани приступ [70]. Систем интеграције нуди значајан корак напред, где постоје сличности између компоненти система, смањење документације и администрације, трошкова и повећање ефикасности. Остварени ефекти утврђени су у здравственом систему Imam Khomeini Hospital [70].

Број сертифицираних Домова Здравља у Србији је око пет до десет. Светска здравствена организација и ISO не воде посебно статистику за домове здравља. У свету, према www.iso.org/ims, примена стандардизације у здравственим установама је у око 175 земаља.

Адекватном применом стандарда и захтева може се у великој мери утицати на побољшање квалитета и безбедности здравствених услуга. То би у првом реду требало да имају у виду консултант приликом пројектовања и имплементације одговарајућег система менаџмента у здравственим организацијама, а потом и највише руководство при одржавању и унапређењу успостављеног система. На крају ове захтеве треба да познају и оцењивачи, како би на најпрофесионалнији и најодговорнији начин обављали провере у области здравства, где је последњих година све интензивнија примена система менаџмента квалитетом како у високоразвијеним земљама света, тако и у нашој земљи.

5.2 Улога IWA 1

Стандард IWA 1:2005 је Систем менаџмента квалитетом, као водич за примену ISO 9001 и упуство за унапређење здравствене услуге.

Циљ овог документа је да помогне у развоју и унапређењу основног система квалитета тј. система управљања организацијама здравствених услуга који обезбеђује континуално побољшање, наглашавајући грешке или неповољан

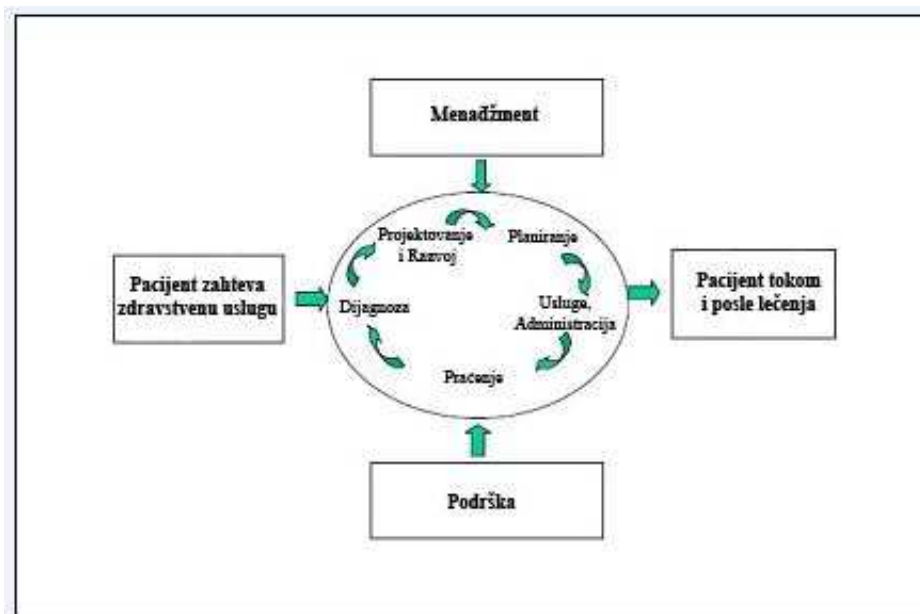
исход превенција, смањење варијације и организационе губитке, на пример не-додату вредност активности.

Овај међународни стандард не обухвата смернице специфичне за остале системе менаџмента, као што су посебни захтеви заштите животне средине, управљање заштитом здравља и безбедности на раду, финансијски менаџмент, или управљање ризицима. Међутим, овај међународни стандард омогућава организацијама да ускладе или интегришу своје системе управљања квалитетом са сродним системима управљања. То је пожељно за организације да прилагоде своје постојеће системе управљања у циљу успостављања система управљања (менаџмента) квалитетом који прати смернице овог међународног стандарда.

Здравствене услуге-организације треба да дефинишу све своје процесе. Ови процеси, који су обично мулти-дисциплинарни, обухватају административне и друге услуге подршке, као и оне које се тичу других активности, укључују такве примере као:

- а) развој и спровођење обуке у складу са надлежностима и одговорностима
- б) хирушки процеси и неопходне пратеће услуге подршке
- ц) превентивно и предиктивно одржавање програма
- д) пројектовање и/или развој дијагностичких протокола/путева.
- е) обрачун и шифрирање за реализоване услуге,
- ф) текућу негу за пацијента, без обзира на дијагнозу или локацију

Процесни модел здравствене услуге приказан је на слици 17.



Слика 17. Процесни модел здравствене организације [26]

Ако би претходну шему (слику) прилагодили систему здравствене заштите процеси се активирају следећим редоследом:

- а. **Процес релације са пацијентом** у коме се идентификују потребе пацијента, врши његов пријем и постављање дијагнозе
- б. **Процес пројектовања здравствених услуга** - ако је у питању нека од ретких болести која захтева примену нових специфичних метода лечења
- ц. **Процес набавке лекова и санитетског материјала** који су неопходни за лечење пацијента
- д. **Процес лечења** или реализације услуге
- е. **Исход лечења**, као део процеса релације са корисником.

Документ IWA 1, је развијен са следећим циљевима:

- Побољшати квалитет испоручене здравствене услуге и безбедност, као и дати допринос допуни постојеће акредитације, или остварити подршку у остваривању акредитације,
- Обезбедити побољшање процеса, да се повећа додатна вредност за организацију и купца (пацијента)
- Побољшати имиџ организације, повећати поверење пацијента,
- Одржавати доследност у глобалном приступу са серијом ISO 9000 и другим специфичним секторским документима,
- Развити/инкорпорирати процес који је делотворан,
- Смањити губитке (трошкове лошег квалитета) организације здравствене услуге.

Овај међународни стандард даје смернице и мимо услова датих у ISO 9001, како би се размотрила и ефективност и ефикасност система управљања квалитетом, а самим тим потенцијал за побољшање перформанси организације. У односу на ISO 9001, циљеви и задовољства купаца и квалитета производа, обухватају задовољство **заинтересованих страна** и перформансе организације.

Структура IWA 1, је у великој мери истоветна са ISO 9001. Главни модули – захтеви су:

- 4 – Систем менаџмента квалитетом,
- 5 – Одговорност руководства,
- 6 – Менаџмент ресурсима,
- 7 – Реализација производа,
- 8 – Мерење, анализе и побољшавања.

5.3 Неопходност увођења SM у здравству и ДЗ

Упркос чињеници да развој и одржавање стандарда квалитета представља значајан изазов за многе земље по питањима ресурса и примене, акредитација је успешно постављена у многим земљама света и прихвата се као један од добрих, доследних и одрживих приступа за побољшање услуга у здравственим организацијама или здравственој економији, будући да се процес акредитације заснива на оквирима стандарда који прописују мере квалитета за сваки аспект пружања здравствене заштите.

Важност акредитације у здравственој заштити на међународној сцени огледа се у високом угледу који ужива Међународно удружење за квалитет у здравственој заштити (ISQua), чији квалитет гарантују акредитацијска тела у здравственој заштити. ISQua ALPHA стандарди су високо цењени и одобрени од стране акредитацијских тела широм света. Важно је напоменути да основну базу и структуру ови стандарди заснивају на ISO стандардима.

Имајући претходно у виду, успостављање система менаџмента се заснива на постулатима стандардизације, и као неопходност и ефекте детерминише [46]:

- унапређење квалитета рада здравствене установе (посебно ДЗ),
- безбедност пацијента,
- обезбеђење делотворног и исплативог пружања здравствених услуга,
- стварање једнаких или приближних услова за пружање здравствених услуга у целом систему здравствене заштите (укључујући најпре примарни),
- успостављање поверења корисника здравствене заштите,
- унапређење менаџмента у здравству.

Пројектованим циљевима се тежи достизању највишег нивоа квалитета рада, очувања животне средине и безбедности пацијента, а чиме се дефинише пет стратешких циљева [20, 24, 46]:

1. Стварање услова да корисници-пацијенти буду у средишту система здравствене заштите,
2. Унапређење стручног знања здравствених радника и подизање свести о значају сталног унапређења квалитета здравствене заштите и развијање специфичних знања и вештина,
3. Стварање услова који промовишу културу сталног унапређења квалитета здравствене заштите, екологије и безбедности пацијента у здравственим установама
4. Обезбеђење сигурности, безбедности и исплативости здравствених технологија
5. Обезбеђење финансијских подстицаја за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената.

Потреба за пружањем здравствених услуга високог нивоа квалитета, очувања животне и радне средине нарочито је порасла последњих година. Разлог томе је и нови концепт квалитета живота (Quality of life), акредитацијски стандарди

Министарства здравља, Регулатива заштите животне средине и »оживљавање и развој« разноврсне приватне здравствене делатности.

У Стратегији Владе Републике Србије квалитет здравствене заштите је препознат као једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите, а стално унапређење квалитета, очувања животне средине и безбедности пацијената је саставни део свакодневних активности здравствених радника, здравствених сарадника и свих других запослених у здравственом систему, а првенствено у примарној здравственој заштити.

Поред акредитацијских стандарда, у примарној здравственој заштити посебну улогу заузимају и системи менаџмента према ISO стандардима. Организовани здравствени системи теже успостављању и сертификацији ISO система у здравству са циљем свеобухватности и сталног унапређења медицинских услуга, постизања ефикаснијег здравственог система и задовољнијим корисницима тј. пацијентима.

Увођење и сертификација система менаџмента квалитетом - QMS (ISO 9001) има за циљ да кроз едукацију кадрова и тотално управљање квалитетом, услуге примарне здравствене заштите подигне на ниво који одговара светским стандардима (IWA 1). Такође, омогућује успостављање регулативе свих процеса, континуална унапређења, одрживост акредитације (јер стандард обухвата шири опсег), стални надзор од независне сертификационе куће и добијање екстерне потврде – сертификата.

Увођење и сертификација система менаџмента заштитом животне средине - EMS (ISO 14001) омогућиће ефикаснију примену прописа, управљање и контролу аспеката животне средине, реализацију циљева и програма, мерење и праћење учинка животне средине и спремност за реаговање у ванредним ситуацијама. Са аспекта управљања отпадом подићи ће се ниво ефективности и ефикасности прикупљања, складиштења, транспорта и третмана медицинским и немедицинским отпадом и реализација плана управљања отпадом на подручју региона.

Систем OHSAS, омогућује ефикаснију примену мера и циљева заштите здравља и безбедности на раду.

Реализација пројекта интеграције претходна три система у један кохерентан систем – IMS, имплицира опште циљеве у ДЗ [24]:

- Унапређење примарне здравствене заштите,
- Повећање квалитета рада запослених,
- Подизање нивоа компетенција,
- Систематски развој контроле квалитета и менаџмента у институцији,
- Могућност ширења иновација на свим нивоима,

- Већи ниво задовољства пацијената,
- Смањење ризика,
- Побошање безбедности на раду,
- Поштовање прописа из безбедности,
- Побољшање учинка заштите животне средине,
- Задовољење еколошке регулативе и
- Управљање отпадом.

Посебан циљ овог пројекта је кроз увођење IMS-а створити боље услове за кориснике примарне здравствене заштите, подићи целокупан систем пословања на виши ниво, створити базу за акредитацију лабораторија и поставити стандарде за пословање установа примарне здравствене заштите у Републици.

Додата вредност овог пројекта је поклапање истог са приоритетима републичке и локалне власти у смислу развоја здравствене заштите, обезбеђења квалитета и безбедности пацијената, стварања еколошког учинка и развијања друштвене свести о превентиви.

Имајући у виду захтеве стандарда, правила сертификације и редовног надзора и захтеве државних институција пројекат би постигао одрживост.

Према [70, 76], кључне предности интегрисаног система менаџмента у здравственим установама су:

- Управљање ризицима,
- Конкурентску предност ,
- Привлачење инвестиција и пројеката,
- Побољшавање угледа,
- Подизање задовољства заинтересованих страна,
- Смањење дуплирања документације и преклапања или сувишних система,
- Једноставнија документација система са једним пословником и једним сетом стандардних-системских процедура,
- Већа усаглашеност вишеструких стандардизованих система,
- Смањење трошкова и преклапања у вези са постојањем одвојених системе за сврхе акредитације и независне сертификације,
- Побољшање перформанси установе.

5.4 Дефинисање основне структуре IMS

Интегрисано значи комбиновано; поставити све интерне праксе менаџмента у један систем, али не као одвојене компоненте. Да би системи били интегрални део система менаџмента (*SM*), морају бити повезани тако, да не постоје границе између процеса.

Интегрисани системи менаџмента (*IMS*) су системи менаџмента који интегришу све компонентне системе менаџмента у један кохерентан систем, омогућавајући постизање политике и циљева.

IMS концепцијски мора да буде постављен као скуп међусобно повезаних процеса који користе заједничке ресурсе, а ради задовољења заинтересованих страна (стејкхолдера).

Било шта што има утицај на резултате пословања и задовољство стејкхолдера мора бити део система. Дакле, *IMS* треба да integriше све текуће формализоване системе фокусиране на квалитет, заштиту животне средине, здравље и безбедност, особље, финансије, итд. То значи да процеси и документа, која их описују, треба да буду интегрисани.

Успостављање *IMS*-а обухвата велики број међусобно повезаних активности које се одвијају у дужем временском периоду (у зависности од постојећег стања, величине предузећа, и др.). С тога је потребно да се овај скуп активности организује и води у складу са концептом пројект менаџмента (пројект манаџмент).

Код разматране организације врши се интеграција QMS-а, EMS-а, OHSAS-а. Први корак код успостављања интегрисаних система је утврђивање исправне хијерархије захтева и очекивања интересних страна за чије се потребе систем гради. Држећи се принципа минимизације ризика, треба почети од установа државе, као интересне стране која може да направи највећу „штету“ организацији, па онда укључивати остале.

Тако се добија следећа хијерархија захтева [6]:

- Захтеви закона и других прописа (закон о заштити животне средине, закон о заштити на раду, закон о раду, акредитацијски стандарди и др.),

- Захтеви корисника/пацијента,

- Потребе локалне самоуправе,

- Захтеви и потребе друштвене заједнице (окружења у којем установа ради),

- Захтеви стандарда за системе менаџмента.

Анализирајући претходну хијерархију и табелу 2, констатује се да за успостављање ИМС-а у ДЗ изабирају следећи стандарди:

- **SRPS ISO 9001:2008 - Системи менаџмента квалитетом. Захтеви.**
- **SRPS ISO 14001:2005 - EMS. Захтеви са упутством за примену.**
- **SRPS OHSAS ISO 18001:2008 – OHSAS. Захтеви**

Захтеве које установа мора да испуни дефинисани су серијом стандарда SRPS ISO 9000 који су израђени да би помогли организацијама свих врста и величина, да примењују и спроводе ефективне системе менаџмента квалитетом [61, 62].

Остали специфични стандарди који су у вези са применом серије ISO 9000 су: ISO1005 за планове квалитета, ISO 10006 за управљање пројектом, ISO 10007 за управљање конфигурацијом (изменама), ISO 10012 за системе мерења, ISO 10013 за документацију, ISO 10014 за менаџмент економиком квалитета, ISO 10015 за обуку.

Међународним стандардом **ISO 14001** утврђују се захтеви који се односе на систем менаџмента заштитом животне средине, како би организација могла да развије и примени политику и циљеве заштите животне средине водећи рачуна о свим законским и другим прописима са којима се организација сагласила као и информацијама о значајним утицајима на животну средину.

OHSAS стандардом 18001 се утврђују захтеви за систем управљања заштитом здравља и безбедношћу на раду који треба да омогући организацији да развије и примени политику и циљеве који узимају у обзир законске захтеве као и информације о **OH&S** ризицима

У ДЗ врши се процесна интеграција **QMS, EMS, OHSAS**, паралелни приступ, па и процес сертификације ИМС-а представља заједнички аудит.

5.5 Захтеви заинтересованих страна

Заинтересована страна или “стејкхолдер” је “група или појединац који могу да утичу или су под утицајем остварења циљева организације”. Класификација стејкхолдера се може извршити на примарне и секундарне, где су примарни они који су повезани са тржиштем, подразумевајући кориснике, добављаче, запослене и инвеституре/осниваче. Секундарни стејкхолдери могу бити на пример јавност, друштвена заједница, или влада .

Гледано из угла посебних стејкхолдера, сваки од њих захтева само одређени систем менаџмента, према одређеном стандарду.

Гледано са стране установе, она има основни систем менаџмента и њу интересује како да га што једноставније адаптира и усклади према захтевима различитих стандарда, али са јединственим ресурсима, надлежностима, циљевима, плановима, документима, обукама, проверама, побољшањима и сertiфикацијама.

Када организација идентификује све заинтересоване стране може утврдити које парцијалне менаџмент системе треба да укључи у свој пословни систем. Стандард **ИСО 9004** идентификује широки спектар заинтересованих страна:

- Корисници (купци),
- Запослени,
- Власници,
- Испоручиоци,
- Друштвена заједница, и др.

Сви они имају интереса да организација буде успешна и да може да задовољи њихове интересе. У табели 2 наведене су заинтересоване стране и претежне области њиховог интересовања, са аспекта ДЗ

Табела 2 – Претежне области интересовања стејкхолдера ДЗ-а (адаптирано из: 54)

Заинтересована страна (стејкхолдер)	Области интересовања
Корисници - пацијенти	– Квалитет услуга – Цена – Термин – време пружања услуга – Третман после терапије
Запослени	– Зараде – Услови рада и безбедност – Стабилност установе
Менаџмент	– Квалитет рада – Задовољство пацијента – Задовољство запослених – Испуњење захтева оснивача и Министарства здравља
Локална самоуправа	– Стабилност и квалитет рада – Лојалност корисника – Очување животне средине
Министарство здравља	– Стабилност и квалитет – Управљање медицинским отпадом
Испоручиоци	– Редовност наруџбина – Дугорочна сарадња – Добра наплата
Друштвена заједница	– Задовољни грађани – Животна средина – Редовност наплате пореза и доприноса

6. ИНТЕГРАЦИЈА QMS, EMS и OHSAS У ДЗ КРАГУЈЕВАЦ

6.1 ДЗ Крагујевац

Адреса и контакт подаци

Дом Здравља Крагујевац (ДЗ)

Краља Милутина бр. 1

34 000 Крагујевац

- Телефон: 034/ 323-208; - Фах: 034/ 323-541 - Е-маил: domzdrkg@microsky.net

МИСИЈА

Једнакост и доступност свима, здравље болеснима, превенција здравима, квалитетно, ефикасно и безбедно.

ВИЗИЈА

Наша визија је да постанемо водећа установа примарне здравствене заштите, којој се верује, чије ће име бити гарант квалитета и да све наше активности допринесу бољем здрављу грађана Крагујевца, а задовољство пруженим услугама у унапређењу и очувању здравља постане интерес свих.

Историјат развоја

Примарна здравствена заштита у Крагујевцу је оформљена као посебан функционални облик 1966. године, у оквиру Медицинског центра Крагујевац. До 1990. године функционисао је у оквиру ООУР „Дом здравља“. Од 1990. године Медицински центар је конституисан као Здравствени центар „Др Михајло Илић“ у оквиру кога је постојала РЈ Дом здравља у Крагујевцу.

Дом здравља Крагујевац у садашњем облику основан је у децембру 1998. године Одлуком Владе Републике Србије.

ДЗ Крагујевац као институција примарне здравствене заштите на подручју града Крагујевца покрива простор од 853 км² и пружа здравствену заштиту за 200000 становника.

У обављању здравствене делатности Дом здравља Крагујевац пружа превентивне, дијагностичке и терапијске услуге из следећих области здравствене заштите: здравственог васпитања, опште медицине, здр. заштите жена, лабораторијске и рендген дијагностике, кућног лечења и здр. неге, специјалистичко-консултативне делатности у оквиру спортске медицине.

У циљу боље ефикасности, рационалности, доступности, сродности послова и њихове техничке организованости и повезаности, у складу са Правилником о унутрашњој организацији ДЗ образоване су организационе јединице: огранци – вертикална просторна повезаност, и Службе – хоризонтална повезаност по делатности.

Примарна здр. заштита представља улазна врата у здравствени систем, први ниво организоване здравствене заштите са основним циљем очувања и побољшања здравља грађана и породице. У ДЗ Крагујевац запослено је 7 здравствених сарадника и 97 немедицинских радника. Укупно 203 су лекари, од тога 138 специјалиста и 327 медицинских техничара, од чега је 28 са вишом стручном спремом.

Захваљујући учешћу у бројним пројектима ДЗ Крагујевац је током претходних неколико година добио рачунарску опрему, отворен је Центар за превенцију, Саветовалиште за психо-физичку припрему трудница, Саветовалиште за младе... Захваљујући пројекту „Политика примарне здр. заштите на Балкану“ ДЗ Крагујевац је завршио процес акредитације. У оквиру пројекта НИП-а адаптиран је Централни објект специјалистичко-консултативне службе. Кроз пројекат „Подршка примени капитације“ поред добијене рачунарске опреме започет је процес опредељивања пацијената за избор изабраних лекара и оформљени су тимови.

6.2 Фазе пројекта

Имајући у виду процену нивоа спремности ДЗ за имплементацију IMS-а, кадрове који се могу ставити на располагање за реализацију пројекта и компетентност запослених, Одлука је да се Пројекат IMS-а реализује уз консултантску помоћ.

Након спровођења поступка јавних набавки изабраће се од стране ДЗ (као наручиоца) консултантска организација (понуђач). Након тога утврдиће се временски оквир, расподела послова, тј. формирати гантограм (термин план).

Термин план активности реализације пројекта у оквиру наведених 12 месеци дат је у *табели 3*.

Табела 3 - Термин план активности успостављања IMS (QMS, EMS, OHSAS)

Р. бр	Назив фазе (активности)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Одговорност
1	Дефинисање организацијске структуре и органа пројекта													Понуђач/Наручилац
2	Снимак стања													Понуђач
3	Обука топ менаџмента и општа обука за IMS													Понуђач
4	Консултантске услуге на изградњи IMS-а													Понуђач/Наручилац
5	Идентификовање процеса (одређивање мапе процеса)													Понуђач/Наручилац
6	Израда плана израде DIMS													Понуђач/Наручилац
7	Израда процедура													Понуђач/Наручилац
8	Израда упутства и спецификација													Наручилац/Понуђач
9	Контрола докумената ИМС-а и реализовање корективних мера													Понуђач/Наручилац
10	Обука за примену DIMS													Понуђач/Наручилац
11	Имплементација IMS-а													Понуђач/Наручилац
12	Успостављање примене													Понуђач/Наручилац

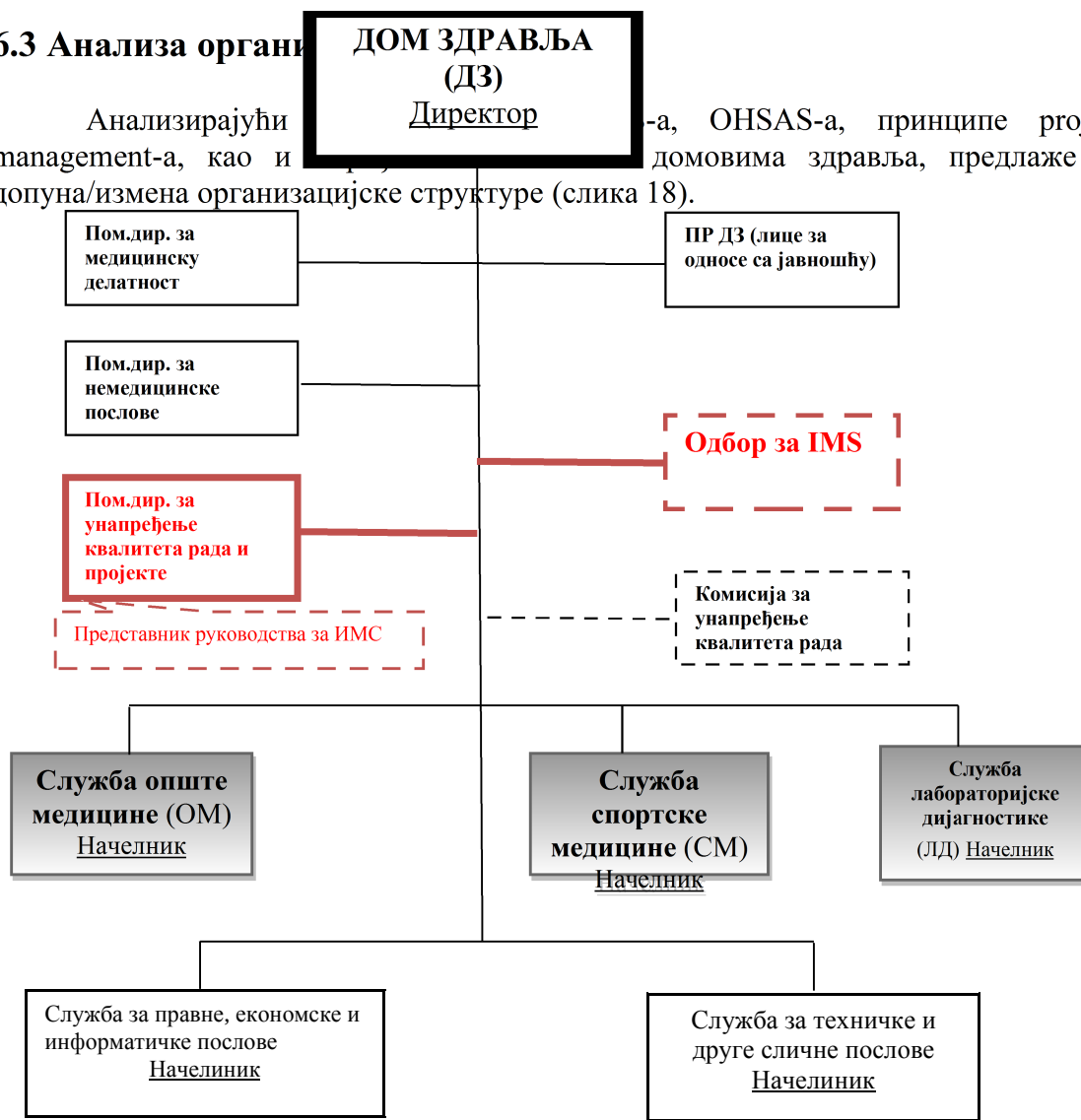
	DIMS																
13	Идентификовање неусаглашености/потенцијалних неусаглашености																Наручилац/Понуђач
14	Корективне мере (дефинисање и примена)																Понуђач/Наручилац
15	Обука за интерне провере																Понуђач
16	Интерна проверка пред сертификацију																Наручилац/Понуђач
17	Преиспитивање од стране руководства																Наручилац/Понуђач
18	Покретање поступка сертификације																Понуђач
19	Евентуалне консултантске услуге на корекцији IMS-a																Понуђач

Пројекат успостављања и област сертификације односи се на:

Примарну здравствену заштиту и Спортску медицину.

6.3 Анализа органи

Анализирајући **ДОМ ЗДРАВЉА (ДЗ)** -а, OHSAS-а, принципе project management-а, као и **Директор** домовима здравља, предлаже се допуна/измена организацијске структуре (слика 18).



Слика 18. Макроорганизацијска структура ДЗ (*предлог промена*)

Радно место Помоћника директора за унапређење квалитета рада и пројекте, је неопходно из више разлога. Ово лице је задужено за праћење и реализацију акредитацијских стандарда Министарства здравља, и организовање и координацију рада Комисије за унапређење квалитета. Руковођење пројектима такође изискује потребу за овим радним местом. У протеклих 5 година реализовано је 17 пројекта (координираних и/или финансираних од стране домаћих или страних организација: CIDA, InterSOS, Министарство здравља, EU, ACIDI/VOCA, UNICEF, EAR/EPOS, Progetto Sviluppo, NIP, Dekada Roma, Vlada i narod Japana). U pripremi su dva projekta: «Protokol o međusektorskoj saradnji u procesu zaštite žrtava nasilja u porodici na području Grada Kragujevca» i «Projekat povezivanja zajednice»

Ово лице би обављало и послове Представника руководства за IMS (PRI), руководило пројектом успостављања, сертификације и унапређења IMS-а, i заменика председника Одбора за IMS.

За успостављање, одржавање и унапређење IMS-а (QMS, EMS, OHSAS) неопходно је формирати Одбор за IMS.

6.4 Утврђивање мреже процеса, метрике процеса и циљева квалитета/IMS-а

ДЗ успоставља, документује, примењује и одржава IMS и непрекидно побољшава његову ефективност кроз: примену политике IMS, примену докумената IMS и сталном оријентацијом ка корисницима/пацијентима.

Политиком IMS утврђују се правац у којем ће се кретати установа и одређују циљеви којима треба тежити.

IMS-ом су обухваћени организациона структура, поступци, процеси и ресурси и постављен је тако да спречи појаву неусаглашености у свим процесима, уз истовремену тежњу ка сталном побољшању – од препознавања потреба и очекивања корисника, преко свих фаза реализације услуга, идентификује и примењује законске и друге прописе који се односе на своју област делатности, заштиту околине и заштиту здравља и безбедност на раду [4].

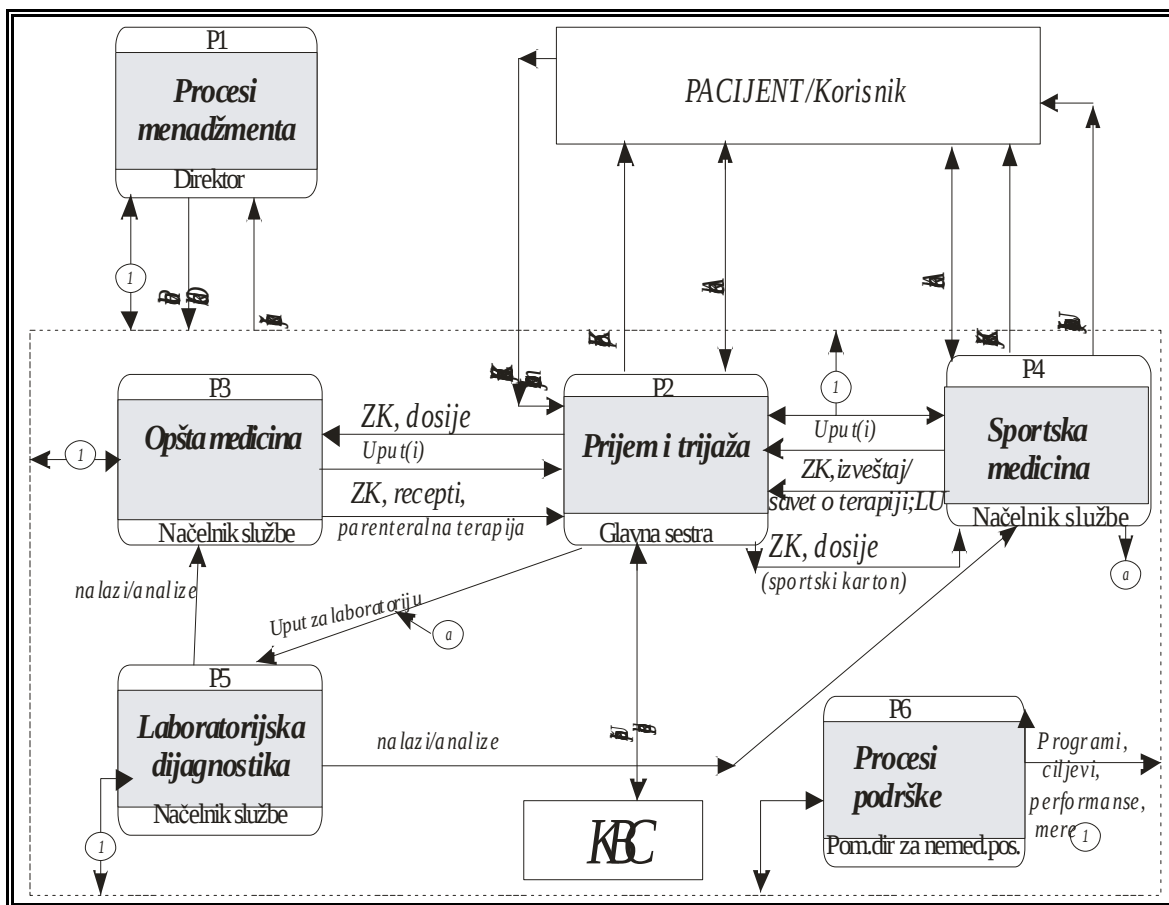
Интерне провере и преиспитивања IMS-а од стране руководства користе се за надзор над функционисањем система, праћење ефеката, анализу стања, иницирање корективних и превентивних мера и идентификацију могућности за побољшање. У случају да резултати мерења и праћења и/или интерних провера показују да се не постижу планирани резултати, спроводе се одговарајуће корекције и корективне мере, којима се обезбеђује и одржава ефективност процеса организације (установе ДЗ).

Мрежа (мапа) процеса

Процеси које примењује ДЗ приказани су на *слици 19* (мапа/мрежа процеса). Мрежом процеса приказан је редослед и међусобно деловање процеса. Међусобно деловање процеса интерпретира се преко производа процеса, који су излаз из једног, а улаз у други/наредни процес [1]. Критеријуми и методе потребне да се обезбеди, да извођење ових процеса и управљање њима буде ефективно прописују се регулативом процеса (*табела 6*). Регулацивом процеса (процедуре) прописују се следећа одређења процеса: важније информације о процесу (ознака и назив процеса, веза са претходним и наредним процесима, улази у процес, излази из процеса), ток и извршење процеса, дијаграм тока и мерење/надгледање (праћење) процеса (важније карактеристике процеса, мерила прихватљивости, мерење и праћење карактеристика, оцењивање учинка процеса).

Процеси се означавају као на *слици 19*. Процес се графички интерпретира заобљеним "троделним" правоугаоником. У првом делу уписује се ознака процеса, у средишњем назив процеса и на крају одговорни субјект за реализацију процеса. У зависности од комплексности процес се по потреби може структурирати на подпроцесе. Подпроцеси се означавају тако што се ознаки процеса коме припадају додаје тачка и редни број подпроцеса у оквиру процеса.

Преглед регулативе процеса (документи IMS-а и друга регулатива којима се дефинише одвијање и управљање процесима ДЗ) приказан је у *табели 6*.



Слика 19. Мапа процеса ДЗ

Метрика процеса

Метрика процеса приказана је у документима IMS-а (Пословник, процедуре, упутства).

У зависности од специфичности процеса, интегрисаног система менаџмента, делатности и величине организације (установе), пројектованих циљева IMS-а и других фактора дефинишу се перформансе процеса, начин избора перформанси, интервал и методологија мерења и праћења за конкретан случај. Мерења перформанси процеса треба да избалансирано обухвате потребе и очекивања свих заинтересованих страна.

Перформансе процесе (метрика квалитета **ПРОЦЕСА**) за процесе ДЗ приказани су у табели 4. **Интервал мерења је шестомесечни. Одговорност је на власницима процеса.**

Табела 4 – Метрика процеса

ПРОЦЕС	ПЕРФОРМАНСЕ (-ЦИЉНА ВРЕДНОСТ-)
	Реализација плана пословања (95%)

<u>МЕНАѢМЕНТ</u>	• Реализација плана унапређења квалитета рада (90%) • Остварење бонуса код Министарства здравља (повећање плата запослених до 10%) • Задовољство пацијента (изнад 8) • Број казни и негативних налаза (0) • Стопа леталитета (≤ 3)
<i>ОСНОВНИ ПРОЦЕСИ</i>	
Пријем и тријажа	• Просечна дужина чекања на заказани преглед (≤ 10 мин) • Број жалби (2) • Задовољство пацијента (изнад 8) • Ажурност и комплетност картона ($\geq 98\%$)
Општа медицина	• Просечан број посета по лекару (≥ 30) • Задовољство пацијента (изнад 8) • Промена избраног лекара (≤ 7) • Просечан број упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару на 100 посета (≥ 20) • Проценат превентивних посета у укупном броју посета код лекара ($\geq 15\%$) • Обухват вакцинацијом против грипа особа старијих од 65 година (85%) • Проценат пацијената упућених у друге здравствене установе ($\leq 25\%$) • Проценат подударности упутне дијагнозе и дијагнозе коју је поставио специјалиста (85%) • Број посећених едукација/семинара (≥ 5)
Спортска медицина	• Просечан број посета по лекару (≥ 30) • Број жалби (2) • Задовољство пацијента (изнад 8) • Промена избраног лекара (≤ 3) • Проценат ураћених прегледа у односу на прошлу годину (повећање од мин 10 %). • Просечна дужина третмана (мин. месец дана) • Повећање процента издатих уверења (25% у финансијским ресурсима) • Број посећених едукација/семинара (≥ 5)
Лабораторијска дијагностика	• Задовољство пацијента (изнад 8) • Просечан број упута за лабораторију по лекару на 100 посета ($\geq 15\%$) • Број жалби (3) • Неусаглашеност налаза (1)

	• Кашњење резултата налаза (укупно 1 дан у мереном интервалу)
Подршка	• Реализација плана обуке (100%) • Број неусаглашености у QMC-у при проверама (≤ 8) • Превентивно одржавање (80%) • Реализација плана набавке (95%)

Метрика квалитета процеса подршке приказана је у Процедури – Процеси подршке и припадајућим упутствима.

Праћење перформанси заснива се на поступку различитом за сваки процес. Генерално говорећи, поступак има следеће кораке: Утврђивање циљних вредности, Извођење и праћење процеса, Извештавање о остваривању перформанси, Анализа и увођење мера.

Циљеви квалитета/IMS

Стратешким циљевима пословања ДЗ сматрају се:

- потпуна посвећеност исказаним и подразумеваним захтевима корисника,
- усаглашеност са захтевима законске регулативе релевантне за област деловања организације,
- усаглашеност са највишим стандардима и етичким нормама,
- стално унапређивање знања и вештина запослених,
- стално унапређивање свих процеса [46].

Полазећи од ових стратешких циљева, Одбор за IMS дефинише годишње циљеве IMS-а, сагласно Пословником о IMS-у. Истом документом дефинисан је и поступак извештавања и праћења остварености циљева. Тим за EMS дефинише опште и посебне циљеве ЗЖС сагласно процедури: Идентификација аспеката животне средине и постављање општих и посебних циљева.

Циљеви квалитета/ИМС-а за следећу годину су:

- C1** – Увођење и сертификација ИМС-а (0 великих неусаглашености),
- C2** – Задовољство пацијената (изнад 8),
- C3** – Повећање превентивних прегледа (за 15% у односу на прошлу годину)
- C4** – Број жалби (0)
- C5** – Број негативних инспекцијских налаза (0)
- C6** – Смањење трошкова који настају због лошег квалитета (за 10% у односу на прошлу годину,
- C7** – Број инцидената/акцидената на животну средину (0)

План IMS-а компонентни је план пословања и у надлежности је највишег руководства. Планирање IMS-а спроводи се на састанцима Одбора за IMS.

6.5 Ниво спремности ДЗ за примену IMS-а

Пре увођења стандарда и интеграције система менаџмента, у овом случају QMS-а, EMS-а, OHSAS-а неопходно је извршити анализу спремности запослених за примену тих стандарда. Да ли су стратегијски и оперативни менаџмент установе, тако и запослени спремани за увођење али и даље праћење и стално побољшање система менаџмента у ДЗ. У *табели 5.* извршена је анализа и дате су оцене нивоа спремности за примену IMS-а у ДЗ. Оцене су давали директор, помоћник директора за медицинску делатност, начелник службе опште медицине, начелник службе спортске медицине. Оцене су даване у рангу од 1-5, с'тим што је 1- лоше, а 5- најбоље, па се може рећи да је оцена 3,5 и све преко ње задовољавајуће.

Табела 5 - Оцена нивоа спремности за примену IMS-а од стране менаџмента

	директор	Пом.дир.	Начелник ОМ	Начелник СМ	Начелник	Средња вредност
Оцена мотивације менаџмента Q, E, O	5	3	3	3	5	3,8
Оцена мотивације запослених Q, E, O	5	4	3	3	5	4
Оцена расположивости менаџмента	4	3	3	3	4	3,4
Оцена расположивости запослених	4	4	4	3	4	3,8
Оцена расположивости финансијских средстава	3	3	3	3	3	3
Оцена копетентности вођа пројекта	5	5	5	5	5	5
Оцена копетентности Консултаната	5	5	5	5	5	5
Реалност рока завршетка пројекта	5	5	5	5	5	5
Оцена ризика пројекта	4	3	3	4	4	3,6
<i>Средња вредност</i>	4,4	3,8	3,7	3,7	4,4	4

Добијена просечна оцена је 4 (четири), што је задовољавајуће и довољно је високи ниво спремности ДЗ за имплементацију IMS-а. Разлог овоме су и прошлогодишње припреме за акредитацију, рад комисије за унапређење квалитета, реализација плана унапређења квалитета рада, обучавање запослених, мерење задовољства пацијената и предузимање мера.

Агенција за акредитацију здравствених установа Србије је издала сертификат ДЗ Крагујевац **број: А-24-09/2011**, октобра 2011., са периодом важења 3 године.

6.6 Општи захтеви и примена процесног приступа

ДЗ треба да документује, примењује и одржава IMS и непрекидно побољшава његову ефективност кроз: примену Политике IMS-а, примену докумената IMS-а и сталном оријентацијом ка корисницима - пацијентима.

Ради повећања задовољења захтева пацијената/заинтересованих страна и побољшања управљања, примењује се процесни приступ. Активност која користи ресурсе и којом се обавља менаџмент да би се трансформисали улазни елементи у излазне, сматра се процесом (ознака "Р").

Процеси су дефинисани у Пословнику о IMS (**М**), разрађени су у процедурама IMS-а, у којима је приказан стандардни поступак одвијања процеса, идентификовани су њихови “власници”, улази и излази и одговорност осталих учесника.

За пословање установе, идентификоване су три групе процеса (Р):

- Менаџмент,
- Основни (главни) процеси и
- Процеси подршке.

Табела 6 даје преглед процеса и регулативе.

Табела 6 - Преглед регулативе процеса

Процес (П)		Регулатива
P1	Менаџмент	М, Правилник о праћењу квалитета, Правилник о организацији и систематизацији, Статут
Основни процеси		
P2	Пријем и тријажа	IP.02 – Пријем и тријажа пацијената IU.01 – Администрација картотетке
P3	Општа медицина	IP.03 – Рад опште медицине (услуге примарне здравствене заштите) IP.02 – Преглед пацијента IU.03 – Терапија, лечење и контрола IU.04 – Систематски прегледи
P4	Спортска медицина	IP.04 – Рад спортске медицине IU.05 – Прегледи спортиста IU.06 – Саветовање спортиста IU.07 – Издавање уверења
P5	Лабораторијска	IP.05 – Рад лабораторије

	дијагностика	IU.08 – Биохемијске анализе IU.09 – Хематолошке анализе
Процеси подршке		
		IP.06 – Процеси подршке
P5	IMS	IP.01 – Управљање документима и записима IP.07 – Интерне провере IP.08 – Поступак на приговор пацијента IP.09 – Управљање неусаглашеностима, корективне и превентивне мере IP.10 – Идентификација и вредновање аспекта, постављање циљева и програма ЖС IP.11 – Управљање отпадом IU.10 – Управљање медицинским отпадом IP.12 – Мерење и праћење и вредновање неусаглашености IP.13 – Приправност за реаговање у ванредним ситуацијама и одговор на њих IP.17 – Идентификација и процена ризика, постављање циљева и програма OHSAS IU.14 – Истраживање инцидента
P6	Менаџмент људским ресурсима-Обука	IP.06
P7	Економика и финансије	М, Законски прописи
P8	Набавка	IP.14 – Набавка IU.11 – Складишно пословање
P8	Информатика	М, Уговори
P9	Одржавање	IP.15 – Одржавање и управљање опремом IU.12 – Експлоатација возног парка
P10	Информатика	IP.16 – Информатика и статистика IU.13 – Задовољство пацијената

Процеси које примењује ДЗ приказани су на слици 19 (мапа/мрежа процеса). Критеријуми и методе потребне да се обезбеди, да извођење ових процеса и управљање њима буде ефективно прописују се регулативом процеса (табела 6). Процедурама се прописују следећа одређења процеса: важније информације о процесу, ток и извршење процеса, дијаграм тока и за основне процесе - мерење/надгледање (праћење) процеса (важније карактеристике процеса, мерење и праћење карактеристика, оцењивање учинка процеса).

6.7 Захтеви који се односе на документацију

Документација IMS-а пројектована је тако да обухвати:

- документа ИМС-а
- документа специфична за здравствене услуге,

- документа екстерног порекла (документација добијена од агенција, министарства, национални и међународни стандарди, законски прописи, правилници).

Документација ИМС-а ДЗ-а структурирана је у нивое, приказане на слици 20.

Списак процедура и упутства и записа дат је у табели 6.

Пословник о ИМС

Пословник о ИМС има ознаку М.

Пословник је највиши документ интегрисаних система менаџмента ДЗ -а. Њиме су описане одговорности, овлашћења и међусобне везе запослених везане са систем управљања ИМС-ом. У Пословнику о ИМС је описан ИМС и у њему су референциране све процедуре и/или упутства које се односе на ИМС.

Пословником се управља по истом поступку као и осталим документима ИМС-а. Уз одобрење Директора, Пословник се може доставити пацијенту (или другој заинтересованој страни), као *неконтролисана копија*.

Управљање документима

Сва ДИМС стављена су под контролу, што је дефинисано процедуром IP.01 – Управљање документима и записима.

Овом процедуром су дефинисани основни елементи управљања документима:

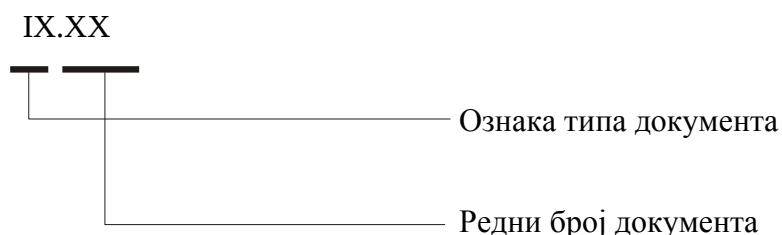
- јединствена идентификација докумената,
- одобравање адекватности садржаја,
- измене,
- издавање и дистрибуција докумената,
- управљање неважећим документима, као и
- чување и архивирање докумената.

За документа екстерног порекла, истом процедуром, утврђени су поступци и одговорности за:

- утврђивање потребе/обавезе њихове примене,
- обезбеђење докумената,
- управљање њиховом дистрибуцијом и архивирањем, као и
- обезбеђење управљања дистрибуцијом промена и управљања неважећим документима.

Процедуром IP.01 дефинисан је и начин означавања и структура докумената.

ДИМС (наведена у табели 7, прва колона) се означавају ознаком и називом ДИМС. Ознака ДИМС је алфанумеричка, према слици 20.



Слика 20. Ознака докумената IMS (DIMS)

Словни део ознаке за различите типове докумената дефинисан је у табели 7.

Табела 7 – Означавање DIMS

Тип докумената	Словна ознака
Процедуре	IP
Упутства	IU
Записи (формализовани записи-обрасци и записи у слободној форми)	IZ

На насловној страни документа боје ознака докумената су следеће: црна-за заједничка, плава-QMC, зелена-EMC, црвена-OXCAC.

Редни број документа у оквиру типа документа састоји се од две цифре, дефинише га PRI, почев од 01 па надаље коришћењем регистара за сваки тип докумената, водећи рачуна да не дође до дуплирања (при том у низу бројева једног типа докумената/процеса може бити неискоришћених бројева).

Утврђује се, у извесном смислу, стандардни садржај процедуре (по тачкама) како следи:

- 1.Сврха
- 2.Одговорност за примену
- 3.Термини, дефиниције и скраћенице
- 4.Опис процеса
- 5.Припадајући документи
- 6.Веза са другим документима

Управљање записима

У процесима ДЗ-а установљени су и одржавају се записи којима се обезбеђују докази о усаглашености са специфицираним захтевима и ефективном функционисању IMS-а. Процедуром IP.01 – Управљање документима и записима је дефинисан поступак управљања записима којим се обезбеђује њихово: идентификовање, заштита, чување, претраживање и уништавање.

Записи се одржавају у јасно читљивом облику, са датумом настанка и осталим неопходним подацима за идентификацију и чувају се по хронолошком редоследу настајања.

Записи IMS обезбеђују: подлоге за управљање процесима, верификацију да је одређена активност процеса изведена, вођење евиденције о изведеним активностима, могућност улажења у траг и извођење анализа квалитета вршења процеса рада. Употребљавају се следећи облици записа:

ФОРМАЛИЗОВАНИ ЗАПИСИ - документи чији је облик и садржај дефинисан у виду обрасца и даје се у прилогу М, процедура (IP) или упутства (IU). Формализовани записи су и они који су преузети без промена од стране других организација, комерцијални и законски записи.

ЗАПИСИ У СЛОБОДНОЈ ФОРМИ - документи чији облик и садржај није унапред дефинисан и није дат у прилозима процедура или упутства, али је утврђена обавеза њихове примене.

Записи IMS одлажу се и чувају у одговарајућим архивама. Запису се приступа: на рикни или почетку сваког регистратора налази се садржај регистратора; запис је у одговарајућем одељку (улажу се према датуму одоздо ка горе).

6.8 Одговорност руководства

Обавезе и деловање руководства

Руководство ДЗ-а опредељено је да непрекидно развија и унапређује IMS. Као потврду овог опредељења, највише руководство:

- обезбеђује да свим запосленим буде објашњена потреба непрекидног задовољења захтева, потреба и очекивања пацијената, као и потреба задовољења захтева осталих заинтересованих страна,
- утврђује, објављује и стално иновира политику IMS-а и циљеве који се односе на IMS,
- спроводи преиспитивање IMS-а,
- утврђује, планира и спроводи потребне корективне и превентивне мере и прати ефекте спровођења,
- обезбеђује ресурсе, потребне за несметано одвијање радних процеса.

Доказе о ангажованости руководства на развоју и примени IMS-а представљају: дефинисана Политика IMS, дефинисани циљеви IMS-а, записи са преиспитивања од стране руководства као и записи који се односе на корективне, превентивне и мере побољшања.

Усредсређеност на корисника (пацијента)

Руководство ДЗ обезбеђује да потребе и очекивања интересних страна (пацијента, запослени, испоручиоци, оснивачи, друштвена заједница) буду препознате, утврђене и задовољене.

За препознавање и документовање потреба и очекивања корисника и њихово преношење свом особљу које утиче на њихово испуњење, одговоран је помоћник директора за медицинску делатност.

Детаљи у вези с начином препознавања захтева корисника и степена њиховог испуњења, наведени су у IP.02, IP.03, IP.04 и IU.13.

PRI је одговоран да осигура да се приликом спровођења интерних провера разматрају и подаци у вези са задовољством пацијената.

Политика IMS

Политика IMS-а саставни је део укупне пословне политике, и дефинише је директор. Заснована је на успостављању и одржавању тржишно оријентисаног аспекта са циљем тоталног задовољења захтева, потреба и очекивања свих заинтересованих страна, уз стално побољшање IMS-а и повећање ефективности и ефикасности комплетног пословања.

На слици 21 је приказана Политика IMS-а.

Политика ИМС се преиспитује од стране руководства на две године.

Политика IMS-а "Дома Здравља Крагујевац" д.о.о. усмерена је на стицање поверења пацијента и корисника услуга, што се постиже испуњењем њихових захтева, потреба и очекивања, путем

- Успостављања и унапређења интегрисаног система менаџмента (IMS) према стандарду ISO 9001, ISO 14001, ISO 18001
- Побољшања задовољства пацијента и корисника услуга,
- Високог нивоа квалитета реализације услуга примарне здравствене заштите и спортске медицине,
- Поштовања законске регулативе,
- Сталне едукације из здравствене делатности,
- Успостављања партнерских односа са испоручиоцима, пацијентима и корисницима услуга,
- Побољшања економских перформанси.

Слика 21. Изјава о политици IMS-а

Планирање

Циљеви IMS-а

Директор у сарадњи са помоћницима, поставља мерљиве циљеве ДЗ-а у складу са политиком IMS-а. Циљеви за наредну годину се постављају крајем године при преиспитивању од стране руководства, када се преиспитује остварење циљева за претходни период. Руководство квартално анализира реализацију циљева и по потреби дефинише корективне мере. Резултати испуњења постављених циљева IMS-а су доступни свим запосленима.

У извештају о остваривању/оцењивању циљева (IZ) дефинисане су:

- Назив циља,
- Циљне вредности,
- Глобална циљна вредност.

Остварене вредности циљева рачунају се до 15. јануара текуће, за претходну годину. Припрема извештаја у надлежности је PRI.

Планирање IMS-а

ИМС је пројектован и документован на начин који обезбеђује да сви процеси и реализоване услуге задовољавају потребе пацијената. Систем је постављен тако да се кроз квалитет основних процеса увек може достићи квалитет услуга који је потребан пацијенту.

ИМС обезбеђује оквир за реализацију постављаних циљева. Редовно преиспитивање система од стране руководства представља основу планирања ИМС-а. Посебна пажња се посвећује планирању процеса неопходних за функционисање ИМС-а, обезбеђењу ресурса и побољшању свеукупног учинка система.

Циљеви и програми EMS и OHSAS

Детаљи активности идентификације еколошких аспеката, процене и реализације програма побољшања дати су у:

IP.10 - Идентификација и вредновање аспеката, постављање циљева и програма животне средине (ЖС).

Тим за ЕМС врши вредновање аспеката животне средине (ЖС). Сви аспекти за које се одреди да су значајни постају предмет „рангирања значајних аспеката“. Аспекти се рангирају по три критеријума:

- Озбиљност последица,
- Вероватноћа појављивања,
- Законски прописи.

*Ниво утицаја (НУ) = Озбиљност опасности (ОО) x Вероватноћа догађања (ВД)
+ Законски прописи (ЗП)*

Значајни аспекти са највишим бројем поена имају приоритет при постављању посебних циљева и изради програма за њихово испуњење.

Детаљи активности идентификације ризика, процене и реализације програма побољшања OHSAS дати су у акту о процени ризика и у:

IP.17 – Идентификација и процена ризика, постављање циљева и програма OHSAS

Процена ризика врши се по *методи Kinny* на основу разматрања:

- Озбиљност последица које запослени трпи код појаве опасности и штетности
- Вероватноћа појаве опасности и штетности
- Учесталост појављивања опасности и штетности

Ниво ризика се дефинише као производ могуће штете (последице), вероватноће и учесталости:

$$P = P * V * U$$

P-Ниво ризика, P-Последица, V-Вероватноћа, U-Учесталост

Ниво ризика (P) се рангира од прихватљивог, незнатног-нивоа И до оног екстремног, недопустивог који изискује прекид радне активности и предузимања моменталних акција и који се дефинише као највиши ниво.

Постављање општих/ посебних циљева и програма

Након рангирања значајних аспеката, сагледавања политике и планова, формира се Листа општих и посебних циљева коју анализира представник руководства. Листа се доставља Директору који усваја листу циљева и даје налог за реализацију, и такође дефинише носиоца израде и реализације мера.

Програме израђује руководилац функције (власник процеса) након усвајања листе циљева. Програм се израђује употребом формализованог записа. Документ садржи:

- циљеве,
- активности (мере),
- потребне ресурсе,
- одговорност за реализацију и
- рокове.

Након одлуке о усвајању на седници Одбора за IMS, директор верификује Програме, након чега се по терминима који су дати у програму приступа реализацији. Оригинал Програма се одлаже у архиву, а копију(е) задржавају одговорна лица за реализацију.

Одговорност, овлашћења и комуницирање

Одговорности и овлашћења

Директор дефинише организациону шему ДЗ-а која је саставни део Правилника о унутрашњој организацији и систематизацији радних места. У Правилнику су дати описи послова за сва идентификована радна места. Радна места се попуњавају у складу са тренутним обимом и врстом посла. Сваки запослени је упознат и обучен да обавља послове дефинисане у опису посла радног места и документацији. Директор управља целокупним процесом пословања ДЗ-а, обезбеђује и одговара за законитост рада. Одговоран је за:

- дефинисање визије, мисије, политике и циљева IMS-а,
- утврђивање организационе структуре,
- планирање IMS-а,
- обезбеђење потребних ресурса: опреме, простора и финансијских средстава,
- обезбеђење кадрова,
- уговарање са испоручиоцима.

Директор ДЗ-а такође успоставља амбијент у којем запослени могу ефективно и ефикасно доприносити успеху установе и то тако што:

- успоставља и ажурира организациону структуру која одговара потребама организације,
- врши избор и распоређивање особа са квалификацијама које одговарају потребама идентификованих процеса,
- упознаје запослене са њиховим задацима, одговорностима и овлашћењима,
- обезбеђује обуку и развој запослених ради увећања учинка идентификованих процеса.

Одбор за IMS (надаље Одбор) је врховни колективни орган ДЗ задужен за све аспекте IMS-а. Њега формира директор посебном писаном одлуком. Састав Одбора, основни задаци, дневни ред седница и начин њихове припреме дефинисан је кроз Одлуку. О закључцима, налазима, одлукама и задужењима са седница Одбора воде се записници, за чију израду и дистрибуције је задужен администратор. Сви запослени су дужни да изврше обавезе проистекле из записника Одбора које се на њих односе.

Руководилац – одговорно лице за процес (власник процеса) има одговорности и овлашћења за:

- одржавање процеса под контролом,
- одржавање интеракција и усаглашавање са власницима других процеса,
- благовремено покретање захтева за обезбеђење потребних ресурса,
- одређивање, праћење, мерење и анализу параметара процеса,

- спровођење непрекидног побољшавања процеса.

Представник руководства за IMS

Директор ДЗ-а именовao је Представника руководства за IMS (PRI) са задатком да осигура непрестану усклађеност IMS-а са постављеном политиком и циљевима, као и са стандардима ISO 9001:2008, ISO 14001:2005 и ISO OHSAS 18001:2007.

Представник руководства за IMS има одговорности и овлашћења за успостављање, одржавање и унапређење ИМС-а путем:

- обезбеђења спровођења интерних провера,
- надзора над спровођењем корективних и превентивних мера,
- сталног надзора над учинком система, неусаглашеностима и могућностима за побољшање.

1. за развој свести запослених о значају испуњења захтева купаца

информишући запослене о њиховом утицају на задовољство пацијента/корисника и тиме на остварење циљева ДЗ-а.

2. за развој свести запослених и свих особа које обављају посао за њу о њиховом утицају на животну средину

информишући запослене и све особе које обављају посао за њу о утицају њихових активности на животну средину и тиме на остварење циљева ДЗ-а.

обрадом одговарајућих саопштења која стизу од екстерних заинтересованих страна и одговором на та саопштења.

3. за екстерну комуникацију у вези са питањима која се односе на IMS:

када се систем менаџмента подвргне процени од стране сертификационог тела, агенције за акредитацију или других организација, Представник руководства за IMS представља руководство ДЗ-а.

омогућава проверавачу приступ документацији система менаџмента, у случају жалби и саопштења заинтересованих страна на EMS, OHSAS ДЗ-а, Представник руководства за IMS, води запис (Регистар саопштења екстерних заинтересованих страна) и са руководством припрема одговор на ова саопштења.

Интерно комуницирање

Интерна комуникација у ДЗ-у се сматра важним фактором у обезбеђењу квалитета процеса и услуга. Свакодневно се одржавају оперативни састанци на којима руководиоци са осталим запосленима планирају дневне активности, анализирају и решавају текуће проблеме пословања и квалитета услуга.

Запослени су свакодневно информисани о достигнућим резултатима. На годишњем састанку Директор информиса руководиоце о резултатима преиспитивања IMS-а,

са посебним освртом на реализацију циљева из претходног периода и новопостављене циљеве за наредни период.

У принципу, интерно комуницирање остварује се: кроз састанке и директном говорном комуникацијом, порукама, путем налога и извештаја, фиксном и мобилном телефонијом, огласном таблом, мрежном комуникацијом и е-маил-ом. Извештавање о раду, спроводи се на састанцима и према руководиоцима.

Преиспитивање од стране руководства

Једном годишње, руководство оцењује систем менаџмента у циљу обезбеђења његове непрекидне адекватности и ефективности. При томе се оцењују свеукупне перформансе система наспрам постављених циљева и утврђују се неопходне мере.

Предмет преиспитивања чине:

- Ефективност мера са претходног преиспитивања,
- Политика и Циљеви,
- Задовољство пацијената
- Жалбе и примедбе,
- Саопштења екстерних заинтересованих страна, укључујући и жалбе,
- Квалитет услуга,
- Перформансе процеса,
- Резултати интерних и екстерних провера,
- Побољшања, корективне и превентивне мере,
- Ефективност обука,
- Потребни ресурси,
- Измене у систему, укључујући развоје законских и других захтева који су повезани са аспектима животне средине и
- Препоруке за унапређење.

На основу резултата анализа, кроз записник (IZ), документују се мере, одговорности, ресурси и рокови за спровођење активности којима се обезбеђује стална погодност система за остварење циљева и политике.

У записнику са преиспитивања је дата свеукупна оцена IMS-а и мере са дефинисаним одговорностима, роковима и ресурсима за реализацију, усмерене на:

- побољшавање ефективности IMS-а и његових процеса и
- побољшавање производа према захтевима и потребама заинтересованих страна.

PRI прати реализацију ових мера и оцењује њихове ефекте при наредном преиспитивању.

6.9 Менаџмент ресурсима

Обезбеђивање ресурса

У оквиру преиспитивања од стране руководства преиспитује се адекватност расположивих ресурса ДЗ -а и прави се глобални план обезбеђења ресурса за наредну годину, којим су обухваћене:

- финансије,
- опрема/инструменти,
- објекти (инфраструктура),
- кадрови.

Поред тога, преиспитивање и/или планирање ресурса се обавља при сваком новом пројекту. Директор ДЗ -а је одговоран за обезбеђење ресурса.

Менаџмент људским ресурсима

Опште одредбе

Оспособљени и мотивисани кадрови су најважнији ресурс ДЗ-а и они реализују захтеве заинтересованих страна и циљеве IMS–а.

Потреба за оспособљеношћу кадрова решава се кроз различите облике избора и стручног усавршавања кадра, који обухватају стицање искустава кроз планско ангажовање кадрова у реализацији послова, обуку кадра, као и пријем нових кадрова.

Компетентност, обука и свет

Управљање оспособљавањем кадра остварује се кроз успостављање и одржавање документоване процедуре IP.06, која дефинише начин дефинисања потреба за одговарајућом оспособљеношћу кадра који обавља послове који утичу на квалитет услуга и IMS у целини, начин обезбеђивања стручног усавршавања за тај кадар и начин оцењивања обуке која је предузета. Оспособљавање за обављање послова који утичу на квалитет обухвата унапређење теоретских и практичних знања. Додатно оспособљавање запослених планира се код увођења нових метода.

Процес оспособљавања кадра је непрекидан и одвија се кроз следеће процесе:

- Дефинисање потреба за оспособљеношћу,
- Дефинисања плана обуке,
- Реализација обуке,
- Вредновање резултата обуке,
- Праћење и побољшавање.

Потребе за стручном оспособљеношћу и усавршавањем кадра најнепосредније проистичу из следећих елемената:

- Анализа плана пословања и плана унапређења квалитета,
- Резултати анализе задовољства пацијента,

- Захтеви закона, прописа и стандарда,
- Организационе и технолошке промене,
- Резултати преиспитивања пословних процеса, корективних мера или жалби пацијената.

У установи се спроводе следећи облици обуке и оспособљавања запослених:

1. Обука за обављање радних задатака: приправника, новозапослених са радним искуством, запослених - распоређених на друга радна места.
2. Стручно усавршавање.
3. Специјалистичке обуке из здравства и фармакологије
4. Обука из области оспособљавања за систем менаџмента.

План и програм обуке формализује се кроз документ – Годишњи план обуке.

Мотивација запослених базира се на оспособљености и тимском раду, у коме се цени и користе знање, референце и вештина сваког запосленог, а одражава се на политику награђивања.

Запослени се **мотивишу** директним и индиректним мерама.

Од стране менаџмента спроводи се анкетирање и утврђује задовољство запослених.

У кадровском досијеу су евиденције о оспособљености, као и све информације које ДЗ треба да има о запосленом (лични, породични, контакт подаци, подаци о образовању и стручном усавршавању, радном месту, кретању у радном веку), као основа за формирање јединствене базе података о запосленима у склопу јединственог информационог система установе. Ови подаци на располагању су руководству и свим стручним целинама, у складу са њиховим овлашћењима и одговорностима.

За оспособљавање за квалитет и IMS одговоран је PRI.

Пре отпочињања самосталног обављања послова сваки запослени пролази основну обуку: везану за IMS у оквиру својих задужења, и за рад на радном месту, у пратњи “ментора”.

Надређени руководиоца верификује способност новозапосленог за обављање предвиђених активности.

Менаџмент инфраструктуром

Захтеви везани за инфраструктуру се разматрају у оквиру преиспитивања ресурса приликом годишњег преиспитивања од стране руководства.

Активности и одговорности за ефикасно оцавање медицинске опреме, како би се обезбедила њена стална расположивост и поузданост и на тај начин обезбедила континуална способност процеса здравствених услуга и лабораторијских анализа,

дефинисана је у IP.15 – Управљање и одржавање опремом. У плановима превентивног одржавања дефинисани су превентивни прегледи за опрему ДЗ-а.

За потребе већих поправки и/или ремонта ДЗ ангажује специјализоване сервисе (кроз поступак јавних набавки). Надзор над реализацијом активности одржавања обавља начелник техничке службе.

Експлоатација возног парка је у складу са IU.12.

Радна средина

У ДЗ-у су створени, одржавају се и развијају добри услови за рад запослених на радном месту са аспекта безбедности, ергономије, чистоће, осветљења, топлоте, буке и других фактора. У радном простору, лабораторији и магацинима су обезбеђени услови за одржавање усаглашености са захтевима за производ/услугу.

Услови радне средине, неопходни да се постигне усаглашеност са захтевима квалитета услуга и захтевима процеса рада, обезбеђују се на начин који узима у обзир:

- услове рада учесника у процесима рада и
- услове квалитетног функционисања средстава за рад – медицинске опреме.

Са аспекта безбедности на раду примењује се Акт о процени ризика.

Управљање отпадом реализује се у складу са IP.11 - Управљање отпадом, и IU.10 – Управљање медицинским отпадом. Лице задужено за манипулацију отпадом, има задужења за: формирање записника о настанку отпада; паковање, обележавање и складиштење отпада на прописани начин; контрола контејнера, и захтев за њиховим вандредним пражњењем, ако је то потребно; попуњавање евиденције о предатом отпаду.

Општи отпад не захтева никакве специјалне мере и њиме се може поуздано руковати на исти начин као са комуналним отпадом. Рециклажа се примењује кад год је то повољно. Папир, стакло, метал и пластика се могу продавати у зависности од локалних услова. Велики контејнери који се употребљавају за смештај општег (комунални и секундарни) отпада треба да буду заштићени од цурења, од глодара и паса.

Оштри инструменти треба да буду упаковани у пластичне контејнере заштићене од пробоја уколико се одлажу заједно са општим отпадом или за даље паковање и руковање опасним отпадом.

Патолошки и инфективни отпад мора бити одвојен. Високо ризични инфективни отпад треба одмах да

буде аутоклавиран, уколико је могуће одмах на извору, да би се смањио ризик по особље и пацијенте, пре паковања за третман и одлагање.

Раздвојени отпад треба ставити у вреће за једнократну употребу заштићену од влаге смештену у пластичне или металне контејнере. Вреће треба да буду довољно

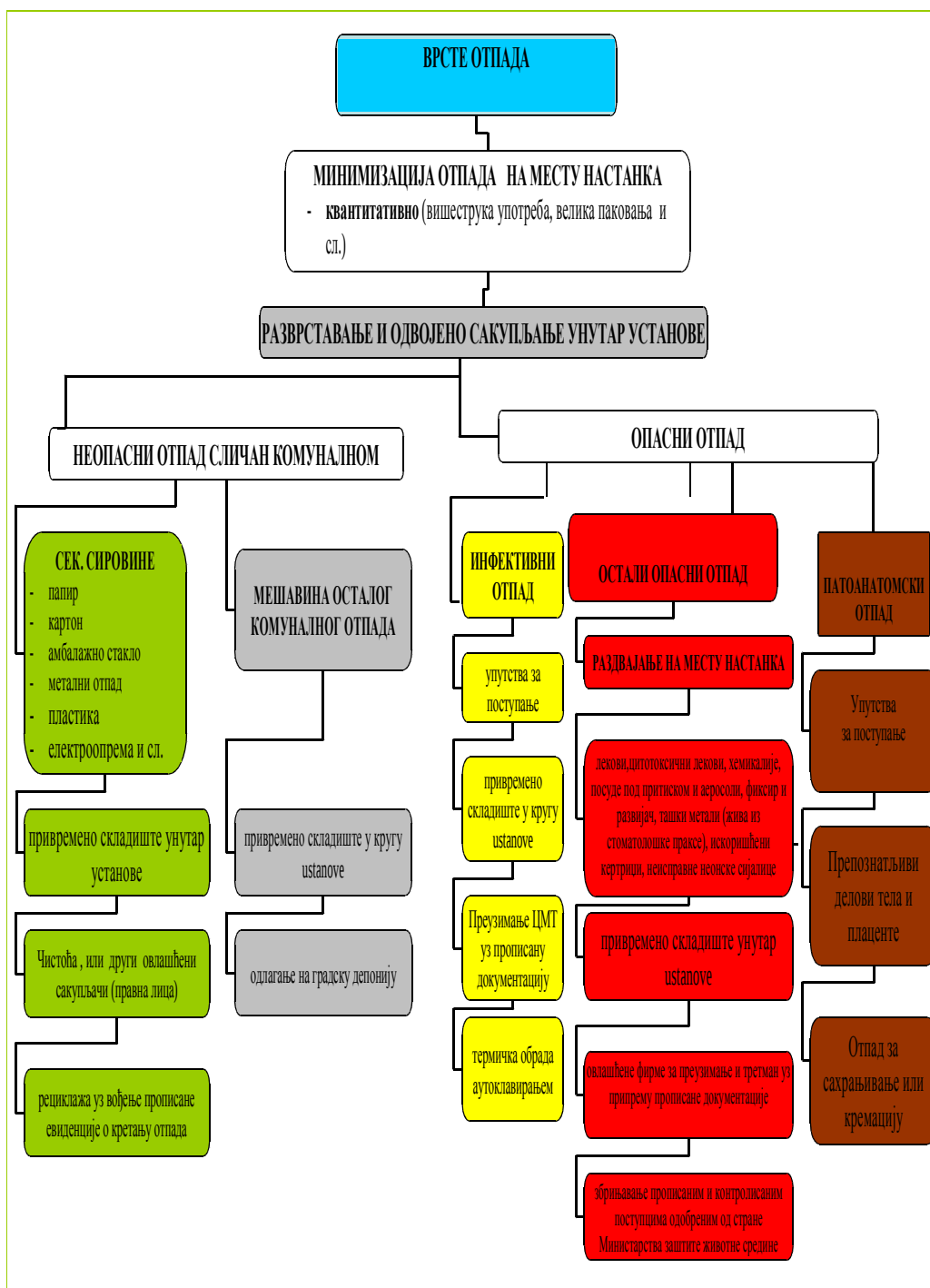
чврсте да издрже унутрашње и спољашње механичко оштећење и треба да буду пуњене до нивоа који омогућава да се врећа лако и потпуно затвори. Обојене вреће или пластичне контејнере треба употребљавати за идентификацију патолошког и инфективног отпада и означити их одговарајућим симболима. Контејнери се морају затворити пре транспорта и морају бити компатибилни са одабраним поступком третмана и одлагања. Уколико се употребљавају вреће за аутоклавирање, оне морају да омогуће пролаз паре и стерилизацију.

Пажљиво раздвајање и одвојено сакупљање медицинског отпада може бити тешко за медицинско особље, али је оно основа за поуздано и сигурно управљање. Раздвајање може значајно смањити количину медицинског отпада која захтева специјализовани третман. Да би одвојено сакупљање било могуће, медицинско особље на свим нивоима, а посебно медицинске сестре, помоћно особље и спремачице треба да буду обучени за раздвајање отпада који произведу. У свим одељењима где настаје медицински отпад, неопходна су три контејнера и посебни контејнер за оштре предмете.

У табели 8 и на слици 22 приказано је раздвајање и разврставање отпада.

Табела 8- Раздвајање медицинског отпада

Категорија отпада	Опис	Тип спремишта	Боје и ознака	Карактеристика
Опасни	Инфективни отпад без оштрих предмета, неки лекови и хемијски отпад	Контејнер или пластична врећа у држачу	Жута или црвена са ознаком ИНФЕКТИВНО	Осигурано против цурења
Високо опасни	Високо инфективни отпад без оштрих предмета	Контејнер или пластична врећа у држачу	Жута или црвена са ознаком ВИСОКО ИНФЕКТИВНО	Осигурано против цурења, погодно за аутоклавирање
Оштри предмети	Оштри предмети	Кутија која се може запечатити или пластични контејнер у пластичној кутији	Жута са ознаком ОШТРИ ПРЕДМЕТИ	Осигурано против цурења и пробијања
Општи	Сл.комуналном отпаду, није контаминиран опасним материјама	Пластична врећа или контејнер	Црна	Нема посебних захтева



Слика 22. Разврставање отпада [19, 24]

За успостављање и одржавање неопходних услова радне средине одговорни су сви запослени у оквиру свог радног окружења.

6.10 Процеси реализације

Планирање пословања

Планирање реализације активности за све процесе ДЗ-а спроводе власници процеса (одговорна лица за процес). Планирање реализације услуга се усклађује са захтевима других процеса, а формализује се кроз годишњи **план пословања** (предлаже менаџмент, усваја Управни одбор), у оквиру кога су планови процеса реализације и свих осталих процеса, као и планови побољшања.

Приликом дефинисања планова свих врста узимају се у обзир:

- активности које треба обавити и очекивани резултати у вези с њима, укључујући верификационе активности, валидацију и критеријуме за давање одобрења за наставак рада,
- учесници у реализацији сваке планиране активности,
- финансијски, временски и други ресурси неопходни за реализацију, укључујући оне који се односе на успостављање нових метода, докумената, потребних записа или опреме,
- канали за комуникацију и извештавање и записи који су потребни да би се обезбедили докази о томе, да процес услуга испуњава захтеве.

Обавезна садржина Плана пословања се прописује и тачан садржај плана пословања, како по садржини тако и по формату који је предвиђен за израду плана и паралелним приказивањем свих елемената извештаја о пословању за претходну годину.

Компоненте плана су:

I. ОПШТИ ДЕО:

- Насловна и друга страна плана,
- Кратак историјат установе, са коментаром,
- Општи подаци, обавештење о изменама аката или података дома здравља - ДЗ,
- Организациона структура (шема), са евентуалним изменама,
- Преглед извора финансирања пословања, власници (стари и нови),

II. ИЗВОРИ ПРИХОДА:

2.1 ПЛАН ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ УСЛУГА :

- Финансијски обим планираних здравствених услуга-
Примарне здравствене заштите,
Спортске медицине,
Лабораторије,

2.2 ПРИХОД ОД МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА:

2.3 ПРИХОД ОД ЛОКАЛНЕ САМОУПРАВЕ:

III. ПОЗИЦИЈЕ РАСХОДА:

3.1 ПЛАН КАДРОВИ И ЗАРАДА:

- Ангажовање кадрова по квалификационој структури и структура планираних зарада,

3.2 ПЛАН ОБУКЕ, ОБРАЗОВАЊА И УСАВРШАВАЊА ЗАПОСЛЕНИХ:

- План обуке запослених,
- План образовања и усавршавања запослених,

3.3 ПЛАН НАБАВКЕ ОСНОВНИХ СРЕДСТАВА И ИНВЕСТИЦИЈА:

- Основна средства и инвестиције,

ПЛАН ОСТАЛИХ ТРОШКОВА:

- Остали трошкови,

IV. ФИНАНСИЈСКИ ПЛАН:

4.1 ПЛАН УКУПНОГ ПРИХОДА И РАСКОДА :

- План укупног прихода, расхода и пројекција резултата пословања,
- Биланс успеха,
- Биланс стања,

V. ПЛАН УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА РАДА

VI. ПРИЛОЗИ ПЛАНУ ПОСЛОВАЊА:

- План образовања и усавршавања запослених,
- План промотивних активности,
- Ценовна стратегија,

Са аспекта побољшања израђује се и усваја План унапређења квалитета рада.

Елементи овог плана су [24]:

1. Унапређење тимског рада
2. Припрема запослених у Дому здравља за увођење промена
3. Смањење броја упута за консултације на секундарном и терцијерном нивоу
4. Унапређење организовања
5. Унапређење неклиничких вештина запослених
6. Смањење варирања у начину пружања услуга и квалитету рада у Дому здравља
7. Унапређење доступности услуге
8. Ревизија и унапређење Плана управљања ризиком
9. Унапређење менаџмента средњег нивоа
10. Увођење менаџмента знања и повезивање знања и квалитета са финансијама
11. Унапређење параметара из капитационе формуле
12. Акредитација и сертификација
13. Развој тржишне оријентације са развојем маркетинг службе.

Процеси који се односе на кориснике/пацијенте

Референтни документи су IP.02, IP.03, IP.04 и IU.13.

Анализа и потврђивање захтева-потреба пацијената

Утврђивање потреба пацијената за пружањем здравствених услуга утврђује се при:

- Пријему и тријажи пацијената (од стране медицинске сестре),
- Прегледу пацијената (анамнеза од стране лекара),
- Сагледавању специјалистичких налаза и лабораторијских анализа.

Промоција здравља и превенција

Дом здравља пружа усклађену и свеобухватну примарну здравствену заштиту у локалној заједници, укључујући угрожену популацију и пацијенте с посебним потребама и одговара брзо и учинковито на потребе пацијената/корисника.

Процењивање потреба за здравственом заштитом

Дом здравља дефинише своје становништво, укључујући и кратки преглед популације припадајућих му служби.

То се ради коришћењем података локалних власти (или података из пописа становништва). Подаци треба да садрже и особе с привременим боравиштем у том подручју, непријављене особе, особе којима се пружа кућна нега и образовне институције.

Врши се и свеобухватна анализа демографских карактеристика становништва.

Она укључује старосно доба, пол, етничку припадност, запосленост, обухватајући и показатеље незапослености на државном и локалном нивоу, социо-економски статус и посебне карактеристике (на пример, сезонску популацију, путнике, оружане снаге, избеглице и туристе).

Надаље, ДЗ дефинише популацију и популацијске групе којима пружа заштиту у складу са визијом и мисијом.

Посебна пажња обраћа се на вулнерабилне групе становништва, узимајући у обзир године, менталну способност, физичку неспособност, излагања инфекцији и другим болестима, насиље, алкохолизам, наркоманију и социјално-економске факторе.

Дом здравља активно сарађује с другим организацијама да би могао пружати квалитетне здравствене услуге вулнерабилним групама становништва.

Анализе профила локалног становништва и података о морбидитету и морталитету користе се за идентификовање значајнијих здравствених неуједначености.

Информације за анализу обухватају, на пример, податке о смртности и морбидитету на државном нивоу, податке из јавног здравства, податке локалних власти и податке из истраживања и анкета на локалном нивоу.

Дом здравља активно учествује у планирању у локалној заједници и у складу с договореним плановима развоја града-општине дефинише циљеве и мери остварење тих циљева да би задовољио развојне циљеве општине.

Дом здравља планира и изводи посебне јавно-здравствене програме у општини, скрининг, имунизације, организиране прегледе становништва, здравствено просвећивање и обавештавање и слично.

ДЗ разуме своју улогу у догађајима који погађају већи број становника општине, као што су епидемије, природне и друге катастрофе.

У ту сврху, дом здравља организује обуку, симулиране вежбе и едукацијске програме да би се одржала приправност и осигурало адекватно снабдевање, комуникацијске потребе и ажурирана обука особља.

Дом здравља у руководне и надзорне структуре укључује особе из уже друштвене заједнице ради добијања текућих догађаја и мишљења заједнице о услугама које дом здравља пружа локалном становништву.

Комуницирање са пацијентима/корисницима

Имајући у виду специфичну природу здравственог сектора, много је теже идентификовати захтеве пацијената него нпр.захтеве купаца у неком трговинском предузећу, где се ниво задовољства и захтева купаца прати на основу карактеристика финалног производа заснованог на стандардима. Можемо рећи да на перцепцију о квалитету медицинске услуге у великој мери утиче субјективни доживљај пацијената, њихов психо-социјални статус током третмана, и њихово здравствено стање уопште док су у поступку лечења. Приступ пацијенту током превентивног испитивања ће засигурно бити много боље прихваћен за разлику од психичког и психо-физичког трауматичног искуства терапије. Типично је за особе оболеле од канцера дас у обузете веома јаким емоцијама: нада за опоравком или губитак наде, страх од губитка делова тела, страх од болести, смрти, неизлечивости. Емоционални аспекти који се односе на искуство доживљено током болести и многобројни нежељени ефекти терапије имају велики утицај на то како је институција доживљена од стране пацијента. У многим случајевима ови фактори значе много више од материјалних аспеката медицинске помоћи, утврђујући коначан ниво задовољства пацијента након лечења. Истина је да већина пацијената нема довољно знања да би проценила да ли је услуга коју су добили најбољег могућег квалитета, пружена од стране обучених медицинских радника коришћењем најсавременије опреме. Ипак, иако не поседују медицинско знање, пацијенти су способни да оцене из сопственог искуства колико је особље болнице компетентно, пријатељски настројено, у којој мери одговара на њихове захтеве и проблеме и колико поштују њихове захтеве, да ли је особље сложно или не, у хаосу излажући пацијента још већем емоционалном стресу. Због ових разлога, процес идентификације захтева и потреба пацијената мора бити пажљиво осмишљен, И узимајући у обзир субјективни доживљај сваког пацијента, требало би уложити заједнички напор интердисциплинарног тима.

Процес идентификације захтева пацијената се може разликовати од једног до другог изабрабаог лекара, или другог здравственог радника.

Захваљујући приступу ИКТ-у све чешће постаје уобичајено објављивање електронских упитника који нам омогућава сакупљање информација о општем нивоу задовољства пацијената. Овај алат такође представља основу за детаљнију анализу ниско оцењених области.

Медицинско особље (сестра-техничар и лекар) остварује директну комуникацију са пацијентима, у оквиру својих редовних активности.

Комуникација се одвија двосмерно. Пацијент износи своје информације и ставове о здравственом стању и тегобама, а особље обезбеђује пацијентима информације везане за дијагнозу, врсту терапије и контроли.

Посебна пажња у ДЗ-у посвећена је прикупљању информација о нивоу задовољства, и решавању жалби и рекламација пацијената, које представљају основу за побољшање свих пословних процеса у ДЗ-у.

Особа за ПР дома здравља комуникаира на глобалном нивоу са пацијентима/корисницима, особљем и другим организацијама, као и локалном заједницом.

Утврђене су постојеће мреже комуникација са свим актерима. Развијене су нове мреже комуникација тамо где је утврђено да претходно нису постојале.

Кодекс отворености у здравственом систему налаже комуникације дома здравља с особљем, пацијентима/корисницима, владом и локалном заједницом.

Прати се учинак комуникацијске стратегије дома здравља.

То укључује, оцену ширења и разумевања информација, како унутар, тако и ван дома здравља.

Информативни материјали за пацијенте и кориснике су написани на концизном, разумљивом језику, при чему се узимају у обзир потребе посебних група пацијената/корисника.

Активности заштите обликовани су према потребама пацијената и здравствених професионалаца који пружају добро осмишљене здравствене услуге.

Дом здравља има водич за пацијенте у којем су укратко описане све службе/организацијске јединице са распоредом рада и контакт телефонима.

Пацијенти се такође информишу о избору лекара и процедурама промене одабраног лекара.

Активности заштите тако су осмишљени и тако се спроводе да су потпуно окренути интересима пацијента.

Ту спадају прикупљање података и информација који се узимају само једанпут на улазу у дом здравља а да се процес не понавља на сваком кораку; поштовање времена пацијената (радно време, заказани прегледи, телефонски приступ); поштовање континуитета заштите-одабрани доктор и/или сестра, одговарајуће и информисане замене); задовољавање хитних потреба (приоритети, транспорт);

физички приступ за инвалидна лица; поштовање права пацијената; добре комуникације, итд.

Дом здравља обезбеђује едукацију и информисање пацијената у вези са њиховим стањем/обољењем, водећи рачуна о различитим облицима тог информисања.

Процеси и радње тако су дизајнирани да подржавају здравствене професионалце у свакодневном раду.

Максимално се користи заказивање прегледа како би лекари-доктори и сестре могли да раде квалитетно; за прве посете одваја се више времена; консултанци су флексибилни и расположиви према стварним потребама пацијената.

Успостављени су такви радни процеси који прекидање обављања посла редуцирају на најмању могућу меру.

Ту спадају инструкције за примање телефонских позива, наручивања за кућне посете, адекватна тријажа хитних случајева и слично.

Дом здравља обезбеђује тзв. «заштићено време» за читање стручне литературе и бављење квалитетом сопственог рада у оквиру редовног радног времена.

Обезбеђује се довољан број административних радника на прикупљању података из здравствених картона у сврху ревизије.

Сви проблеми у комуникацији решавају се на заједничким састанцима лекара, сестара и другог особља.

На широкој основи користе се водичи за клиничку праксу, дијагностички и терапијски протоколи и интегрисани путеви заштите с циљем оптимизације заштите пацијента и мерења процеса и исхода те заштите.

Где је то могуће, лекари и сестре имају приступ Интернету на радном месту ради прибављања водича за праксу на бази доказа, едукацијског материјала за пацијенте и водича за превенцију.

Клиничка ревизија (аудит) спроводи се у целом дому здравља ради подршке трајног побољшања квалитета и оцене процеса и исхода третмана.

Пројектовање и развој

ДЗ не врши пројектовање и развој нових медицинских услуга. Ове врсте активности су у надлежности Министарства здравља, Факултета, КБЦ-а.

Набавка

Процес набавке

Поступак набавке спроводи се у складу са Законом о јавним набавкама и Правилником о набавкама мале вредности.

У ДЗ-у је успостављена и процедура IP.14 – Набавка, чијом применом се додатно обезбеђује да набављени улазни производ (материјал, лекови, опрема и услуге) буде у складу са захтеваним спецификацијама.

Информације о предмету набавке и начин верификације/пријема робе, као и динамика испоруке дефинише се у тендерској документацији.

Неусаглашени производи утврђени на пријему се издавајају и означавају (према ПУ.11 – Складишно пословање и IP.09 – Управљање неусаглашеностима, корективне и превентивне мере) и спроводи се поступак рекламације испоручиоцу.

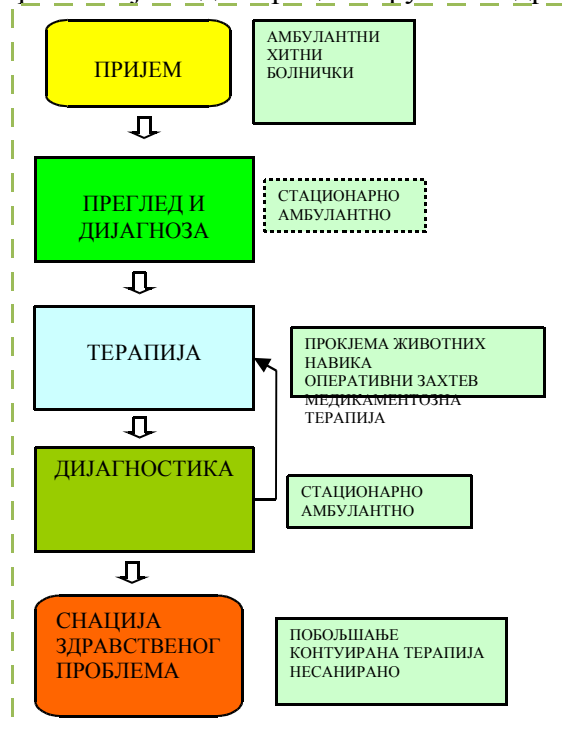
Документ IP.14 дат је у тачки 6.13. Процедуром IP.14 дефинисано је следеће:

- Планирање набавке
- Доношење одлуке и спровођење поступка јавне набавке
- Уговарање набавке
- Праћење реализације уговора
- Наручивање и извршење набавке
- Пријем, складиштење и издавање производа
- Поступак рекламација набављених производа
- Праћење испоручиоца
- Мерење и праћење процеса

Здравствене услуге

Квалитетна здравствена заштита подразумева степен у којем систем здравствене заштите и здравствене услуге повећавају вероватноћу позитивног исхода лечења.

На слици 23 приказан је модел процеса пружања здравствених услуга.



Слика 23. Ток активности у пружању здравствених услуга [79]

Менаџмент основним процесима у ДЗ се базира на :

- **пацијенту** и његовом задовољству брзином и квалитетом лечења;
- **ефикасном и ефективном** постављању дијагноза и терапијске процедуре;
- **стандардизованим** здравственим услугама;
- **дефинисању норматива** неопходних за извршавање стандардизованих услуга;
- **консензусном** одлучивању;
- **мотивационом** систему;
- **култури**;
- **успостављању** међусобне сарадње између појединих функција у здравственој установи;
- **истицању у први план** коначног резултата, појединих организационих делова здравствене установе-ДЗ.

ПРИЈЕМ И ТРИЈАЖА

Процес пријема и тријаже, дефинисан је кроз следећа документа:

IP.02 – Пријем и тријажа пацијената (*тачка 6.13*),

IU.02 – Администрација картотеке (Вођење медицинске документације).

Пријем и тријажа подразумевају:

- Заказивање прегледа,
- Примање и „тријажирање“ пацијената,
- Пријем пацијената који немају регистрован картон,
- Приступ пацијената медицинској документацији.

УСЛУГЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Процес опште медицине, дефинисан је кроз следећа документа:

IP.03 – Здравствене услуге опште медицине,

IU.02 – Преглед пацијента,

IU.03 – Терапија, лечење и контрола и

IU.04 – Систематски прегледи.

При **прегледу** пацијента спроводи се: анамнеза (разговор са пацијентом), физикални преглед и преглед лабораторијских налаза и/или налаза специјалисте.

Методe физикалног прегледа су:

1. инспекције (општи утисак),
2. палпације,
3. перкусије и
4. аускултације.

1.*Инспекција* (општи утисак) - оно што лекар види на пацијенту: стање свести, став пацијента, висина, телесна маса, конституција, симетричност тела, развијеност мускулатуре, кожа, дисање.

2.Палпација - је преглед методом пипања врховима прстију појединих делова тела
Може бити:

А. површна

Б. дубока

А.Површна-служи за идентификацију површних органа, тумора, болне осетљивости, процену Дефанса (трбух тврд као даска због повећаног тонуса трбушне мускулатуре)-код перитонитиса

Б.Дубока-служи за одређивање положаја и величине дубоких органа (бубрег, апендицитис итд.)

3.Перкусија је метода где се куцањем по површини тела на основу квалитета перкуторног звука добијају подаци о: конзистенцији и величини органа, патолошком садржају као и о патолошким стањима.

Примењује се:

А. директна перкусија-куцањем директно врховима прстију по телу (тест флукуације за асцитес)

Б. индиректна перкусија (прстом о прст) - по дисталној фаланги средњег прста се удара средњим прстом друге шаке са удаљености 10-15 цм из зглоба ручја; прст по коме се куца не треба притискати јако на тело већ га треба прислонити на тело.

Врсте перкуторног звука:

а. тмуо-бутина

б. потмуо-јетра, слезина, срце

ц. соноран-нормална плуца

д. хиперсоноран-зелудац

е. тимпаничан-абдомен(црева), пнеумоторакс; овај звук се чује као надувен образ

4.Аускултација је метода слусања стетоскопом

-грудног коша (квалитета и интензитета дисајног шума као и пропратних шушњева)

-срца(Ф.Р.Т.У.С-фреквенца, ритам, тонови, удвајање, шумови)

-абдомена (цревне перисталтике-мотилитета, васкуларних сумова-стеноза реналне артерије и

аорте, перихепатицког трења итд.)

Документ **IP.03** – Здравствене услуге опште медицине дат је у тачки 6.13.

Подпроцеси услуга опште медицине дати су на слици 24.

Превенција

Пријем и тријажа пацијената

Процена здравственог стања пацијента и план лечења

Спровођење лечења

Лечење се спроводи у складу са планом лечења

Ревизија плана лечења и прилагођавање циљева лечења

Завршетак посете лекару и припрема за упућивање у друге здравствене установе

Слика 24. Лечење пацијента-активности

УСЛУГЕ СПОРТСКЕ МЕДИЦИНЕ

Процес спортске медицине, дефинисан је кроз следећа документа:

IP.04 – Рад спортске медицине,

PU.05 – Прегледи спортиста,

PU.06 – Саветовање спортиста и

PU.07 – Издавање уверења.

Активности процеса се изводе од стране лекара специјалиста.

Процес Р4 обухвата здравствену заштиту спортиста свих узраста, свих спортских грана (аматери и професионалци), учесницима у физичком васпитању и спортским рекреативцима.

Реализују се: Специјалистичко- консултативни прегледи (функционална тестирања, планирање исхране, опоравак, спортске повреде и болести спортиста и особа које се баве физичком активношћу...) и Претходни, периодични и циљани предтакмичарски прегледи.

Здравствена заштита спортиста и особа које се баве физичком активношћу, данас је постала врло важан сегмент здравствене заштите једне нације. Пред спортском медицином, која је носилац ове заштите, постављају се бројни и разнолики проблеми. Задњих неколико деценија појавио се проблем *хипокинезије*, што је један од главних узрока појави епидемија масовних, хроничних, незаразних болести. На другом крају у врхунском спорту, који се све више комерцијализује, присутна су оптерећења која врло често превазилазе физиолошке границе адаптације. Ту је и све масовнија појава допинга па спортска медицина мора да се са законодавним телима ухвати у коштац са овом негативном појавом.

Здравствена заштита спортиста условно би се могла поделити на 4 сегмента:

- 1. Превентивни здравствени (систематски) прегледи**
- 2. Делокруг рада клубског лекара**
- 3. Медицинско обезбеђење на такмичењима**
- 4. Борба против допинга**

Превентивни здравствени прегледи

Превентивни здравствени или систематски прегледи обављају се у специјалистичким спортскомедицинским установама – ДЗ, део спортске медицине, диспанзерима спортске медицине, заводима спортске медицине и на институтима спортске медицине. У њима раде специјалисти спортске медицине. У овим спортскомедицинским установама обавља се најзначајнији део здравствене заштите спортиста. Поред превентивних систематских здравствених прегледа овде се лече болесни/повређени спортисти, из делокруга спортске медицине и врше функционална тестирања. Превентивни здравствени прегледи врше се по јединственој методологији препоручене од стране Секције за спортску медицину СЛД-Спортског лекарског удружења и Удружења за медицину спорта Србије. У овим установама врши се обука клубских лекара, других здравствених радника и практични део спортске медицине.

Делокруг рада клубског лекара

Клубски лекар је лекар целе екипе. Он је некада и једина веза између спортисте и здравства. Решава највећи део спортско-медицинских проблема спортиста. Због комплексног задатка који обавља он мора бити у перманентној едукацији и тренингу.

Његова свеобухватна заштита спортиста могла би се поделити на следеће делове:

1. Контрола здравственог стања спортиста
2. Лечење болесних/повређених спортиста
3. Функционална тестирања
4. Дежурство на утакмицама
5. Опорвак
6. Праћење на путовањима и припремама
7. Медицински проблеми женског спорта
8. Специфичност омладинског спорта
9. Здравствено васпитање спортиста
10. Медицински проблеми селекције у спорту

Контрола здравственог стања спортиста обавља се путем превентивних систематских здравствених прегледа према Правилнику УМСС и СМС-СЛД. Овим Правилником регулишу се прегледи спортиста свих категорија, судија, делегата и тренера. Ови превентивни здравствени прегледи обављају се искључиво од стране специјалиста спортске медицине а у ДЗ.

Улога клубског лекара у лечењу је директна (аналогија породичном лекару у збрињавању чланова породице). Клубски лекар врло значајну помоћ добија од

стране спортског трауматолога и специјалисте за физикалну медицину и рехабилитацију.

Резултати са функционалног тестирања су од непроцењиве вредности за шефа стручног штаба. Наравно, у лабораториским условима могу се тестирати све психофизиолошке способности спортиста. Широка лепеза функционалних тестова зависи од техничке опремљености лабораторије а на клубском лекару је које ће тестове да одабере.

У историјском развоју једна од првих улога спортског лекара била је дежурство на утакмицама-такмичењима. Дежурство на утакмицама је потребно не само ради указивања прве медицинске помоћи већ и због евидентирања механизма настанка повреде на терену. Такође по свим прописима медицинско обезбеђење мора бити присутно на јавним такмичењима.

Опоравак - Ако пођемо од чињенице да су дијагностичке методе у откривању у откривању болести, као и дијагностика и оператива у спортској траумтологији достигли један завидан ниво, једно од централних питања је питање опоравка у спорту, после тренажних/такмичарских оптерећења. Данас, такмичења у спорту су учестала и врло често се одвијају у форми турнира па питање опоравка постаје још значајније. Уопште сва средства опоравка деле се на три велике групе: педагошка, психолошка и медицинско-биолошка. Које ће средство да се употреби, како ће се комбиновати са другима и у ком временском редоследу одлучује клубски лекар. Постоји велики број средстава опоравка. Некима је проверено дејство а нека се још испитују. При примени ових средстава клупски лекар мора водити рачуна и о индивидуалном реаговању спортисте приликом коришћења. Могућност је велика почев од пасивног одмора, масаже, физикалних процедура, па до реминерализације, адекватно одабраних суплемената па до неутрализације слободних радикала. Наравно, за ово клупски лекар мора користити достигнућа других медицинских дисциплина и помоћ осталих медицинских специјалности.

На путовањима и турнирским такмичењима јављају се низ медицинских проблема који у уобичајеним условима не постоје. Због тога је потребно да клупски лекар буде са екипом да би настале проблеме брзе и ефикасније уклонио. Присуство клупског лекара (посебно ако је успостављен добар однос са спортистима) у оваквим условима представља једну врсту психолошког ослонаца.

Задњих деценија јавља се тенденција да све више жена учествује у спортовима који су били резервисани искључиво за мушкарце. У непосредној прошлости, на пример, постојала је дилема да ли жене треба да играју фудбал. Италијански министар здравља, 1975 год., забранио је женама да се баве фудбалом (и још неким спортовима). Министарство здравља бившег Совјетског Савеза (наводно као резултат научног истраживања) изјавило је да фудбал није за жене. Ове дилеме у не тако давној прошлости и специфичност женског организма намећу потребу посебног прилаза када су у питању проблеми женског спорта.

У дечијем и омладинском спорту потребан је појачани здравствени надзор и контрола. Ово стога што је млади спортиста још у фази раста и развоја па дозирана физичка активност делује као лек а прекомерна оптерећења могу да омету ове процесе а можда чак довести и до тежих последица.

Тренер радећи у дечијем и омладинском спорту има истовремено и улогу педагога. Клубски лекар брине се о здравственом васпитању ове категорије спортиста. У овом периоду млади спортиста најлакше ће усвојити принципе здравственог васпитања а касније пренети на породицу и ширу заједницу чији је члан.

Рана селекција у спорту је један од важних предуслова за постизање врхунских резултата. Клубски лекар бринући се о здрављу младог спортисте тестира његове морфолошке карактеристике и психомоторне способности. Он учествује у свим етапама селекције. При томе треба рећи да пракса и теорија још нису дале адекватне одговоре како се откривају таленти у спорту и како се врши селекција. Још не постоје спортско-медицински критеријуми и методологија како се врши селекција у спорту. Овај проблем је у већини спортова недовољно истражен па се од спортско-медицинске науке очекује да реши овај проблем.

Медицинско обезбеђење на такмичењима

Сва спортска такмичења од оних на нивоу локалне заједнице до професионалних спортских такмичења морају бити медицински обезбеђена. Принципи медицинског обезбеђења су исти за све ове манифестације. При планирању медицинског обезбеђења треба узети у разматрање природу спорта, број учесника, околину и ризик повређивања. Ово су елементи који одређују потребна средства и медицинско особље. Важно је да лекар и друго стручно особље буде обучено о основама пружања прве помоћи и техникама кардиопулмоналне реанимације. Спортски објекти зависно од величине и намене морају обезбедити прописане просторије за ту намену.

Борба против допинга

О проблему допинга брине се Олимпијски покрет, Владе, Међународна удружења која повезују стручњаке у спорту, а по највише ФИМС. Борба против допинга у нашој земљи мора се одвијати на више нивоа. Сигурно је да клубски лекар ту мора одиграти кључну улогу јер је у непосредном контакту са спортистом. Овде лекар нема само лечећу улогу већ мора бити васпитач, саветник и детектив.

ЛАБОРАТОРИЈСКА ДИЈАГНОСТИКА

Процес лабораторијске дијагностике, дефинисан је кроз следећа документа:

IP.05 – Рад лабораторије,

IU.08 – Биохемијске анализе,

IU.09 – Хематолошке анализе.

Пријем здравствених књижица врши се у периоду од 07,00 до 08,30 часова, на шалтеру лабораторијске дијагностике. Све примљене анализе буду обрађене истог дана. Готови резултати се налазе у картону пацијента наредног дана, и могу се узети од изабраног лекара.

Пријем хитних пацијената за хематолошке анализе и анализу урина обавља се током целог дана као и сваке суботе у пре подневној смени.

Обрада узорака одвија се на два биохемиска аналајзера и два аутоматска бројача крвних елемената савременим методама по европским стандардима. Скрининг коагулације обавља се на коагулометру са фибрин тајмером, електролити – калијум и натријум на пламеном фотометру, а гликозилирајући хемоглобин (ХбА1ц) рефрактометријски.

Квалитет рада и поузданост резултата обезбеђују свакодневне интерне контроле као и фиксиране Републичке екстерне контроле, које су увек оцењене високом оценом од стране референтних установа.

Узорковање крви се обавља вакум системима за једнократну употребу, атестираним и одобреним на међународном нивоу.

О чистоћи лабораторијског посуђа брину перачице посуђа, а стерилизација као и сушење обавља се у за то предвиђеним апаратима.

Основне делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике подржавају мисију, визију и вредности ДЗ:

- Лабораторија поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.
- План лабораторије је заснован на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе (ДЗ).
- План описује:
 - обим и врсту лабораторијских услуга,
 - начин обављања основних делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике и
 - мерљиве и остварљиве циљеве.
- Спровођење плана редовно се прати

Потребе пацијената за лабораторијским услугама представљају део мултидисциплинарног плана лечења.

Запослени у организационој јединици лабораторијске дијагностике пружају одговарајуће информације добијене на основу лабораторијских резултата неопходних за превенцију, дијагнозу и лечење или процењивање здравља људи.

Запослени у организационој јединици лабораторијске дијагностике учествују у мултидисциплинарном лечењу пацијента. Запослени учествују у даљем праћењу пацијента, уколико је то потребно.

Поштују се права пацијента. Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.

Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује адекватне људске ресурсе. Постоји опис послова за сва радна места у организационој јединици лабораторијске дијагностике:

- заснован на Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији радних места у ДЗ,
- редовно се разматра и усаглашава у складу са потребама.

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.
- Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.
- Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

Запослени су упознати са задацима и циљевима рада.

Учинак свих запослених се процењује.

- Процена је заснована на основу захтева и циљева рада.
- Процена указује на потребна унапређења учинка.
- Процена се спроводе по утврђеном плану.

Постоји план стручног усавршавања, односно континуиране едукације.

- Прати се спровођење плана.
- Организациона јединица процењује резултате стручног усавршавања, односно континуиране едукације и осталих активности.

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга. Развијени су и усвојени начини и механизми за комуникацију, решавање проблема унутар организационе јединице лабораторијске дијагностике, са другим организационим јединицама у оквиру ДЗ, као и са пацијентима, односно њиховим породицама.

У оквиру процедура и упутства донете су и одредбе које се односе на: Организацију и управљање организационом јединицом лабораторијске дијагностике; унапређење квалитета; управљање ризиком, преглед коришћења и искоришћености ресурса; приступ организационој јединици; радно време (време пружања услуга); контрола рада запослених.

Активности организационе јединице лабораторијске дијагностике приликом пружања лабораторијских услуга су:

- сакупљање, обележавање и транспорт примарних узорака (до фазе испитивања),
- извођење испитивања према захтеву,
- извештавање и чување резултата испитивања,
- хитно извештавање о критичним или алармантним вредностима лабораторијских налаза,
- усмено саопштавање и примање резултата анализе.

Поштују се етички кодекси и решавају етичка питања.

Спроводи се контрола докумената и води евиденција:

- подаци о еталонирању опреме,
- архивирање лабораторијских налаза осталих података.

Са аспекта безбедности врши се:

- безбедно руковање и чување узорака, укључујући и коришћење адекватне опреме и одеће,
- безбедан транспорт узорака у другу лабораторију,
- спречавање и ограничавање утицаја штетних инцидената,
- деконтаминација лабораторијске опреме и инфективног материјала,
- деконтаминација и одлагање игли, шприцева, ланцете и других оштрих инструмената,
- безбедно складиштење, обележавање, руковање и одлагање опасног материјала.

Просторије организационе јединице лабораторијске дијагностике испуњавају услове за пружање услуга. Просторије се налазе на одговарајућим местима и функционалне су. Распоред просторија омогућава добру комуникацију међу запосленима као и са корисницима услуга. Простор је пројективан тако да омогућава:

- ефикасан рад,
- удобност лицима који бораве у њему,
- смањење ризика од повреда и професионалних обољења.

Простор за сакупљање примарног узорка прилагођен је особама са инвалидитетом и омогућава њихову приватност.

У организационој јединици лабораторијске дијагностике постоје одговарајуће и адекватно обележене просторије за пријем, отпремање и руковање узорцима, укључујући и простор за високоризичне узорке.

Постоје одговарајуће просторије за складиштење узорака, реагенаса, лабораторијског потрошног материјала, опреме и документације, укључујући и одвојен простор за чување високоризичних узорака који су адекватно обележени.

Врши се контрола температуре, стерилности, влажности, буке, вибрације, електричног напајања. Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторије и усклађености са потребама организационе јединице.

Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује сву потребну опрему за пружање услуга. Опрема је адекватно и на одговарајућем месту инсталирана. Опрема је обележена етикетом или на неки други начин идентификована.

Информациони системи као подршка пружању услуга обухватају: систематизована упутства, систем за унос и обраду података, систем извештавања, систем финансијског извештавања, систем праћења извршења, систем управљања квалитетом, систем спољне контроле.

Валидација процеса пружања услуга

Карактеристична одређења за овај захтев стандарда ISO 9001, дата су кроз документа: IU.03 и IP.05.

Идентификација и следљивост

У ДЗ-у је успостављен систем идентификације свих ентитета, како би се на недвосмислен начин омогућило праћење статуса и квалитета услуга, процеса и њихових карактеристика.

“Кључ” идентификације у процесима Р2, Р3 и Р4 је број здравственог картона пацијената. У процесу Р5 идентификација и следљивост се обезбеђује преко ознаке на записима и амбалажи за узорке (респектује се и стандард ISO/IEC 17025).

Имовина корисника/пацијената

Својина пацијената која се предаје ДЗ је здравствена књижица, која се након пријема, прегледа, враћа пацијенту.

Веома ретко, имовина пацијента може бити и неки медикамент (уколико се исти купује) а предвиђен је за лечење. Лекар исти мора да контролише и упише у картон.

У случају да се производ изгуби или оштети, лекар са пацијентом се договара о даљем поступку.

Имајући претходно у виду није предвиђено посебно документовано решење.

У случају да је предата својина корисника (пацијента) неадекватна за употребу, исти се одмах обавештава, и врши се усаглашавање.

Очување производа/услуга

Пружене здравствене услуге се не могу “физички” чувати.

Услуга се пружа током прегледа, терапије и контроле.

Начин чувања, руковања, складиштења и издавања робе током пријема, складиштења и издавања у циљу очувања њиховог квалитета дефинисано је упутством IU.11 – Складишно пословање.

У ДЗ-у је обезбеђен адекватан простор за потребе складиштења.

Руковање, складиштење, чување и издавање производа се врши на такав начин да се спречи њихово оштећење и задржи захтевани квалитет. О пријему, складиштењу и издавању производа воде се одговарајући записи и одржава ажурно стање залиха.

Управљање опремом за мерење и праћење

У ДЗ је дефинисана опрема у:

- а) Просторији за пријем и узимање материјала (укупно: 5), и
- б) Лабораторији (укупно: 28).

Анализирајући опрему коју према прописима лабораторија мора поседовати, уочено је да се опрема може разврстати у три категорије:

- (а) опрема која захтева еталонирање,
- (б) опрема која захтева контролисање/одржавање и
- (ц) опрема која не подлеже прегледу.

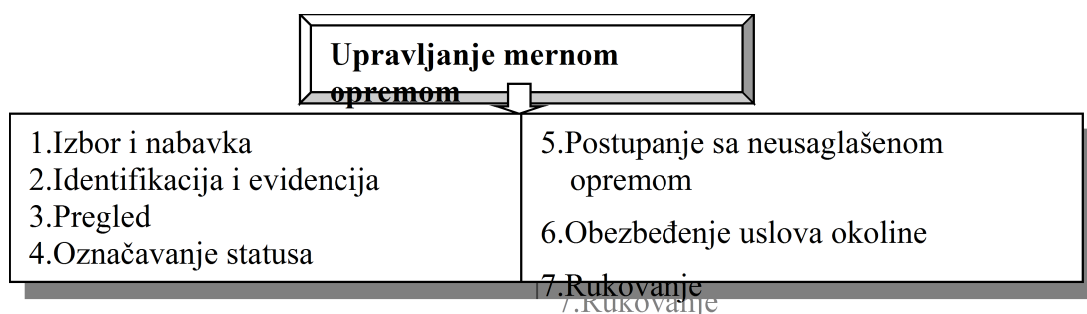
У прву групу спадају мерна средства као што су спектрофотометри, термометри, ваге, рН-метри, мерила запремине.

Другу групу чине центрифуге, водена купатила, микроскопи, и слично, који захтевају периодично контролисање/одржавање.

Трећа категорија опреме није од посебног интереса, јер представља пратећу опрему која не утиче на резултате испитивања (нпр. лабораторијски сто, грејно тело итд.).

Управљање мерном опремом

У Дому Здравља управљање мерном опремом подразумева активности дате на слици 25.



Слика 25. Активности управљања мерном опремом [41]

Избор и набавка

За правилан избор одговоран је онај појединац или организациона јединица која дефинише потребу за опремом за мерење и праћење. Приликом избора мора се водити рачуна о захтевима процеса и услуге који се планирају за мерење или праћење. Изабрана опрема за мерење и праћење мора бити у границама тачности које гарантују, у процесима рада, тачно утврђивање захтеваних параметара.

Приликом набавке мора се у потпуности поштовати процедура јавних набавки. Набавка мора од испоручиоца захтевати да обави први преглед у овлашћеној метролошкој лабораторији, уколико је то обавезно по Закону о мерним јединицама и мерилима и Наредби о еталонима и мерилима за које је обавезан преглед. У избор испоручиоца мора се укључити организациона јединица која је изабрала опрему за праћење и мерење, као и одговорно лице за управљање уређајима за праћење и мерење. Зависно од врсте опреме уговара се и начин њеног пријема и пуштања у рад, а такође и потреба за обучавањем корисника.

Идентификација и евиденција

Сва мерна опрема (опрема за мерење и праћење) која се користи у лабораторијама Дома Здравља мора бити једнозначно означена како би се обезбедило:

- да се може идентификовати конкретна јединица,
- да се обезбеди могућност поштовања Закона у погледу обавезности периодичних прегледа,
- да се може лако утврдити ко поседује конкретну јединицу опреме у циљу утврђивања одговорности за поступање са њом и
- да се може успоставити јединствена евиденција у циљу праћења њихове метролошке и радне исправности у животном циклусу.

Одговорност за означавање и идентификацију је на одговорном лицу за управљање уређајима за праћење и мерење, која води јединствену евиденцију на обрасцу Евиденција мерне опреме.

Идентификација опреме за праћење и мерење врши се називом и ознаком произвођача. Уколико на опреми нема ознаке произвођача (фабрички број, серијски број и сл.) за идентификацију служи инвентарски број добијен у Дому Здравља. Ознака на опреми мора бити трајна.

За сву опрему за мерење и праћење, приликом њеног пријема, а после увођења у евиденцију одговорно лице за управљање уређајима за праћење и мерење (у принципу руководиоца техничке службе) мора да отвори карту У карти уписује све тражене податке о опреми уз обавезно уписивање периода прегледа и датума првог прегледа. За ажурирање података у евиденцијама и карти опреме одговорно је лице које је задужено за управљање уређајима за праћење и мерење.

Преглед опреме за мерење и праћење

Да би се обезбедио стални увид у стање опреме у погледу њене мерне тачности и исправности, и гаранције утврђивања провераваних параметара у границама захтеване тачности, неопходно је да је иста подвргнута прегледима.

Када је у питању мерна опрема обавезно је придржавати се следећих ставова:

- уколико је у складу са Законом и Наредбом прописан обавезан преглед он се мора обављати у складу са одредбама Закона и Наредбе,

- мерна опрема чији преглед није обавезан по Закону и Наредби мора се прегледати у интерно планираним интервалима како би се проверавала њена исправност.

У складу са Законом и Наредбом мерна опрема се подвргава: првом прегледу, периодичним прегледима и ванредним прегледима.

Ови прегледи се поверавају овлашћеним-акредитованим лабораторијама за еталонирање (бирају се према поступку у складу са Законом о јавним набавкама).

Првом прегледу подвргава се нова мерна опрема пре него што се пусти у промет-употребу. За извршење првог прегледа одговоран је произвођач опреме или увозник, уколико је опрема из увоза. Као доказ о извршеном првом прегледу служи жиг (налепница) надлежне лабораторије за еталонирање и уверење издато од исте лабораторије. Одговорно лице задужено за управљање уређајима за праћење и мерење податке о првом прегледу мора да унесе у карту мерне опреме пре њене званичне предаје крајњем кориснику. Приликом пријема нове опреме мора се проверити да ли је први преглед извршен. Уколико није, набавка то мора захтевати од испоручиоца пре коначног пријема.

Периодичном прегледу се подвргава мерна опрема у интервалима дефинисаним Наредбом. У том циљу се мора урадити годишњи план периодичних прегледа. План се ради у децембру месецу текуће године за наредну годину. План ради одговорно лице задужено за управљање уређајима за праћење и мерење на основу података из централне евиденције опреме за мерење и праћење. План ради на обрасцу – План периодичних прегледа.

За сваког корисника у оквиру лабораторија мора да се уради извод из плана са опремом чији су они корисници. Корисници су дужни да се старају да се опрема на време упуту на преглед. После спроведеног прегледа корисник је дужан да у карту опреме за мерење и праћење упише податке о спроведеном прегледу, а такође и да ажурира податак о последњем прегледу у својој евиденцији. Уверења о извршеном еталонирању чувају се уз карту опреме.

Илустрације ради надаље се даје селектирани приказ уверења, као **пример**[24]:

Назив: Термостат у сушници; **Корисник уређаја:** Дом Здравља Станово – Крагујевац

Метода еталонирања: Еталонирање се врши помоћу отпорног термометра тесто 735-1 методом директног поређења са радним еталоном методом СРПС ЕН 60068-3-11.

Метролошка следљивост: Остварена преко еталонских отпорних термометара тесто 781

Мерна несигурност: Изражава се као проширена мерна несигурност која се добија множењем комбиноване мерне несигурности фактором обухвата $k=2$, који за нормалну расподелу одговара нивоу поверења од 95%.

Резултати еталонирања: Еталонирање термометра врши се на две температуре, у 5 позиција сензора.

Мерење врши: Екстерна акредитована лабораторија.

Ванредним прегледима се подвргава мерна опрема у следећим ситуацијама: после поправке, када се посумња у њену исправност и када је дошло до оштећења жига и губитка података о извршеном периодичном прегледу.

После поправке за ванредни преглед је одговорна установа која је извршила поправку. Уколико то она не уради на ванредни преглед опрему мора упутити Дом Здравља.

Ванредни преглед спроводи се по истој процедури као и за периодични само без плана. И ванредни прегледи морају се обављати у акредитованој метролошкој лабораторији ако је за ту врсту опреме то обавезно по Наредби.

После спроведеног прегледа корисник је дужан да у карту опреме за праћење и мерење упише податке о спроведеном прегледу, а такође и да ажурира податак о последњем прегледу у својој евиденцији. Записе о извршеном прегледу чува уз карту опреме.

Када је у питању остала опрема за мерење и праћење (она која не подлеже обавезном прегледу у складу са Наредбом за коју не постоје акредитоване лабораторије за еталонирање) мора се стално одржавати њена исправност и повремено потврђивати. У том циљу она се подвргава редовном одржавању. И код ње се спроводе периодични прегледи у циљу провере њене функционалне исправности. Периоди прегледа се одређују на основу препорука произвођача или испоручиоца или искуства корисника ако тих препорука нема. Прегледе може радити сам корисник (уколико има компетенције и могућности за то) или се они уступају компетентним институцијама. Планом периодичних прегледа дефинише се време прегледа и ко те прегледе мора да уради.

Као доказ о извршеном прегледу онај ко је то урадио мора то записнички констатовати са јасном констатацијом о употребљивости опреме за предвиђену намену.

Ванредни прегледи (мимо плана) због квара и поправке поверавају се оном ко је извршио поправку. И за ове прегледе мора постојати запис о исправности коју издаје онај ко је извршио преглед.

Означавање статуса

Означавање статуса опреме за мерење и праћење врши се у односу на њену исправност – усаглашеност са захтевима за опрему. Сва неусаглашена опрема мора бити означена идентификационом картицом за неусаглашену опрему.

Под неусаглашеном мерном опремом (опремом за праћење и мерење) подразумева се: опрема у отказу (у квару), опрема у чију исправност се сумња, мерна опрема код које је оштећен жиг и нема доказа о еталонирању и опрема која не даје задовољавајуће резултате.

Идентификациона картица са описом неусаглашености се ставља на видно место опреме као знак забране њене употребе до отклањања неусаглашености.

Поступање са неусаглашеном опремом

Са неусаглашеном опремом се поступа у складу са карактером неусаглашености наведеним у одговарајућој процедури. У том циљу она може бити подвргнута ванредном прегледу – еталонирању, поправци па ванредном прегледу или шкартирању и отуђењу уколико се не може довести у исправно стање.

Поправка, шкартирање и отуђење неисправне опреме за мерење и праћење спроводи се у складу са процедуром (поступком за ове активности).

Обезбеђење услова околине

Да би опрема за мерење и праћење дала задовољавајуће резултате у свом раду мора се употребљавати у адекватним – прописаним условима околине (микро климатски и други услови у којима се опрема користи). Захтеване услове прописује произвођач опреме, или се прописује одговарајућом технологијом рада (методом испитивања лабораторије).

За обезбеђење услова околине одговорни су:

- руководиоци лабораторија у којима се опрема користи. Њихова одговорност се односи на контролу услова околине, доношење одлука о евентуалном раду у не-адекватним условима и испостављању захтева за обезбеђење адекватних услова;
- техничка служба. Одговорност ове целине је да се стара о обезбеђењу адекватних услова околине и контролу услова;
- директор. Обезбеђење потребних финансијских средстава ради обезбеђења и одржавања услова околине.

Руковање опремом

Непосредни корисници опреме морају са њом руковати на исправан начин. У том циљу за сваку врсту опреме мора се располагати упутством за руковања. Упутство за руковање дефинише произвођач опреме и оно је саставни део документације која прати опрему. Уколико не постоји овакво упутство руководиоца лабораторије у којој се користи опрема, и непосредним корисником опреме мора да дефинише упутство за употребу. Упутство за употребу се мора налазити поред опреме или у архиви документације опреме.

Анализирајући значај медицинске услуге и улоге лабораторијских резултата приликом дијагностике или терапије, сасвим је јасна потреба за исправном мерном опремом. Један од захтева који се намеће је редовно одржавање, еталонирање и контролисање мерне опреме. Адекватно управљање мерном опремом подразумева: избор и набавку, идентификацију и евиденцију, преглед, означавање статуса у односу на преглед и резултате прегледа, поступање са неусаглашеном опремом, обезбеђење услова околине и руковање.

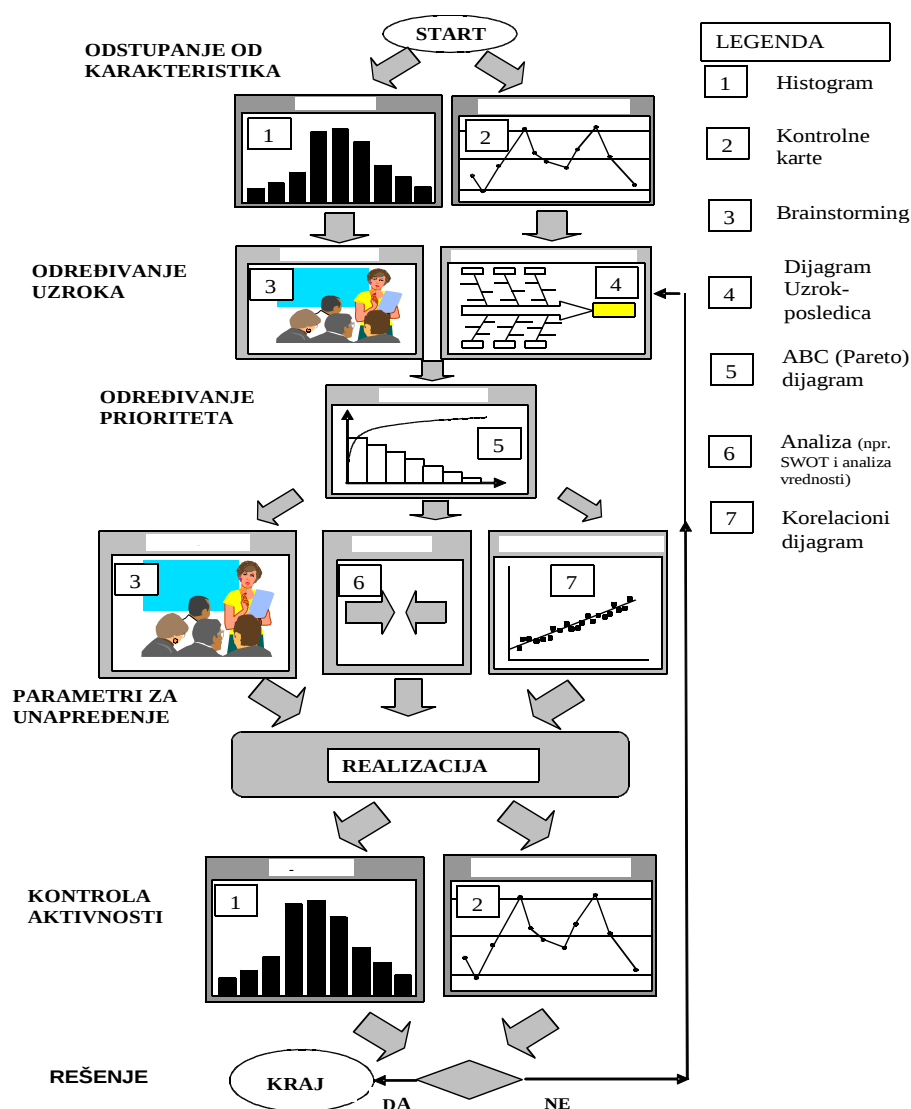
6.11 Мерење, анализа и побољшавања

У ДЗ-у се идентификују потребе, планирају и спроводе процеси праћења и мерења:

-Пружања услуга,

-IMS-a путем интерних и екстерних провера; основу за побољшање ефективности система менаџмента чине постављени циљеви чија се реализација анализира при преиспитивању од стране руководства и дефинишу мере за даље унапређење.

Даје се значај развоју и примени алата - *метода и техника* за достизање високог нивоа квалитета и његово стално унапредјење, за шта су одговорни руководиоци. Углавном се примењују основни алати квалитета - слика 26. Начин примене метода и техника за утврђене потребе у друштву је регулисан: стручном литературом и решењима, и на бази одговорности за примену и афирмацију статистичких метода и техника.



Слика 26. Основни алати квалитета [41]

Праћење и мерење

Задовољство пацијента

У складу са „оријентацијом на корисника“ као основним принципом пословања израженим у политици и циљевима IMS-а, у ДЗ-у се систематски прикупљају и прате информације о задовољству пацијената. Анкета представља основно средство за прикупљање информација о њиховом задовољству. Резултати анкета анализирају се од стране руководства и у складу са резултатима дефинишу одговарајуће мере.

Поред анкете, други важан извор информација о задовољству купаца чине информације из књиге утисака и жалбе пацијената и осталих интересних група.

Анкетни упитник о задовољству корисника радом службе за општу медицину, садржи опште податке о пацијенту и нивоу задовољства. Упитник има 20 елемената:

1. Пол
2. Године старости
3. Брачно стање
4. Завршена школа
5. Материјални положај породице
6. Изабраност лекара
7. Број посета лекару
8. Љубазност лекара
9. Стручност лекара
10. Време при посети лекару
11. Информисаност о здравственом стању
12. Чекање на пријем у ординацију
13. Доступност лекара у хитним случајевима
14. Уважавање мишљења пацијента
15. Разумљивост озбиљности проблема пацијента
16. Разговор са лекаром о укупним проблемима
17. Ниво задовољства изабраним лекаром
18. Савети о здравом начину живота
19. Ниво задовољства пријемом – медицинским сестрама
20. Љубазност медицинских сестара

На слици 27 приказан је један елемент задовољства.



Слика 27 – Задовољство здравственом заштитом [24]

Интерне провере

Проверавању IMS-а претходи активност преиспитивања IMS и идентификовања неусаглашености, као и контролисање (спонтано стварање увида у ваљаност и применљивост IMS-а). Наредни процес је процес побољшавања који обухвата спровођење корективних и превентивних мера.

Покретање провере

Редовне интерне провере изводе се у складу са Годишњим планом интерних провера.

Поводи за ванредне провере могу бити:

- захтеви/жалбе,
- неповољан однос структуре трошкова квалитета,
- број примедби/жалби,
- проблеми при вршењу услуга,
- измена начина рада,
- негативни налази инспекције,
- сертификација/ресертификација или надзорна посета сертификационог тела, и др.

Захтев за интерну проверу исказује се PRI, који доноси одлуку о оправданости иницијативе.

Избор и припрема тима за проверу

PRI одређује тим за интерну проверу/проверавача или ангажује екстерне провераваче и издаје Налог за интерну проверу, сем ако он не спроводи проверу.

Припрема за проверу подразумева ближе упознавање проверавача са документацијом система менаџмента и другом документацијом за проверавани део и припрему Програма и плана интерне провере, према формализованом запису.

Спровођење интерне провере

Провера IMS-а обухвата: уводни састанак, проверу на лицу места и завршни састанак.

Интерна проверка почиње *уводним састанком* (предвиђен програмом и планом провере). Руководилац тима проверавача/проверавач припрема и води састанак чији садржај обухвата: објашњавање циља и обима провере, објашњавање програма и плана провере, упознавање са методама и поступцима провере и утврђивање термина предложених програмом и планом провере. Одржавање уводног састанка није неопходно, о чему одлучује руководилац тима.

Поступак *провере* обухвата активности: увид и оцену усаглашености документације IMS, здравствене документације, особља и анализу резултата која указује на степен сагласности IMS-а са одговарајућим стандардом и прегледе неусаглашености.

Утврђени недостаци, на бази стварних доказа, су основа за дефинисање превентивних и корективних мера и доношење коначне одлуке да ли IMS (QMS, OHSAS и EMS), односно део IMS-а задовољава или не.

Руководилац тима, на крају спроведене провере, одржава *завршни састанак* са носиоцем/носиоцима одговорности из провераваних подручја. Дневни ред завршног састанка обухвата, сврху састанка, ограничења у провери - ако их је било, извештај - приказ неусаглашености и предлог корективних мера.

Припрема, дистрибуција и архивирање извештаја

Вођа и чланови (члан) тима проверавача, на основу извршене провере и вредновања резултата провере, сачињавају Извештај о интерној провери. Сачињен извештај о интерној провери се доставља представнику руководства за IMS (PRI).

Записи представљају пословну тајну, а по одобрењу директора се могу, у целисти или делимично приказати оснивачима, консултантима или оцењивачима IMS-а.

PRI је одговоран за праћење спровођења КМ/ПМ (према роковима и дефинисаним мерама) и поновног проверавања примене утврђених мера (увид у документацију, "стање на терену" и анализа спроводених мера).

Проверавани субјекат је одговоран за спровођење мера сагласно налазу и усаглашеном року дефинисаним у Извештају о интерној провери.

Праћење и мерење перформанси процеса

У Пословнику IMS идентификовани су сви процеси неопходни за функционисање IMS-а.

Праћење и мерење перформанси (важнијих карактеристика) процеса одвија се у складу са одређењима пословника и регулативе процеса.

На састанцима руководства утврђују се карактеристике процеса битне за њихово оцењивање. Користи се запис Извештај о остваривању/оцењивању циљева IMS-а.

Учесталост и одговорност за оцењивање карактеристика процеса дефинише се у процедурама које описују те процесе.

Власник процеса управља процесом, тако да одржава вредност параметара процеса у дозвољеним границама око циљне вредности и по потреби предузима одговарајуће корективне мере.

На основу процедура и планираних циљева, примењују се одговарајуће методе за праћење и мерење перформанси основних процеса.

Анализа кумулативних података и остварених циљева IMS-а у надлежности је директора и помоћника.

Власник процеса управља процесом, тако да одржава вредност параметара процеса у дозвољеним границама око циљне вредности и по потреби предузима одговарајуће корективне мере.

Метрика квалитета процеса дата је у табели 6.

Праћење и мерење карактеристика услуга

Спроводи лекар на основу процене здравственог стања пацијената, пре и после терапије.

Праћење и мерење утицаја на животну и радну средину

Процедуром IP.12, IP.17 се утврђују овлашћења, одговорности и начин праћења и мерења операција/активности које су идентификоване као значајни аспекти

животне и радне средине/предмет закона и прописа из области заштите и безбедности и то путем интерног или екстерног праћења и мерења, а у циљу праћења операција/активности које имају или могу имати негативан утицај на животну и радну средину. Циљ је обезбеђење спровођења активности праћења и мерења на контролисан начин ради праћења учинка у заштити средине, контроле над операцијама и одржавања усаглашености са општим и посебним циљевима у заштити животне средине и OHSAS учинка

Вредновање усаглашености

Вредновање усаглашености врши се у складу са IP.12 и IP.01. Овим документима утврђују се овлашћења, одговорности и начин спровођења вредновања усаглашености са идентификованим законским и другим захтевима из области заштите животне и радне средине у циљу испуњења обавеза утврђених у политици и циљевима.

Управљање неусаглашеностима

Неусаглашености услуга и процеса

Референтни документ за неусаглашености при пружању услуга и реализацији процеса је:

IP.09 – Управљање неусаглашеностима, корективне и превентивне мере. Налази неусаглашености при интерној провери констатују се у Извештају о интерној провери (IP.07).

Реаговање у ванредним ситуацијама

Процедуром IP.13 - Реаговање у ванредним ситуацијама и одговор на њих, дефинисани су поступци за идентификацију могућих ванредних ситуација и удеса који могу имати утицај на животну и радну средину и начин одговора на њих. Ови поступци и спремност ДЗ-а да одговори на ванредне ситуације се преиспитују периодично и ванредно уколико је дошло до појава опасности изазваних ванредним ситуацијама. Врши се и истраживање узрока инцидента.

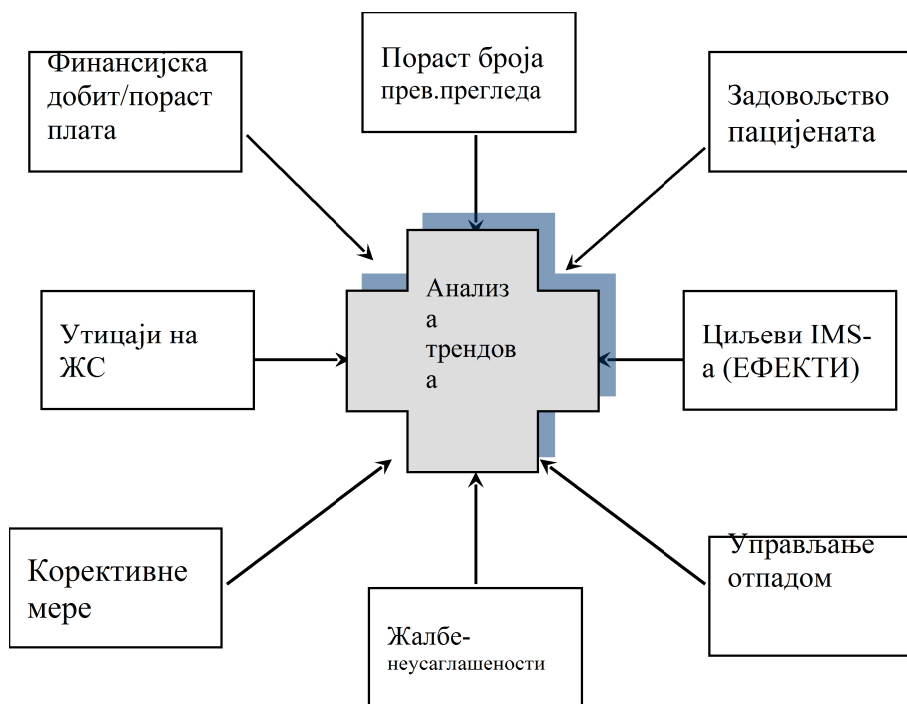
Анализа података

Систематским прикупљањем, обрадом и анализом података у ДЗ-у се процењује учинак установе у односу на дефинисане планове и циљеве и идентификују се области за побољшање.

Представник руководства за IMS обезбеђује да се коришћењем одговарајућих статистичких метода и техника анализирају релевантни подаци за добијање информација о задовољству пацијената, усаглашеношћу са захтевима корисника, карактеристикама и трендовима услуга и процеса, квалитету набављених материјала и карактеристикама испоручиоца.

Резултати анализа се разматрају на састанцима руководства и приликом преиспитивања од стране руководства.

Годишње се врши анализа трендова (слика 28).



Слика 28. Анализа трендова

Посебно се разматра остварење очекиваних **ефеката** од имплементације IMS-а (оперативне користи; финансијске користи; користи за запослене; задовољство пацијената и заинтересованих страна; комерцијалне користи; регулатива).

Побољшавање

Стално побољшавање

Непрекидно побољшање ефикасности система менаџмента у ДЗ-у је обезбеђено редовним преиспитивањем и анализом прикупљених података и информација.

На састанцима руководства и при преиспитивању од стране руководства анализира се реализација постављених циљева и ефекти спроведених мера и иницирају се захтеви за новим активностима за побољшање.

На састанцима руководства се анализирају трендови учинка процеса. На дневним оперативним састанцима анализирају се текуће неусаглашености и проблеми, дефинишу се потребне мере и анализирају њихови резултати.

Корективне и превентивне мере

Спровођење поступка корективних и превентивних мера обухвата следеће активности:

- иницирање корективних/превентивних мера,
- именовање тима и регистрација мера,
- утврђивање узрока неусаглашености и потребних мера,
- преиспитивање и одобрење мера,
- реализација корективних/превентивних активности,
- верификација корективних/превентивних активности.

Референтни документ је IP.09.

Процедура пријема, разматрања и решавања примедби и жалби пацијената дата је у документу **IP.08 – Поступак на приговор пацијената.**

Представник руководства за IMS (уз оперативну помоћ администратора IMS-a) систематски прати и анализира извештаје о неусаглашености у функционисању система, у процесу услуга. У анализе укључује и запослене, па тимски идентификују систематске неусаглашености и потенцијалне неусаглашености до чије би појаве могло да дође уколико се превентивно не делује на узроке.

Такође се узимају у обзир и закључци по преиспитивању од стране руководства, Извештаји са интерне провере, Извештаји са оцењивања и надзора (налази неусаглашености и препоруке).

Извори информација могу бити жалбе пацијента, анализа задовољства пацијента, и сигнализирање проблема од стране запослених (указивање на изворе могућих неусаглашености од стране запослених), неусаглашености констатоване кроз утицај на животну средину.

Покретање мера формализује се кроз образац Налог за корективну/превентивну меру, и попуњавају се подаци који се односи на предложену меру и то:

- врста мере (корективна-КМ или превентивна-ПМ),
- област у коме је регистрована постојећа или потенцијална неусаглашеност,
- опис неусаглашености за коју се предлаже корективна или превентивна мера и
- последице које неусаглашеност проузрокује или може да проузрокује.

PRI именује лице или тим за спровођење мере кога сачињавају компетентни стручњаци који познају проблем који мером треба разрешити.

У тиму се посебно именује руководиоца тима који координира рад тима, прати реализацију и извештава о току реализације мере.

Када се активности реализују попуњава се извештај (страна 2 записа налога).

По изради извештаја руководиоца тима потписом потврђује извештај и доставља га на анализу и верификацију заменику директора.

Референтни документ: IP.09 – Управљање неусаглашеностима, корективне и превентивне мере.

6.12 Поређење захтева *OHSAS 18001*, *ISO 14001:2004* и *ISO 9001:2008* (табела 9)

Табела 9 - Веза између захтева *OHSAS 18001*, *ISO 14001:2004* и *ISO 9001:2008* [67]

<i>OHSAS 18001:2007</i>		<i>ISO 14001:2004</i>		<i>ISO 9001:2008</i>	
4	Захтеви <i>OH&S</i> система управљања	4	Захтеви за систем управљања заштитом животне средине	4	Систем менаџмента квалитетом
4.1	Општи захтеви	4.1	Општи захтеви	4.1 5.5 5.5.1	Општи захтеви Одговорност, овлашћења и комуницирање Одговорност и овлашћења
4.2	<i>OH&S</i> политика	4.2	Политика заштите животне средине	5.1 5.3 8.5.1	Обавезе и деловање руководства Политика квалитета Стално побољшавање
4.3	Планирање	4.3	Планирање	5.4	Планирање
4.3.1	Идентификовање опасности, оцена ризика и успостављање управљања	4.3.1	Аспекти животне средине	5.2 7.2.1 7.2.2	Усресређеност на корисника Утврђивање захтева који се односе на производ Преиспитивање захтева који се односе на производ
4.3.2	Законски и други захтеви	4.3.2	Законски и други захтеви	5.2 7.2.1	Усресређеност на корисника Утврђивање захтева који се односе на производ
4.3.3	Циљеви и програми	4.3.3	Општи и посебни циљеви и програм(и)	5.4.1 5.4.2 8.5.1	Циљеви квалитета Планирање система менаџмента квалитетом Стално побољшавање
4.4	Примена и спровођење	4.4	Увођење и спровођење	7	Реализација производа
4.4.1	Ресурси, задаци, одговорности, надлежности и овлашћења	4.4.1	Ресурси, задаци, одговорности и овлашћења	5.1 5.5.1 5.5.2 6.1 6.3	Обавезе и деловање руководства Одговорности и овлашћења Представник руководства Обезбеђивање ресурса Инфраструктура
4.4.2	Компетентност, обука и свест	4.4.2	Оспособљеност, обука и свест	6.2.1 6.2.2	Опште одредбе Оспособљеност, свест и обука
4.4.3	Комуникација, учешће и консултације	4.4.3	Комуникација	5.5.3 7.2.3	Интерно комуницирање Комуницирање са корисницима
4.4.4	Документација	4.4.4	Документација	4.2.1	Опште одредбе
4.4.5	Управљање документима	4.4.5	Контрола документације	4.2.3	Управљање документима

<i>OHSAS 18001:2007</i>		<i>ISO 14001:2004</i>		<i>ISO 9001:2008</i>	
4.4.6	Контрола над операцијама	4.4.6	Контрола над операцијама	7.1 7.2 7.2.1 7.2.2 7.3.1 7.3.2 7.3.3 7.3.4 7.3.5 7.3.6 7.3.7 7.4.1 7.4.2 7.4.3 7.5 7.5.1 7.5.2 7.5.5	Планирање реализације производа Процеси који се односе на кориснике Утврђивање захтева који се односе на производ Преиспитивање захтева који се односе на производ Планирање пројектовања и развоја Улазни елементи пројектовања и развоја Илазни елементи пројектовања и развоја Преиспитивање пројектовања и развоја Верификација пројектовања и развоја Валидација пројектовања и развоја Управљање изменама пројектовања и развоја Процес набавке Информације о набавци Верификација производа који се набавља Производња и сервисирање Управљање производњом и пружањем услуга Валидација процеса производње и сервисирања Очување производа
4.4.7	Приправност за реаговање у ванредним ситуацијама и одговор на њих	4.4.7	Приправност за реаговање у ванредним ситуацијама и одговор на њих	8.3	Управљање неусаглашеним производом
4.5	Проверавање	4.5	Проверавање	8	Мерења, анализе и побољшавања
4.5.1	Мерење учинка и праћење	4.5.1	Праћење и мерење	7.6 8.1 8.2.3 8.2.4 8.4	Управљање опремом за праћење и мерење Опште одредбе Праћење и мерење перформанси процеса Праћење и мерење карактеристика производа Анализа података
4.5.2	Вредновање усаглашености	4.5.2	Вредновање усаглашености	8.2.3 8.2.4	Праћење и мерење перформанси процеса Праћење и мерење карактеристика производа
4.5.3	Истраживање инцидената, неусаглашеност, корективне и превентивне мере	-		-	
4.5.3.1	Истраживање инцидената	-		-	
4.5.3.2	Неусаглашеност, корективне и превентивне мере	4.5.3	Неусаглашеност, корективне мере и превентивне мере	8.3 8.4 8.5.2 8.5.3	Управљање неусаглашеним производом Анализа података Корективне мере Превентивне мере
4.5.4	Управљање записима	4.5.4	Контрола записа	4.2.4	Управљање записима
4.5.5	Интерна провера	4.5.5	Интерне провере	8.2.2	Интерна провера
4.6	Преиспитивање од стране руководства	4.6	Преиспитивање од стране руководства	5.1 5.6 5.6.1 5.6.2 5.6.3 8.5.1	Обавезе и деловање руководства Преиспитивање од стране руководства Опште одредбе Улазни елементи преиспитивања Илазни елементи преиспитивања Стално побољшавање

6.13 Приказ изабраних процедура IMS-а

Преглед процедура дат је у табели 6.

У наставку се приказује изабране процедуре (IP.02, IP.03, и IP.14).

IP.02 – ПРИЈЕМ И ТРИЈАЖА ПАЦИЈЕНТА

1.Сврха

Процедура дефинише процес пријема и тријаже пацијената.

2.Одговорност за примену

Процедура се примењује у Дому здравља Крагујевац. Примарну одговорност за примену има главна сестра, а затим медицинска сестра-техничар.

3.Термини, дефиниције и скраћенице

ДЗ. Дом здравља Крагујевац

ЗК. Здравствена књижица

Тријажа. Разврставање оболелих и повређених пацијената према степену хитности пружања помоћи.

4.Опис процеса (поступка)

4.1 Важније информације о процесу

Назив процеса: Пријем и тријажа пацијената (P2).

Веза са претходним и наредним процесима: Процесу претходи процес долазак пацијента. У наредне процесе спадају процеси P3, P4 и P5.

Улази у процес: Здравствена књижица, Изјава о изабраном лекару, Информације о стању пацијента.

Излази из процеса. ЗК, рецепти, упуту.

4.2 Заказивање прегледа

Заказивање се врши телефоном или-директним контактом са сестром. Пацијент при заказивању даје своје податке који се евидентирају у свеску заказивања коју има сваки изабрани лекар. У свесци заказивања, у слободан-жељени термин, уписује се име и презиме заказаног пацијента, контакт телефон и датум када је преглед заказао тј. када се пацијент јавио.

Могућност заказивања је целодневна а уколико је пацијентов лекар одсутан, преглед се заказује код лекара именованог за замену или код лекара из смене изабраног лекара.

Заказивање прегледа се врши и за све пацијенте оболеле од хроничних незаразних обољења, за контролне прегледе, за превентивне и систематске прегледе. Пацијенти се заказују на 15 минута.

Хитна стања и новонастале промене здравственог стања се примају без заказивања и одмах се збрињавају.

Незаказани пацијенти, који нису хитно стање или немају акутну промену здравственог стања, се примају у слободном термину између заказаних пацијената или после њих.

4.3 Пријем и тријажа пацијената

Пријем заказаних пацијената се обавља по претходно договореном термину који постоји у протоколу заказивања пацијената.

Пацијент предаје ЗК, и Изјаву о избраном лекару. На основу броја картона, сестра налази у картотеци здравствени картон и односи код лекара, који потом прима на преглед пацијента. Здравствени картон од шалтера до ординације носи медицинска сестра која ради на шалтеру, не даје се у руке пацијенту, а такође и по завршеном прегледу, здравствени картон улаже медицинска сестра.

Незаказани пацијенти се тријажирају на месту контакта - инфо пулт односно шалтер - и збрињавају уколико њихово стање захтева:

- хитан пријем - дефинисан по инструкцији за хитан случај,
- здравствено стање пацијента захтева пријем истог дана,
- уколико има слободних термина код избраног лекара за незаказане пацијенте.

Хитан случај се тријажира на инфо пулту тј шалтеру, односно на нивоу тима, препознаје се као такав и упућује се у пријемну амбуланту-просторију лекара где се врши збрињавање (које се обавља према методу за прехоспитално збрињавање ургентних стања). Сестра из пријема позива лекара, и он интервенише на месту пријема пацијента. Сви подаци се касније уносе у здравствени картон пацијента односно у протокол о хитном случају.

Хитна стања и стања која захтевају пријем истог дана су:

- сумња на срчани или мождани инсулт,
- асматиени напад,
- хитна стања код дијабетичара,
- алергијска стања,
- температура преко 39,
- повреде које угрожавају живот,
- акутно настале главобоље,
- крварења из носа,
- страно тело
- повраћање и проливи,
- остала стања која захтевају приоритет.

Пацијенти са акутним поремећајима здравља се збрињавају према *ВОДИЧИМА ДОБРЕ ПРАКСЕ У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ* који су издати под покровитељством Министарства здравља Републике Србије, *ВОДИЧУ ЗА ПРЕХОСПИТАЛНО ЗБРИЊАВАЊЕ УРГЕНТНИХ СТАЊА* у издању Српског

лекарског друштва и Секције ургентне медицине и према књизи *ХИТНА СТАЊА У РАДУ ПОРОДИЧНОГ ЛЕКАРА* у издању Српског лекарског друштва и Секције опште медицине.

У случајевима када изабрани лекар није присутан због одсуства или је у супротној смени, овакве пацијенте ће примати лекар који је одређен и именован за пријем пацијената са акутним поремећајима здравља. Лекар је именован за сваку смену последњег дана текуће недеље у виду писаног документа који је достављен сестрама на шалтеру и који је истакнут на огласној табли одељења и просторије за интервенције.

4.4 Пријем пацијената који немају регистрован картон

Пацијенти који немају регистрован картон у служби Опште медицине а чије стање захтева тренутно лечење, биће примљени по процедури од стране лекара који је именован за пријем пацијената са акутним поремећајима здравља.

Пацијенту који нема регистрован картон у служби Опште медицине а чије стање не захтева тренутно лечење медицинска сестра на шалтеру службе у складу са Законом о здравственом осигурању, пружа информацију о могућности опредељивања за изабраног лекара. Пацијент је дужан да по отварању здравственог картона, својеручним потписом на другој страни картона, потврди изјаву да до тада ни у једном Дому здравља није имао регистрован здравствени картон у служби Опште медицине.

Пацијент који нема регистрован картон у служби Опште медицине а чије стање не захтева тренутно лечење и при томе изјављује да има изабраног лекара у служби Опште медицине другог Дома здравља биће упућен у тај Дом здравља.

4.5 Приступ пацијената медицинској документацији

У складу са правима пацијента која су близе дефинисна у закону о здравственој заштити и закону о здравственом осигурању за увид у медицинску документацију је потребан следећи редослед активности:

- Пацијент усмено упућује захтев изабраном лекару или специјалисти-консултанту,
- Пацијенту се даје на увид медицинска документација у присуству лекара у ординацији. Уколико је документација у електронској форми, пацијенту се пружа на увид у штампаној - папирној форми или директно на монитору.
- Лекар је у обавези да за сваки месец сачини списак пацијената који су захтевали увид у медицинску документацију и да га достави начелнику службе.
- Лекар је у обавези да сачува потврду у реализованом увиду у медицинску докуменацију у здравственом картону пацијента
- Уколико се пацијенту оспори право увида у сопствену медицинску документацију може се жалити начелнику службе и директору.

4.6 Мерење и праћење процеса

За процес Р2 важније карактеристике процеса (К) су:

- К1-Просечна дужина чекања на заказани преглед,

- К2 - Број жалби,
- К3 - Задовољство пацијента,
- К4 - Ажурност и комплетност картона.

5. Припадајући документи

Евиденција (протокол) заказивања

Здравствени картон

Изјава о избраном лекару

Списак пацијената који су захтевали увид у медицинску документацију

6. Веза са другим документима

М – Пословник о IMS-у

Протокол о хитном случају

Водичи добре праксе у примарној здравственој заштити

Водич за прехоспитално збрињавање ургентних стања

Хитна стања у раду породичног лекара

IP.03 – ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

1.Сврха

Процедура дефинише процес пружања здравствених услуга опште медицине.

2.Одговорност за примену

Процедура се примењује у Дому здравља Крагујевац. Примарну одговорност за примену има начелник ОМ, а затим избрани лекар.

3.Термини, дефиниције и скраћенице

ДЗ. Дом здравља Крагујевац

ЗК. Здравствена књижица

ОМ. Општа медицина.

4.Опис процеса (поступка)

4.1 Важније информације о процесу

Назив процеса: Здравствене услуге опште медицине – Општа медицине (РЗ).

Веза са претходним и наредним процесима: Процесу претходи процес пријема и тријаже. У наредне процесе спадају процеси Р5 и Р2, као и даље лечење.

Улази у процес: Здравствена књижица (ЗК), Досије, Упут, налази.

Излази из процеса. Рецепти, упут, терапија.

4.2 Превенција

Превенција се обавља у складу са Законом о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка).

Превенција се обавља кроз два типа прегледа: системски прегледи-садржај и тип је везан за популациону групу циљани прегледи.

Превентивни прегледи се планирају, а пацијенти се унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа.

Истражује се и анализира одзив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења, у смислу повећања одзива пацијената.

4.3 Пријем и тријажа пацијената

Кроз документ-IP.02 утврђен је поступак пријема и тријаже пацијента

Прегледи се заказују. Пацијенти којима преглед није заказан примају се након тријаже. Обавља се тријажа пацијента на месту контакта, како би пацијент био збринут.

Пацијенти су подељени у категорије према њиховим потребама, а они чије стање захтева хитно лечење имају предност.

Тријажу у оквиру тима обавља медицинска сестра, односно техничар тима за лечење.

4.4 Процена здравственог стања пацијента и план лечења

У овој фази обавља се процена здравственог стања пацијента и припрема план лечења.

Потребе пацијента у смислу примене мера превенције, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања, реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу (дом здравља).

Утврђује се, од стране лекара, и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем на дијагностичке тестове (лабораторија, дијагностичка снимања).

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем лекару специјалисти.

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе.

Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпусту из друге здравствене установе.

План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента.

План лечења се разматра са пацијентом или породицом пацијента. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено.

4.5 Спровођење лечења

Лечење се спроводи у складу са планом лечења

Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијента:

- Лица одговорна за спровођење лечења су евидентирани у здравственом картону пацијента.
- Свака промена лица одговорног за лечење се евидентира у здравствени картон пацијента.
- Запослени су упознати с тим које лице је одговорно за лечење пацијента.

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце:

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.
- Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.
- Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијента.

Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. Водичи добре клиничке праксе, пут лечења и др.).

Приликом пружања услуга запослени у општој медицини поштују мисију, визију и вредности ДЗ.

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед

- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност

Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента.

Постоји евиденција свих лекова и санитетског материјала које организациона јединица наручи и потроши.

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима.

Ревизија плана лечења и прилагођавање циљева лечења

План лечења се редовно анализира.

Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону.

Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону.

Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијента обавештавају се о променама у плану лечења.

Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента.

Завршетак посете лекару и припрема за упућивање у друге здравствене установе

Ова фаза обухвата:

- завршетак посете лекару
- упућивање у другу здравствену установу.

У здравствени картон пацијента уноси се резиме лечења који обухвата:

- разлог за посету,
- значајне налазе,
- све обављене процедуре,
- дијагнозу,
- медикаментну терапију и друге видове лечења.

Обавештење о упућивању или пријему пацијента у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.

Пацијент, односно породица пацијента унапред се обавештавају о упућивању пацијента у другу здравствену установу и саопштава им се које су мере предузете у смислу задовољавања потреба пацијента за лечењем.

Кад је упућивање неопходно, процењује се потреба пацијента за транспортом и исти се обавља.

Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе.

Поновни прегледи након отпуста из друге здравствене установе обављају се у складу са потребама пацијента.

4.6 Просторије и опрема

На располагању су одговарајуће просторије и опрема

Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан. Постоји улаз за особе са инвалидитетом. Локација здравствене установе-ДЗ и улази у организационе јединице обележени су одговарајућим ознакама.

Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме.

Бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења.

Постоје одговарајуће просторије за преглед и лечење.

Чекаонице се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.

4.7 Квалитет рада и безбедност пацијента

Прате се квалитет рада и безбедност пацијента.

Сви запослени у ОМ су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и инструкција за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести. Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

4.8 Мерење и праћење процеса

За процес РЗ најважније карактеристике процеса (К) су:

1. Просечан број посета по лекару (≥ 30)
2. Задовољство пацијента (*изнад 8*)
3. Промена изабраног лекара (≤ 7)
4. Просечан број упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару на 100 посета (≥ 20)
5. Број посећених едукација/семинара (≥ 5).

5. Припадајући документи

Здравствени картон (досије)

План лечења/терапија

Рецепт

Упут

6. Веза са другим документима

М – Пословник о IMS-у

IP.02 – Пријем и тријажа

Водичи добре праксе у примарној здравственој заштити

Водич за прехоспитално збрињавање ургентних стања

IP.14 - НАБАВКА

1.Сврха

Овом процедуром утврђује се:

- Начин планирања набавке;
- Врсте спровођења поступака набавке;
- Активности уговарања и реализације набавке;
- Начин комплетирања документације набавке и ликвидирања фактура
- Активности и начин спровођења рекламација производа
- Начин праћења испоручиоца.

2. Одговорност за примену

Ова процедура првенствено се примењује у одељењу набавке.

За доследну примену овог поступка одговоран је шеф одељења набавке, руководилац сектора набавке, комисија за јавне набавке, руководилац складишног пословања и сви запослени у одељењу набавке .

3.Термини, дефиниције и скраћенице

ЈН. Јавна набавка

ШН. Шеф набавке

ДЗ. Дом здравља

Производ. Резултат процеса (материјал, лекови, хемикалије, опрема, услуге) које ДЗ набавља од испоручилаца.

Складишно (магацинско) пословање. Активности за извршавање пријема, складиштења, чувања и издавања производа.

Неусаглашеност. Неиспуњеност захтева.

Спецификација. Документ којим се исказују захтеви.

Напомена: Спецификација се може односити на активности (на пример докуменат процедуре, спецификација процеса и спецификација испитивања) или на

производе (на пример спецификација производа, спецификација рецептуре и перформанси).

4. Опис процеса

4.1 Важније информације о процесу

Назив процеса: Поступак јавних набавки и управљање набавком (скраћено – набавка: компонентни процес Р6: подршка).

Веза са претходним и наредним процесима: Процесу претходи процес планирања пружања услуга . Претходни процеси су и процеси који захтевају набавку улазних производа за реализацију својих активности, који су након реализације набавке и наредни процеси. У наредне процесе спадају и финансије.

Улази у процес: Главни улази у процес набавке су план набавке и дефинисане потребе за набавком одређених производа.

Изази из процеса. Набављени производи и документација набавке, пријема и складиштења.

4.2 Планирање набавке

Годишњи план набавке (компонентни план програма пословања) ради се у складу са инструкцијама, формама и роковима дефинисаним у ЈН. Руководилац набавке је задужен за израду плана набавке и детаљног плана набавке.

План набавке садржи основни материјал за здравствене услуге, лабораторијске анализе, одржавање, одржавање објеката, управљање отпадом и др. У програм пословања, план набавке се даје само са предметом набавке и планираном вредношћу.

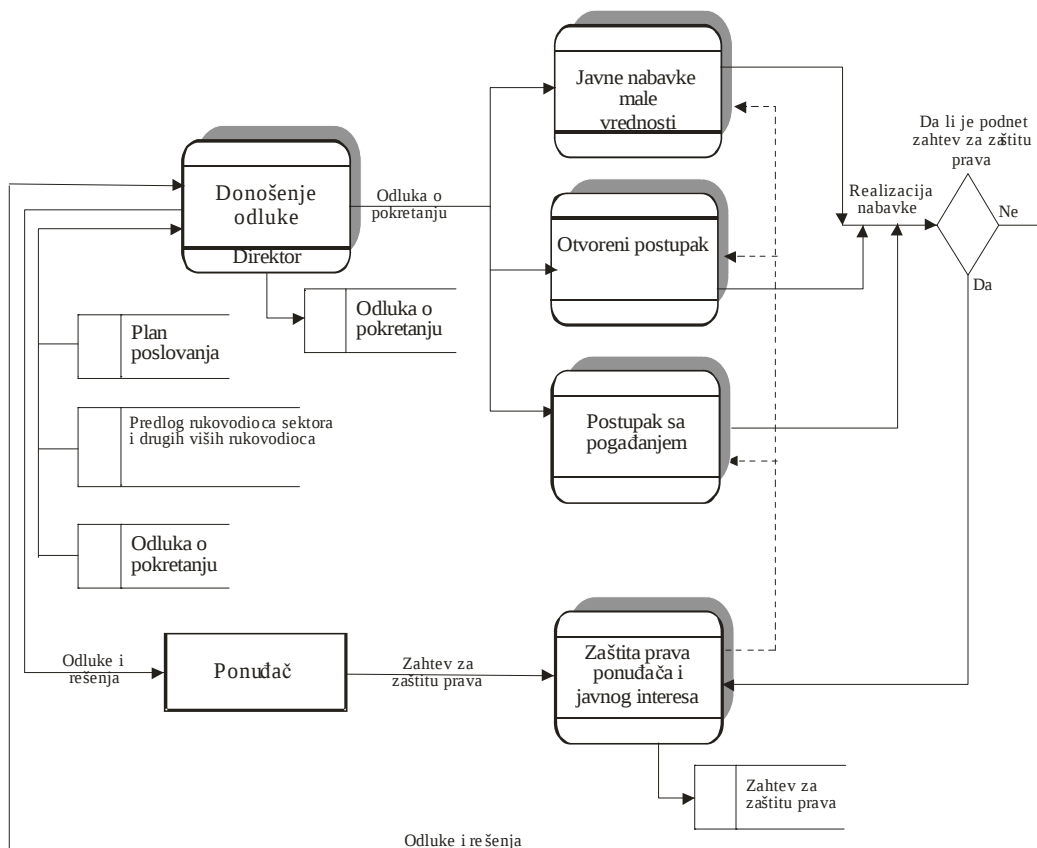
Основа за израду плана набавке је План набавке за _ годину . Детаљан план набавке садржи и податке о спровођењу набавке (а, у складу је са Законом о јавним набавкама). Поступак одређује процену вредности предметне набавке на годишњем нивоу односно вредност која представља горњи лимит у буџетској години испод којег наручиоци могу спроводити поступак јавне набавке мале вредности. Детаљан план набавке верификује Управни одбор заједно са усвајањем програма пословања . Тако усвојен детаљан план набавке је основ за формирање појединачних одлука за спровођење одређеног поступка јавне набавке . Одлуку потписује председник Управног одбора. Одлука о покретању малих набавки у надлежности је директора. На основу детаљног плана набавке формира се Предлог термина плана набавки за _ годину. За праћење плана спровођења јавних набавки шеф набавке попуњава образац Реализација плана набавке за _ годину. Све предвиђене активности одвијају се у складу са важећим Законом о јавним набавкама и важећим правилницима, што спроводи шеф набавке и комисија за јавне набавке (која се формира решењем директора установе за сваки поступак јавне набавке).

Управа за јавне набавке се Информацијом о планираним набавкама (на меморандуму) обавештава о планираним набавкама за текућу годину најкасније до 31.децембра текуће године. Истовремено се траже потребне сагласности/мишљења у складу са Законом и планираним поступком спровођења јавних набавки.

Одговорни су: првенствено директор и руководилац набавке.

4.3 Доношење одлуке и спровођење поступка јавне набавке

Обзиром на делатност установе, а у складу са Законом о јавним набавкама примењују се (слика 1) : Поступак јавне набавке мале вредности – дефинисан Законом и *Правилником* о јавним набавкама мале вредности (важећи), Отворени поступак и Поступак са погађањем.



Слика 1 – Поступци јавних набавки

Главне одреднице поступка јавних набавки (ЈН) су: 1) предмет набавке – добра, услуге, извођења радова; 2) наручилац набавке; 3) поступак – претежно отворени поступак, изузетак поступак са погађањем.

Услови за почетак поступка (за све поступке): План набавки, Финансијски план (годишњи).

Покретање поступка за сваку ЈН: 1) Одлука о покретању поступка, 2) Решење о образовању комисије. Одговоран: шеф набавке.

Надаље се даје ток активности за отворени и поступак са погађањем (у загради одговорно лице):

И.ОТВОРЕНИ ПОСТУПАК

Припрема јавног позива (*ШН*) и конкурсне документације (*руководилац службе за економске и правне послове – Р*)

Оглашавање јавног позива (*ШН*)

Прикупљање и отварање понуда (*комисија – К*)

Формирање записника са отварања (*ШН*)

Извештај комисије У.О., стручна оцена понуда са предлогом најповољније понуде (*К*)

Верификација предлога комисије (*УО*)

Избор најбољег понуђача и састављање извештаја о додели Уговора о ЈН по члану 81 Закона (*К*)

Достављање обавештења понуђачима о додели Уговора (*ШН*)

Закључење Уговора (*директор и ШН*)

Објављивање обавештења о додели Уговора, најкасније у року од 14 дана од дана закључења Уговора (*ШН*)

ИИ. ПОСТУПАК СА ПОГАЂАЊЕМ

Први случај - ПОСТУПАК СА ПОГАЂАЊЕМ БЕЗ ПРЕТХОДНОГ ОБЈАВЉИВАЊА

а) Објективни разлози или разлози заштите искључивих права

Подношење захтева Управи за ЈН ради давања мишљења за примену ове врсте поступка (*ШН*)

Припрема конкурсне документације (*Р*)

Позив понуђачима да доставе понуду (*ШН*)

Прикупљање и јавно отварање понуда (*К*)

Погађање, у коме је наручилац дужан да обезбеди да уговорена цена не буде већа од упоредиве тржишне цене и да са дужном пажњом проверава квалитет предмета ЈН (*Р и ШН*)

Избор најповољнијег понуђача и састављање извештаја о додели Уговора о ЈН (*К*)

Верификација (*У.О.*)

Достављање обавештења о додели Уговора о ЈН (*ШН*)

Закључење Уговора (*ШН и директор*)

Објава обавештења о додели Уговора најкасније 14 дана од дана закључења уговора (*ШН*)

б) Ванредне околности или непредвидиви догађаји и случајеви када у отвореном или рестриктивном поступку није било понуда или су понуде неодговарајуће

Обавештење понуђачима о поступку ЈН са основним подацима о предмету набавке (*ШН*)

Прикупљање и отварање понуда (*К*)

Погађање (*Р и ШН*)

Избор најповољнијег понуђача и састављање извештаја о додели Уговора (*К*)

Достављање обавештења о додели Уговора о ЈН (*ШН*)

Закључење Уговора (*ШН и директор*)

Достављење Управи за ЈН, Извештаја о додели Уговора о ЈН, који садржи податке из члана 81 Закона, у року од 3 дана од дана избора најповољнијег понуђача

Објава обавештења о додели Уговора најкасније 14 дана од дана закључења уговора (*ШН*)

Други случај - ПОСТУПАК СА ПОГАЂАЊЕМ ПОСЛЕ ПРЕТХОДНОГ ОБЈАВЉИВАЊА

Услови за примену поступка су: 1) да у отвореном поступку све добијене понуде су неисправне или неприхватљиве, и да се садржина конкурсне документације не мења, 2) да наручилац позове све понуђаче који су учествовали у отвореном поступку да дају нове понуде.

Позив понуђачима који су учествовали у отвореном или рестриктивном поступку да дају нове понуде по истој конкурсној документацији која је била припремљена за отворени (*ШН*)

Прикупљање и јавно отварање понуда (*К*)

Погађање (*ШН/Р*)

Избор најповољнијег понуђача и састављање извештаја о додели Уговора (*К*)

Верификација (*У.О.*)

Достављање обавештења о додели Уговора о ЈН (*ШН*)

Закључење Уговора (*ШН и директор*)

Објава обавештења о додели Уговора најкасније 14 дана од дана закључења уговора (*ШН*)

За сваку предметну набавку води се комплетна евиденција поступка и Решењем директора формира комисија.

Комисија за спровођење јавних набавки је променљива за сваку набавку понаособ. Оцењивање понуда врши према критеријумима наведеним у конкурсној документацији – Вредновање понуда (формира Листу Бодова). По завршеном избору најповољније понуде и одобрења од стране Управног одбора обавештавају се понуђачи о додељеним ЈН.

Сви поступци спроводе се у складу са законском регулативом за јавне набавке. У складу са регулативом употребљавају се и обрасци/записи.

Одлучивање о додели уговора за велике набавке у надлежности је УО, а за мале у надлежности директора.

4.4 Уговарање набавке

Уговор се не може закључити пре истека рока за покретање захтева за Заштиту права понуђача. Закључује се са најповољнијим понуђачем (испоручиоцем), а у складу са конкурсном (тендерском) документацијом.

Уговор је саставни део конкурсне документације.

Уговор са испоручиоцем се сачињава у складу са Законом о Јавним набавкама, а садржи неопходне (обавезне) и променљиве елементе што је условљено врстом производа.

Израда уговора у надлежности је ШН. При изради и преиспитивању уговора консултује: руководиоца економије и финансија – ЕФ (за финансијске одреднице уговора), руководиоца правних послова (за правне одреднице) и «корисника» робе (за друге аспекте).

Након извршеног преиспитивања, а по избору добављача, долази до потписивања уговора.

Уговоре потписује директор у четири примерка. Након завођења кроз Деловодни протокол (Деловодну књигу), исти се достављају добављау (испоручиоцу). Испоручилац враћа два примерка потписаног уговора. Један примерак се доставља ЕФ, један остаје код ШН. Прави се копија уговора, коју преузима лице за реализацију набавке.

Уговори се чувају 10 година, након реализације.

Измена и допуна било ког елемента (дела) уговора – код великих набавки, могућа је искључиво уз сагласност обе стране.

Измене у облику анех-а уговора, верификују (потписују, датирају и оверавају печатима) обе стране, и чине саставни део основног уговора.

Анех-и уговора имају исти број примерака као и претходни основни уговор и достављају се свим заинтересованим странама.

Сви уговори са испоручиоцима производа се пре слања се евидентирају/заводе у Деловодну књигу.

4.5 Праћење реализације уговора

Под реализацијом уговора се подразумева испорука робе по испостављеној наруџбеници, измирење обавеза плаћања, рекламација и све што је дефинисано и обавезује уговорне стране.

Ако се током наведеног планског периода јави потреба за набавком производа који нису обухваћени планом набавке, руководиоци одговарајућих целина по истом поступку достављају допунске Захтеве за набавку. Са захтевима за набавку се упознаје руководиоца набавке, и даје инструкције референту, који врши допуну плана набавке, односно попуњава Предлог за набавку. Исти се доставља директору на увид и одобрење.

Приликом пријема Захтева за набавку референт је дужан да провери његову потпуност, јасност и стање у магацину.

Уколико захтев није потпун и јасан дужан је да захтев разјасни са руководиоцем који га је потписао или захтев врати руководиоцу са примедбама у погледу потпуности, прецизности изражених карактеристика жељеног производа односно усклађеношћу са уговором. Враћање захтева се евидентира у Књига евиденције руководиоца одељења набавке.

Референт за предметну набавку такође проверава стање производа у магацину и не наручује производ док не усагласи количину коју треба наручити. За справне захтеве референт покреће поступак наручивања.

4.6 Наручивање и извршење набавке

Наручивање траженог производа се врши Наручбеницом (ИЗ) и садржи податке о врсти производа, количини коју треба испоручити, месту испоруке, односно основ су подаци из уговора потписаним са испоручиоцем.

Наручбеница се израђује у два (2) примерка и доставља се:

1x испоручиоцу; 1x остаје у **Набавки**.

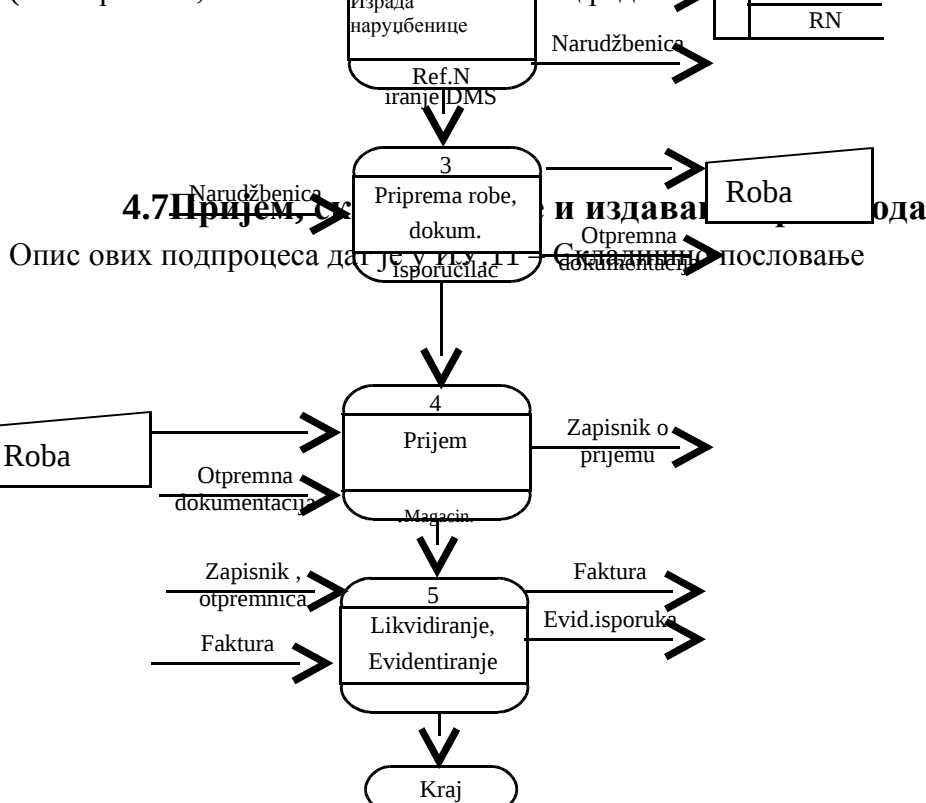
Издаје за сваку појединачну наруџбу и испоручиоцу доставља факсом или ПОШТОМ.

На основу Наручбенице и План набавке, издаје за сваку појединачну наруџбу и испоручиоцу доставља факсом или ПОШТОМ. На основу Наручбенице и План набавке, издаје за сваку појединачну наруџбу и испоручиоцу доставља факсом или ПОШТОМ. На основу Наручбенице и План набавке, издаје за сваку појединачну наруџбу и испоручиоцу доставља факсом или ПОШТОМ.

Руководилацу складишног пословања референт је дужан да најави пристизање испоруке од испоручиоца као и да га у детаљима везаним за испоруку.

Ток је приказан на слици 2.

Што се тиче извршења услуга/радова, корисник услуге потврђује њено извршење на обрасцу ИЗ – Записник о извршеној услузи/раду. Запис се формира у 3 примерка (1 – корисник, 1 – набавка, 1 – издавање).



Слика 2 – Реализација набавке

4.8 Поступак рекламација набављених производа

Рекламације испоручиоцима након пријемног контролисања

Основ за рекламацију може бити: Наусаглашеност приспеле количине са уговореном и пратећом документацијом, Оштећење производа у транспорту,

Квалитет производа који није у складу уговором и дефинисаним захтевима за квалитет.

Руководилац складишног пословања обавештава руководиоца набавке о насталим проблемима приликом пријема испоруке у циљу предузимања одговарајућих активности.

У случају уочавања неусаглашености производа пре истовара производа руководиоца складишног пословања враћа робу, односно не одобрава истовар.

Када се неусаглашеност уочи у току пријема, роба се одваја, и руководиоца/заменик руководиоца складишног пословања не попуњава Пријемницу робе, већ обавештава руководиоца набавке. Са њим договара даљи поступак.

Када се при пријему јави одступање у приспелој количини производа у односу на количину која је уписана на отпремном документу, руководиоца/заменик руководиоца складишта обавештава руководиоца набавке.

Поступак може бити:

- за мање примљену количину надокнада испоруке или умањење износа за вредност мањка,
- код већег одступања (преко 30% од испоруке): повраћај производа, или прихватање дела испоруке, уз договор о накнадној испоруци и упис испоруке у Картон добављача за тај део.

Преписка се спроводи писаним путем.

Када је резултат пријемног контролисања "Производ неусаглашен"- квалитет, референт по налогу руководиоца набавке покреће поступак рекламације и испоручиоцу доставља копију Записника о пријему.

У случају да је рекламација прихваћена од стране испоручиоца, производи се стављају на располагање испоручиоцу или се отпремају испоручиоцу/на локацију коју је дао испоручилац, о трошку испоручиоца.

У случају да рекламација није одмах прихваћена од стране испоручиоца, већ испоручилац жели да изврши увид у спорну испоруку, набавка му омогућава сву пратећу документацију и услове за контролисање. За време док се чека контрола испоручиоца, спорна испорука се налази у посебној зони магацина. Коначно усаглашавање рекламације врше руководиоца набавке на основу стручног става надлежних функција унутар установе или овлашћених институција и одговорни представник испоручиоца.

Рекламације испоручиоцима на неусаглашености откривене у процесима реализације

Производи који су набављени од испоручиоца а чија је неусаглашеност откривена у току процеса реализације (није откривена при пријему) одвајају се и идентификују од стране руководиоца процеса који пише извештај о неусаглашености, у слободној форми, а на основу тога руководиоца набавке покреће поступак рекламације.

Евидентирање рекламација

Свака рекламација испоручиоцима се пре слања евидентира у Регистар рекламација испоручиоцима, као и начин решавања рекламације након завршетка поступка.

Шеф набавке, прати редослед испорука и рекламација, ради спровођења одредби Уговора у вези рекламација.

4.9 Праћење испоручиоца

Активност се врши за сваког испоручиоца и сваку набавку понаособ (у зависности од предмета набавке), а у складу са критеријумима дефинисаним у конкурсној документацији.

Праћење испоручиоца (добављача) се обавља и преко реализованих набавки анализом: квалитета и количина, рокова и испоруке, рекламација при пријему добара/услуга, пословности. Формирају се записи – Праћење добављача, од стране набавке. Анализу обавља руководиоца набавке на основу података које припремају рефернети и магационери по опредељеним предметима набавке

За праћење испоручиоца и истраживање тржишта набавке сходно својим предметима набавке одговорни су руководиоци. На захтев представника руководства, а за потребе преиспитивања од стране руководства Збирни преглед рекламација, формира руководиоца набавке (шеф одељења).

4.10 Мерење и праћење процеса

За процес набавке важније карактеристике процеса и мерила прихватљивости су:

К1. Трошкови набавке – Однос планираних и оставрених трошкова набавке.

Подаци о оствареним трошковима се добијају од функције економике и финансија.

К2. Спровођење јавних набавки (ЈН) – Однос планираних и реализованих поступка ЈН.

К3. Рекламације – Број рекламација у току године.

Подаци за К1 се добијају из Плана набавки и Финансијских извештаја. Податке за К2, формира ШН. За К3, подаци се добијају из Збирног прегледа рекламација.

5. Припадајући документи

Документи (законски обрасци) поступка јавних набавки

Наруџбеница

Праћење добављача

Збирни преглед рекламација

П.11 – Складишно пословање

6. Веза са другим документима

М – Пословник о IMS-у

Закон о јавним набавкама

7. ЗАКЉУЧАК

Домови здравља (ДЗ) заузимају посебно место у здравственом систему, посебно у примарној здравственој заштити сваке земље. Код домаћих ДЗ суочених са изазовом прилагођавања условима тржишта и светских новина, као и захтевима пацијената и других стејкхолдера, постоји потреба за уређењем пословних процеса и интеграцијом система менаџмента у циљу побољшања пословних перформанси и остваривања циљева, и одрживости акредитације.

Циљ мастер рада је да се кроз анализу студије случајева за ДЗ Крагујевац у примарној здравственој заштити, развије избор стандарда и методологија имплементације *IMS* у ДЗ, као и да се дефинише документација.

IMS треба да интегрише све текуће формализоване системе фокусиране на квалитет, заштиту животне средине, здравље и безбедност, особље, финансије, итд. То значи да процеси и документа, која их описују, треба да буду интегрисани. Када установа идентификује све заинтересоване стране (стејкхолдере) може утврдити које парцијалне менаџмент системе треба да укључи у свој пословни систем.

Истраживањем система менаџмента и њихове имплементације у литератури, практичним примерима и у установи Дом Здравља Крагујевац (ДЗ) дошло се до закључка да се интеграцијом више система током имплементације долази до ефикаснијег руковођења организацијом. Може се закључити да је ефикасније и исплативије да се изврши интеграција више система менаџмента и да за једну цену установа уведе више стандарда.

У овом раду анализирано је и приказано-пројектовано увођење и интеграција *QMS*-а, *EMS*-а, *OHSAS*-а у установама ДЗ на примеру ДЗ Крагујевац.

Са прецизном мисијом и јасном визијом установа ће утврдити врло чврсту стратегију која се огледа: у веома осмишљеном грађењу односа са кључним заинтересованим странама, првенствено пацијентима (у којима се препознају не само захтеви, већ и њихова очекивања), затим у пажљивој идентификацији кључних компетенција заинтересованих страна, чиме је омогућено сагледавање здравих основа за стварање добрих односа.

Коришћењем модела интеграције извршена је анализа и одабир најповољнијег модела заснованог на процесном приступу, који у потпуности задовољава потребе ДЗ из Крагујевца.

Примењују се три приступа интеграције система менаџмента: секвенцијални приступ (редно успостављање), паралелни приступ (успостављање два или више система истовремено-паралелно) и комбиновани приступ (успостављање једног

система, а потом успостављање два или више система). Највећи број организација користио је паралелни приступ, потом комбиновани и на крају секвенцијални приступ интеграције. На примеру ДЗ изабран је комбиновани приступ.

Имплементација и примена *IMS*-а доводи до низа предности и унапређења пословања ових установа.

Основне предности увођења *IMS*-а су боља структурна организација ДЗ, задовољство пацијента, смањење трошкова, повећање капацитета, побољшање имиџа, као и подизање свести запослених о важности ових система у руковању и пословању установе.

Из изложеног може се закључити да су интегрисани системи менаџмента комплексни, динамички системи чије пројектовање и успостављање прати ризик од неуспеха, да ли ће замишљени циљеви бити остварени, да ли ће се спровести са расположивим ресурсима. Евидентне су тешкоће у њиховој примени, али не и неостварљиве. Интеграцијом се може обезбедити бољи синергијски ефекат. Системи су интегрисани један у други што доприноси лакшем праћењу документације. Интерна документација је стандардизована и омогућава запосленима да лакше комуницирају између сектора као и праћене саме од стране руководиоца, и олакшана акредитација.

Немогуће је успоставити *IMS* у условима недостатка људских ресурса. Успостављање *IMS*-а немогуће је спровести без активације, мотивације и добре организације запослених у ДЗ. У овом случају то је могуће спроведено кроз поделу надлежности између консултаната и запослених (у тимове) и њихову обуку. Јер, ако су сви запослени подједнако упознати са пројектом успостављања *IMS*-а, могуће је лакше и брже успостављање *IMS*-а и његово коришће у одвијању свакодневног пословног процеса.

Приказан ДЗ, иако нема јак финансијски капацитет, може успети да успостави *IMS* (*QMS*, *EMS*, *OHSAS*), јер постоји свест да кроз тренутна улагања у увођење система менаџмента, у будућности могу смањити трошкове који су до сада одузимаи могуће приходе и стварали нестабилно пословање што их је чинило не конкурентним на тржишту. Немогуће је успоставити *IMS* у условима недостатка финансијских ресурса. Иако се запослени у предузећу у потпуности предају раду на успостављању *IMS*-а без накнаде за то, неопходно је извршити сертификацију, од стране сертификационог тела која има своју цену.

Пројекат успостављања *IMS*-а обухвата већи број међусобно повезаних фаза које се одвијају у дужем временском периоду (у зависности од постојећег стања, величине предузећа, компетентности запослених, броја система и др.). Стога је потребно да се овај скуп активности организује и води у складу са концептом пројект менаџмента, кроз следеће фазе: (1) припреме за успостављање, (2) доношење одлуке, (3) формирање органа пројекта, (4) промовисање политике и

циљева, (5) утврђивање процеса, (6) снимак и оцена постојећег система, (7) дефинисање стратегије успостављања, (8) успостављање *IMS*-а, (9) интерна провера, (10) сертификација, (11) провере и надзор и (12) побољшање.

Један од циљева интеграције система менаџмента је редуковање документације на ниво који обухвата све захтеве свих парцијалних система менаџмента који улазе у интеграцију, а да притом не дође до понављања сличних захтева више пута, и да се не изостави поједини захтев неког од парцијалних система менаџмента. Од процеса интеграције који су поменути, једноставнији је укључивање нових стандарда који се уводе у организацију са стандардом који се већ примењује, што би значило и искоришћавање и проширење документације која се користи за постојећи стандард са документацијом тј. деловима документације нових стандарда који у интеграцију улазе.

Конкретни резултати унапређења пословања успостављањем *IMS*-а, могу се осетити након прве године примене. Посебно треба размотрити остварење очекиваних **ефеката** од имплементације *IMS*-а (оперативне користи; финансијске користи; користи за запослене; задовољство пацијената и заинтересованих страна; комерцијалне користи; регулаторне користи).

Увођење и сертификација система менаџмента квалитетом - *QMS (ISO 9001)* има за циљ да кроз едукацију кадрова и тотално управљање квалитетом, услуге примарне здравствене заштите подигне на ниво који одговара светским стандардима (*IWA 1*). Такође, омогућује успостављање регулативе свих процеса, континуална унапређења, одрживост акредитације (јер стандард обухвата шири опсег), стални надзор од независне сертификационе куће и добијање екстерне потврде – сертификата.

Увођење и сертификација система менаџмента заштитом животне средине - *EMS (ISO 14001)* омогућиће ефикаснију примену прописа, управљање и контролу аспеката животне средине, реализацију циљева и програма, мерење и праћење учинка животне средине и спремност за реаговање у ванредним ситуацијама. Са аспекта управљања отпадом подићи ће се ниво ефикасности и ефикасности прикупљања, складиштења, транспорта и третмана медицинским и немедицинским отпадом и реализација плана управљања отпадом на подручју региона.

Систем *ISO 18001 - OHSAS*, омогућује ефикаснију примену мера и циљева заштите здравља и безбедности на раду. Ефекти се огледају и кроз елиминисање и смањење ризика на радном месту, и побољшање учинка *OHSAS* и смањење инцидентних ситуација.

Реализација пројекта интеграције претходна три система у један кохерентан систем – *IMS*, имплицира следеће опште ефекте у ДЗ:

- Унапређење примарне здравствене заштите,

- Повећање квалитета рада запослених,
- Дефинисану одговорност учесника,
- Подизање нивоа компетенција,
- Систематски развој контроле квалитета и менаџмента у институцији,
- Могућност ширења иновација на свим нивоима,
- Већи ниво задовољства пацијената и запослених,
- Смањење ризика,
- Побошање безбедности на раду,
- Поштовање прописа из безбедности,
- Побољшање учинка заштите животне средине,
- Задовољење еколошке регулативе,
- Смањење трошкова залиха,
- Рационализацију путних трошкова,
- Управљање трошковима лабораторијских анализа.

Са аспекта project management-а, анализирају се и очекивани ефекти кроз следеће елементе: временски оквир, ангажовање људских ресурса, ангажовање финансијских ресурса и ангажовање осталих ресурса.

Имајући у виду постојећи ниво спремности и искуства кроз акредитацију, активности пројекта би се реализовале у планираном интервалу од годину дана.

Ангажовање људских ресурса обухватило би експерте компетентне консултантске организације и запослене (тимови) из ДЗ.

Што се тиче финансијских ресурса, извора финансирања, у погледу планираних и остварених финансијских улагања, процена је да постоји диспаритет негде око 12%. Међутим анализе и истраживања показују да се у наредних годину дана (до првог надзора) очекује повећање ефекта у финансијском смислу од 15-20%.

Као додатна вредност од успостављања стандардизованих система менаџмента је уређење лабораторије и иницирање акредитације према стандарду *ISO/IEC 17025*. Уколико би се лабораторија ДЗ акредитовала по овом стандарду и као лабораторија треће стране, постоји могућност наступа на тржишту и пружања додатних услуга, чиме се повећавају финансијски ресурси ДЗ.

Анализом захтева стандарда, постојеће организације и систематизације, као неминовност намеће се потреба за изменама организацијске структуре. Ово,

касније, имплицира виши ниво организованости, и прецизно дефинисање одговорности и овлашћења запослених (људских ресурса).

Људски ресурси као најбитнији ресурс, кроз овај подухват остварују:

- континуалну едукацију,
- подизање нивоа компетенција,
- већу мотивацију (повећање нивоа од минимум 0,5),
- мултидисциплинирана знања.

У погледу инфраструктуре ДЗ, на располагању су у великој мери одговарајуће просторије и опрема, прилаз здравственој установи, улази за особе са инвалидитетом. Постоје одговарајуће просторије за преглед и лечење. Чекаонице се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.

Увођењем међународних стандарда инфраструктурни елементи би се додатно уредили и подигли на захтевани ниво, кроз спровођење мера које захтевају захтеви стандарда у погледу менаџмента инфраструктуром.

Сваки од дефинисаних обавезних показатеља квалитета примарне здравствене заштите требало би да има свој стручно и научно утемељен систем респектујући стандарде. То би омогућило вредновање сваког добијеног показатеља и објективну процену постигнутог у односу на оптимална очекивања, утврђивање мера и активности за стално унапређење квалитета и успостављање система менаџмента у ДЗ и процеса сертификације у систему здравствене заштите.

Правци даљих истраживања су:

- Снимак стања и процена нивоа примене *IMS*-а у ДЗ у Србији,
- *Benchmarking* примене *IMS*-а у ДЗ Крагујевац са осталим ДЗ у Србији.
- Проширење и адаптација методологије *IMS*-а на велике здравствене системе у Србији.

Литература

- [1] **Арсовски С.**, Менаџмент процесима, Центар за квалитет, Машински факултет, Крагујевац, 2006.
- [2] **Arsovski S.**, Integrated Management Systems in Local Public Enterprise for Production, Distribution and Cleaning of Wasted Water, *International Journal for Quality Research*, Vol.1, No.4, 2007., pp. 313 – 322.
- [3] **Арсовски С., Лазих М.**, Водич за менаџере квалитета, Центар за квалитет, Машински факултет, Крагујевац, 2010.
- [4] **Арсовски С.**, Интегрисани менаџмент системи – модели и реализовани системи, 35. Национална конференција о квалитету: Фестивал квалитета 2008, AQS и Центар за квалитет, Крагујевац, 2008.
- [5] **Bernardo M., Casadesus M., Karapetrovic S.**, An empirical study on the integration of management system audits, *Journal of Cleaner Production* XXX, 2010., pp. 1-10.
- [6] **Бошкових Р.**, Поступак изградње интегрисаних менаџмент система, XV конференција о квалитету „Квалитет изазов за будућност“, YUQS, Чањ, 2005.
- [7] **Brewer D., Nash M.**, Exploiting an Integrated Management System, Gamma Secure Systems Limited, Wm. List & Co. 2005., pp. 1-6.
- [8] **Brown, T.M., Cueto, M. and Fee, E.** (2006), The world health organization and transition from "international" to "global" public health, *American Journal of Public Health*, 96, 62-72.
- [9] **Вуковић М.**, Управљање интегрисаним менаџмент системом, Фестивал квалитета 2008, AQS и Центар за квалитет, Крагујевац, 2005.
- [10] **Grant ES.** Quality Medical Care. A definition. *JAMA* 1988; 280:56-61.
- [11] **Groene, O., Skau, J.K.H. and Frolich, A.** (2008). An International review of projects on hospital performance assessment, *International Journal for quality in healthcare*, 20, 162-171.
- [12] **Dansk Standard DS 8001:2005.** Ledelsessystemer - Vejledning i opbygning af et integreret ledelsessystem, Copenhagen, Denmark, 2005.
- [13] **Dirceu O., Zouain D.**, Integrated management system – management standards evolution and the iaea new approach, 2007 International Nuclear Atlantic Conference - INAC 2007, Santos, SP, Brazil, 2007.
- [14] **D.M.Pestonjee, Kajal H.Sharma and Sonal Patel** (2005), "Image and Effectiveness of Hospital: An HR Analysis", *Journal of Health Management*, Vol.7.No.1, Sage Publication.
- [15] **D'Souza Sunil and Sequeira A.H.** (2008), Revolutionizing healthcare services-

- Strategic alternatives, *Journal of management (Tatva)*, Vol.5, No.1, ISSN 0973-0974.
- [16] **D'Souza Sunil and Sequeira A.H.** (2011). Information Systems and Quality Management in Healthcare Organization: An Empirical Study, *Journal of Technology Management for Growing Economies*, Vol 2, Issue 1, fall April 2011.
- [17] **Ђопћесућ Ј.**, Интегрисани менаџмент системи, YUSQ ICQ 2006 – International Journal „Total Quality management & Excellence“ Vol. 35, No. 1-2, 2007.
- [18] *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, EFQM Model for Business Excellence: Company Guidelines, Brussels, Belgium, 1998.
- [19] Закон о заштити животне средине Р. Србије ("Службени гласник РС", број 135/04 и 36/09), 2004. , 2009.
- [20] Закон о здравственој заштити, „Službeni glasnik RS“ br. 55/05, 75/05, 95/05
- [21] **Zeng S., Tian P., Shi J.**, Implementing integration of ISO 9001 and ISO 14001 for construction. *Managerial Auditing Journal* 20 (4), 2005., pp. 394–407.
- [22] **Zeng S., Jonathan J.S., Lou G.X.**, A synergetic model for implementing an integrated management system: an empirical study in China, *Journal of Cleaner Production* 15, 2007., pp. 1760-1767.
- [23] **Zutshi A., Sohal A.**, Integrated management system: The experiences of three Australian organisations. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 16(02), 2005., pp. 211-232.
- [24] Interna dokumentacija Doma zdravlja Kragujevac
- [25] *ISO-International Organization for Standardization*, ISO GUIDE 72:2001(E), Guidelines for the justification and development of management system standards, ISO, Switzerland, 2001.
- [26] **IWA 1:2005**; Quality management systems - Guidelines for process improvements in health service organizations, ISO, 2005.
- [27] **Jonker J., Karapetrović S.**, Systems thinking for the integration of management systems, *Bussines Process Management Journal*, Vol 10, No 6, 2004., pp. 608-615.
- [28] **Jorgensen T., Remmen A., Mellado D.**, Integrated management systems – three different levels of integration, *Journal of Cleaner Production* 14, 2005., pp. 713-722.
- [29] **Jorgensen T.**, Towards more sustainable management systems: through life cycle management and integration. *Journal of Cleaner Production.*, 2007.
- [30] **Karapetrovic S., Willborn W.**, Generic audit of management systems: fundamentals, *Managerial Auditing Journal* 15 (6), 2000., pp. 279–294.
- [31] **Karapetrovic S., Willborn W.**, Audit system: concepts and practices, *Total Quality Management* 12 (1), 2001., pp. 13–28.
- [32] **Karapetrovic S.**, Strategies for the integration of management systems and standards, *The TQM Magazine*, 14, 2002., pp. 61-67.
- [33] **Karapetrović S.**, Musing of integrated management systems, *Measuring Business Excellence*, Vol.7, No. 1, 2003., pp. 4-13.
- [34] **Karapetrovic S., Jonker J.**, Integration of standardized management systems: searching for a recipe and ingredients, *Total Quality Management*, 14(04), 2003., pp. 451-459.
- [35] **Karapetrovic S.**, “IMS in the M(E)SS with CSCS”, *Total Quality Management and Excellence (Special Issue: Papers from the 3rd International Working Conference – Total Quality Management: Advanced and Intelligent Approaches)*, Vol. 33, No. 3,

- 2005., pp. 19-25.
- [36] **Karapetrovic S., Casadesús M., Heras I.,** *Dynamics and integration of standardized management systems*, Documenta Universitaria, Girona, Spain, 2006.
 - [37] **Karapetrović S.,** Integration of Standardized Management Systems: Overview, INLAC World Quality Forum 2007., Ixtapa, Mexico, 2007.
 - [38] **Karapetrović S.,** IMS: Focus on ISO 10000 augmentative standards, International Journal „Total Quality Management & Excellence“, Vol. 36, No. 1-2, YUQS ICQ, 2008.
 - [39] **Karapetrovic S., Casadesus M.,** Implementing environmental with other standardized management systems: scope, sequence, time and integration, Journal of Cleaner Production 17 (5), 2009., pp. 533–540.
 - [40] **Klazing N.** Reengineering trust: the adoption of four models for external quality assurance in health services in western European Health care system. International Journal for Quality in Health Care 2000;12 (3):183-89.
 - [41] **Лазућ М.,** Мерења, анализе и побољшања, Центар за квалитет, Машински факултет, Крагујевац, 2008.
 - [42] **Lohr KN, Schroeder SA.** A strategy for quality assurance in Medicare. N Engl J Med 1990;322:707-12.
 - [43] **Мажморовић В.,** Развој стандардизованих менаџмент система, International Journal „Total Quality Management & Excellence“, YUSQ ICQ 2008., Vol. 36, No. 1 - 2, 2008.
 - [44] **Matias J., Coelho D.,** The integration of the standards systems of quality management, environmental management and occupational health and safety management. International Journal of Production Research, 40(15), 2002., pp. 3857-3866.
 - [45] **McDonald M., Mors T., Phillips A.,** Management system integration: Can it be done? Quality Progress, 36, 2003., pp. 67-74.
 - [46] Министарство здравља Р.Србије – Акредитацијски стандарди, 2010.
 - [47] **Ovretveit J.** Health Service Quality. An intraduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford 1995:2.
 - [48] **Павловић М.,** Квалитет и интегрисани менаџмент системи, Технички факултет „Михајло Пупин“ Зрењанин, 2006.
 - [49] **PAS 99:2006 – PUBLICLY AVAILABLE SPECIFICATION,** Specification of common management system requirements as framework for integration, BSI, London, 2006.
 - [50] **Paul A., Afgan N., Carvalho M.,** Management system sustainability (Based on QMS, EMS, H&S and Business Indicators) Quality festival 2009, Center of quality, Kragujevac, 2009.
 - [51] **Перовић М.,** Захтеви ЕУ директива и улога стандарда квалитета, Фестивал квалитета 2005, AQS и Центар за квалитет, Крагујевац, 2005.
 - [52] **Перовић М., Кривокапић З.,** Менаџмент квалитетом услуга, Побједа, Подгорица, 2007.
 - [53] **Перовић М.,** Процесни приступ интегрисаном менаџменту, 33. Национална конференција о квалитету: Фестивал квалитета 2008, AQS и Центар за квалитет,

- Крагујевац, 2008.
- [54] **Рајковић Д.**, Докторска дисертација: Интегрисани системи менаџмента у малим и средњим предузећа, Машински факултет Крагујевац, 2010.
 - [55] **Renzi, M. F. & Cappelli, L.** (2000). Integration between ISO 9000 and ISO 14000: opportunities and limits. *Total Quality Management*, 11(4/5/6), 849-856.
 - [56] **Rocha M., Karapetrović S.**, An IMS and applications, International convention on quality 2005 – Quality for European and World integrations, 32. International Annual YUSQ conference, Belgrade, 2005.
 - [57] **Rocha M., Searcy C., Karapetrovic S.**, Integrating sustainable development into existing management systems. *Total quality management*, 18(1-2), 2007., pp. 83-92.
 - [58] Rogers , D : (2002) “ Integrating management – A web – based approach” , an emerging professional paper .
 - [59] **Sadeghi Fard, N. Namazi ,M** , “ IMS (Integrated Management System) ” : Training center and industrial research of Iran , 2008.
 - [60] *Standard ISO 9004:2009 - Managing for the sustained success of an organization -A quality management approach*, ISO, 2009.
 - [61] *Стандард SRPS ISO 9000:2007 - Системи менаџмента квалитетом – Основе и речник*, Институт за стандардизацију Србије (ИСС), 2007.
 - [62] *Стандард SRPS ISO 9001:2008 - Системи менаџмента квалитетом – Захтеви*, ИСС, 2008.
 - [63] *Стандард SRPS ISO 10006:2007 - Системи менаџмента квалитетом - Упутства за менаџмент квалитетом у пројектима*, ИСС, 2007.
 - [64] *Стандард SRPS EN ISO 13485:2004 - Медицински уређаји - Системи менаџмента квалитетом - Захтеви за потребе регулативе*, ИСС, 2004.
 - [65] *Стандард SRPS ISO 14001:2007 - Системи менаџмента животног средином – Захтеви са упутством за коришћење*, ИСС, 2007.
 - [66] *Стандард SRPS ISO/IEC 17025:2006 - Општи захтеви за компетентност лабораторије за испитивање и лабораторија за еталонирање*, ИСС, 2006.
 - [67] *Стандард SRPS OHSAS 18001:2008 - Систем управљања заштитом здравља и безбедношћу на раду - Захтеви*, ИСС, 2008.
 - [68] *Стандард SRPS OHSAS 18002:2008 - Систем управљања заштитом здравља и безбедношћу на раду - Упутства за примену OHSAS 18001*, ИСС, 2008.
 - [69] **Стојиљковић В., Стојиљковић П., Стојиљковић Б.**, Интегрисани системи менаџмента, CIM College d.o.o., Машински факултет, Ниш, 2006.
 - [70] **Sharareh M. , Gholamreza C.**, Continual Improvement with Integrated Management System, *World Academy of Science, Engineering and Technology* 66 2010, pp. 1349-1353
 - [71] **Shaw C.** Ehternal quality mechanism for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 12 (3):169-75.
 - [72] **Theofanis S.**, Phd: Integrated management Systems in Small Medium-Sized Enterprises: Theory and Practice, University of East Anglia-School of Environmental Sciences, 2003.
 - [73] **Frederic M., Heras I., Casadeus M.**, ISO 9001 and ISO 14001 diffusion: the case of

- spain and serbia, 2nd International quality conference, Quality festival 2008, Center of quality, Kragujevac, 2008.
- [74] **Xelena M.**, TQM – Модел изврности, Educta, Београд, 2004.
- [75] **Castillo S., Casadeus M., Karapetrovic S., Heras I., Martin I.**, Do Standardized Management Systems Hinder Innovation Processes?, 2nd International quality conference, Quality festival 2008, Center of quality, Kragujevac, 2008.
- [76] **Xiaojiang , Fu** ,“Integrated improvement system” , presented at 2007, 13th Int. Conf. Asia pacific Quality organization.
- [77] **Wilkinson G., Dale B.**, Integrated management systems: a model based on total quality approach, Managing Service Quality, Vol.11, Number 5, 2001., pp. 318-330
- [78] **Wilkinson G., Dale B.**, An examination of the ISO 9001:2000 standard and its influence on the integration of management systems. Production Planning & Control, 13(03), 2002., pp. 284-297.
- [79] **Šofranac R, Šofranac M, Savović Z.** Safety as an Important Medical Service Quality, International Quality Conference, Kragujevac, 2010
- [80] *Web sites:*
www.aqaeurope.com
www.ekoplan.gov.rs
www.iso.org
<http://www.isqua.org>
<http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/HMDB>
www.sepa.gov.rs
www.siepa.gov.rs
www.cqm.rs
www.zdravlje.org.rs
www.dzk.co.rs